

# LIFEPLAN' EXPAT

// NOTICE D'INFORMATION VALANT CONDITIONS GÉNÉRALES

## **SOMMAIRE**

### **1 / PRÉSENTATION D'ASFE ET DE SON GESTIONNAIRE MSH INTERNATIONAL / P3**

### **2 / DISPOSITIONS GÉNÉRALES DES GARANTIES DE PRÉVOYANCE /P3**

#### **2.1 / GÉNÉRALITÉS / P3**

**Article 1** - Objet du contrat / p3

**Article 2** - Territorialité et Définitions / p3

**Article 3** - Langue et Monnaie du contrat - Numérotation du contrat / p4

#### **2.2 / GARANTIES / P5**

**Préambule** - Mode d'emploi des garanties pour l'adhérent / p5

**Article 4** - Garantie en cas de décès de l'adhérent / p5

**Article 5** - Garantie en cas d'invalidité absolue et définitive de l'adhérent / p6

**Article 6** - Garantie optionnelle en cas de décès de l'adhérent consécutif à un accident / p7

**Article 7** - Garantie optionnelle en cas d'infirmité de l'adhérent / p8

**Article 8** - Garantie optionnelle en cas d'arrêt de travail de l'adhérent / p10

**Article 9** - Tableau récapitulatif du montant des garanties proposées / p16

#### **2.3 / EXÉCUTION DU CONTRAT / P17**

**Article 10** - Référence légale / p17

**Article 11** - Date d'effet - durée et renouvellement du contrat / p18

**Article 12** - Adhésion des membres de l'association contractante / p18

**Article 13** - Date d'effet - Durée - Reconduction - Modification et Résiliation de l'adhésion - Prise d'effet des garanties / p19

**Article 14** - Modification des garanties / p19

**Article 15** - Cessation de l'adhésion et des garanties / p19

**Article 16** - Information des adhérents / p21

**Article 17** - Réclamation - Médiation - Protection des données personnelles - Dématérialisation des échanges relatifs au contrat d'assurance - Lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme / p21

**Article 18** - Fausse déclaration / p24

#### **2.4 / ARBITRAGE ET COTISATION /P25**

**Article 19** - Arbitrage / p25

**Article 20** - Cotisation / p25

**Article 21** - Exonération du paiement de la cotisation - maintien des garanties en cas d'arrêt de travail / p25

**Annexe : Barème d'invalidité de la garantie infirmité corporelle / p27**

---

# 1 / PRÉSENTATION D'ASFE ET DE SON GESTIONNAIRE MSH INTERNATIONAL

---

Vous avez choisi une couverture d'assurance internationale souscrite par ASFE, auprès de Groupama Gan Vie et gérée par MSH INTERNATIONAL et nous vous en remercions.

ASFE, Association of Services For Expatriates, créée en 1992, est une Association de loi 1901. Sa vocation est d'apporter des solutions à tous les expatriés dans le monde entier en matière de couverture santé, prévoyance, assistance médicale / rapatriement, et responsabilité civile. ASFE sera ci-après dénommée « ASFE » ou « l'Association contractante ».

MSH INTERNATIONAL, concepteur et Gestionnaire des contrats ASFE, est l'un des leaders mondiaux de la protection sociale internationale, avec plus de 400 000 personnes couvertes en situation de mobilité internationale à travers le Monde. MSH INTERNATIONAL met à votre service une équipe dédiée disponible pour vous accompagner et vous conseiller au quotidien. MSH INTERNATIONAL, organisme mandaté par l'Assureur pour gérer le contrat sera ci-après dénommé « MSH INTERNATIONAL », « le Gestionnaire », « l'Organisme Gestionnaire » ou encore « l'Assureur » chaque fois que ce terme s'inscrit dans le cadre de la gestion administrative du contrat.

Le contrat est souscrit auprès de Groupama Gan Vie - Société anonyme au capital de 1 371 100 605 euros (entièrement versé) - RCS Paris 340 427 616 - APE 6511 Z Siège social: 8-10 rue d'Astorg - 75383 PARIS Cedex 08 - Entreprise régie par le Code des Assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex ci-après dénommée « l'Assureur ».

---

## 2 / DISPOSITIONS GÉNÉRALES DES GARANTIES DE PRÉVOYANCE

---

### 2.1 / GÉNÉRALITÉS

#### ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Le contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative a pour objet :

- le paiement d'un capital au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès de l'Adhérent (article 4),
- le paiement d'un capital à l'Adhérent lui-même en cas d'invalidité absolue et définitive (article 5), et, lorsque les garanties optionnelles sont souscrites par l'Adhérent :
- le paiement d'un capital supplémentaire au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès de l'Adhérent consécutif à un Accident (article 6),
- le versement à l'Adhérent d'un capital proportionnel au taux d'infirmité, en cas d'infirmité totale ou partielle de ce dernier (article 7),
- le versement à l'Adhérent de prestations en cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou à un Accident (article 8).

Au titre de cette garantie Arrêt de travail, 3 options sont proposées à l'Adhérent, dénommées « Garantie Arrêt de travail classique », « Garantie Short Term Disability » et « Garantie Long Term Disability ». Une numérotation du contrat spécifique, décrite à l'article 3 ci-après, est attribuée compte tenu de ces différentes options.

Les garanties et options souscrites par l'Adhérent sont indiquées au certificat d'adhésion.

#### ARTICLE 2 - TERRITORIALITÉ ET DÉFINITIONS

##### · TERRITORIALITÉ

Les garanties sont acquises dans le pays de destination, ainsi qu'en France et dans les DROM et COM.

Les garanties sont également acquises, lors d'un séjour ponctuel, pour raison non médicale, d'une durée n'excédant pas 60 jours consécutifs, entre deux séjours dans le pays de destination lors de voyages internationaux hors du pays de destination (voyages à titre privé).

**Toutefois, en fonction d'événements (guerre civile ou étrangère, insurrection...) qui pourraient s'y dérouler et, en tout état de cause, selon la classification des pays à risque effectuée par le Ministère français des Affaires Étrangères français, la couverture peut être exclue, tant à l'adhésion qu'au cours de celle-ci, pour certains pays classifiés fortement déconseillés (zone rouge) par ce ministère.**

**En cours d'adhésion, lorsqu'un pays ou zone classifié(e) fortement déconseillés (zone rouge) sera exclu, l'adhésion sera suspendue pendant toute la durée de la classification en zone rouge. Lors de l'adhésion au contrat, celle-ci sera également soumise à l'acceptation préalable de l'assureur si le pays est classifié « déconseillé sauf pour raison impérative » (zone orange) par ce ministère. Cette liste de pays ou zones varie et est mise à jour régulièrement par le ministère des affaires étrangères.**

## · DÉFINITIONS

**Accident :** Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Adhérent ou du Bénéficiaire, provoquée par l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. La cause et les symptômes doivent être médicalement et objectivement définissables, et être sujets à un diagnostic et requérir des soins. Il appartient au(x) Bénéficiaire(s), en application de l'article 1353 du code civil, d'apporter la preuve de l'Accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le décès.

**Accident caractérisé :** Accident constaté par une autorité compétente (forces de police, pompiers, autorités médicales....) ayant délivré une attestation précisant les circonstances et la nature de la blessure ainsi que la date de l'accident.

**Acte sous seing privé :** Un acte sous seing privé est un acte dont la rédaction est libre, établi par l'une des parties à l'acte et signé par tous les participants à cet acte. Il doit y avoir autant d'originaux que de participants. L'acte sous seing privé peut ou non être enregistré auprès du service des impôts.

**Acte authentique :** Un acte authentique est un acte établi par un officier public et signé devant lui par toutes les parties à l'acte.

**Adhérent :** Membre de l'association contractante demandant à adhérer au contrat et répondant aux conditions prévues à l'article 12.

**Association contractante :** ASFE : Personne morale qui souscrit le contrat afin d'en faire bénéficier ses Adhérents et s'engage aux obligations correspondantes.

**Certificat d'adhésion :** Document remis à chaque Adhérent, attestant de son adhésion au contrat et mentionnant notamment les garanties souscrites, les montants de garanties retenus, la date d'effet et les cotisations.

**COM :** Collectivités d'Outre Mer (Saint-Pierre et Miquelon, Wallis et Futuna, Saint-Barthélemy et Saint-Martin).

**Consolidation :** Stabilisation de l'état de santé de l'adhérent victime d'un accident ou souffrant d'une maladie.

**DROM :** Départements et Régions d'Outre Mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion et Mayotte).

**Franchise :** Nombre de jours pendant lesquels l'assureur n'intervient pas en cas d'arrêt de travail.

**Hospitalisation :** Séjour, médicalement prescrit, dans un établissement hospitalier (public ou privé) en vue du traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un Accident ou d'une maternité.

**Intérêts : Versement d'intérêts à compter de la date du décès :** Sans préjudice des dispositions prévues à l'article L.132-23-1 du code des assurances, le capital garanti en cas de décès produit intérêt à compter de la date du décès.

Cet intérêt, net de frais, est fixé pour chaque année civile, au taux minimum défini par la réglementation soit, à la date de souscription du contrat, à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- la moyenne sur les douze (12) derniers mois du Taux Moyen des Emprunts de l'État français (TME), calculée au 1er novembre de l'année précédente,
- le dernier Taux Moyen des Emprunts de l'État français (TME) disponible au 1er novembre de l'année précédente.

La revalorisation cesse à la date de réception des pièces justificatives nécessaires au règlement ou, le cas échéant, à la date de dépôt de ce capital à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L.132-27-2 du code des assurances.

**Maladie :** Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente.

**Pays exclus :** Sont exclus les séjours non ponctuels, pour raison médicale ou encore ponctuels dont la durée est supérieure ou égale à 60 jours consécutifs.

En fonction d'événements (guerre civile ou étrangère, insurrection..) qui pourraient s'y dérouler et, en tout état de cause, selon la classification des pays à risque effectuée par le Ministère des Affaires Etrangères français, la couverture peut être exclue pour certains pays ou zones classifiés fortement déconseillés (zone rouge) ou déconseillé (zone orange) par ce ministère.

**Régime de protection sociale de base :** Aucun ou tout régime de protection sociale en vigueur dans le pays d'expatriation ou la Caisse des Français de l'Étranger – CFE.

## ARTICLE 3 – LANGUE & MONNAIE DU CONTRAT - NUMÉROTATION DU CONTRAT

MSH INTERNATIONAL est l'organisme mandaté par l'Assureur notamment pour gérer les affiliations au contrat.

#### · LANGUE DU CONTRAT

La langue du contrat d'assurance de groupe est la langue française.

Toutefois, MSH INTERNATIONAL met à la disposition des Adhérents des versions traduites en anglais de la notice d'information valant conditions générales et des documents nécessaires à la gestion des affiliations tels que le bulletin individuel d'affiliation, les questionnaires médicaux, l'attestation médicale confidentialisée, etc...

Toutefois, en cas de désaccord sur l'interprétation des garanties du contrat ou de leurs modalités de mise en œuvre, seule la version française du document concerné saurait être prise en considération. Les traductions des documents ne sont mises à la disposition des Adhérents qu'à titre purement informatif, seule la langue française faisant foi.

#### · MONNAIE DU CONTRAT

La monnaie du contrat est soit l'euro, soit le dollar américain, tant pour les cotisations que les prestations.

La monnaie retenue par l'Adhérent est indiquée au certificat d'adhésion.

Une numérotation du contrat spécifique, décrite au paragraphe ci-après, est attribuée selon que l'adhésion est en euro ou en dollar américain.

### IMPORTANT

**Il ne pourra être procédé à aucun paiement à destination, directe ou indirecte, d'un pays soumis à sanctions, tel qu'édicté, par exemple, par les Nations Unies, l'Office of Foreign Assets Control (OFAC) du Trésor américain ou l'Union Européenne.**

#### · NUMÉROTATION DU CONTRAT

Le contrat porte les références suivantes :

##### **1/ Adhésion en Euros :**

- n° 9054/863693/10000 lorsque la «Garantie Arrêt de travail classique» est souscrite par l'Adhérent,
- n° 9054/863694/10000 lorsque la «Garantie Short Term Disability» et/ou la «Garantie Long Term Disability» est souscrite par l'Adhérent.

##### **2/ Adhésion en Dollar :**

- n° 9054/863693/10010 lorsque la «Garantie Arrêt de travail classique» est souscrite par l'Adhérent,
- n° 9054/863694/10010 lorsque la «Garantie Short Term Disability» et/ou la «Garantie Long Term Disability» est souscrite par l'Adhérent.

## 2.2 / GARANTIES

### PRÉAMBULE – MODE D'EMPLOI DES GARANTIES POUR L'ADHÉRENT

L'objectif de ces quelques lignes est de permettre à l'Adhérent de prendre connaissance de manière synthétique du mode d'emploi des garanties de prévoyance en cas d'événement déclencheur de celles-ci :

1/ Contact : le service SUPPORT & PRÉVOYANCE de MSH INTERNATIONAL :

- par téléphone : + 33 (0)1 44 20 48 07,
- par e-mail : [add\\_support@msh-intl.com](mailto:add_support@msh-intl.com),
- par fax : + 33 (0)1 44 20 48 79.

2/ Pour faciliter et accélérer le versement des prestations, l'ensemble des documents à fournir énumérés dans l'article correspondant à chacune des garanties doit être communiqué au service SUPPORT & PRÉVOYANCE de MSH INTERNATIONAL.

### ARTICLE 4 – GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS DE L'ADHÉRENT

#### · DÉFINITION ET MONTANT DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet de verser au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) défini(s) au paragraphe « Attribution du bénéfice de l'assurance décès » ci-après, sous réserve des dispositions du paragraphe « Cas d'exclusion de la garantie » ci-après, un capital en cas de décès de l'Adhérent dont le montant est égal à 100% du capital choisi.

Le montant du capital est fixé librement par l'Adhérent. Le montant du capital garanti à choisir, varie entre :

- en euro: 25 000 € et 1 000 000 €, par tranche de 25 000 €,
- en dollar: 30 000 \$ à 1 200 000 \$, par tranche de 30 000 \$.

Le montant retenu par l'Adhérent est indiqué au certificat d'adhésion.

#### · CAS D'EXCLUSION DE LA GARANTIE

La garantie ne s'applique pas dans les cas suivants :

- Le décès résultant d'une guerre mettant en cause l'État français est exclu.
- Le décès occasionné par une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute, une rixe, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes (sauf si l'Adhérent n'y prend pas une part active ou s'il est appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance visant au maintien de la sécurité des personnes) est exclu.
- Le suicide, quelle que soit sa qualification, est exclu pendant la première année d'adhésion au contrat.

#### · ATTRIBUTION DU BÉNÉFICE DE L'ASSURANCE DÉCÈS

Sauf stipulation contraire valable au jour du décès de l'Adhérent, le capital garanti revient :

- à son conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps judiciairement ou à défaut à son partenaire survivant avec lequel il est lié par un pacte civil de solidarité (Un pacte civil de solidarité est un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du code civil)),
- à défaut, à ses enfants nés et à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession,
- à défaut, par parts égales entre eux, à son père et à sa mère ou la totalité au survivant d'entre eux,
- à défaut, à ses autres héritiers.

Si l'Adhérent désire que le capital garanti ne soit pas attribué selon la clause ci-dessus ou si, en cours de contrat, il souhaite désigner un ou plusieurs autres Bénéficiaires, il doit désigner le ou les Bénéficiaires de son choix et en faire la déclaration à l'assureur.

Cette désignation peut faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

Il est précisé que le concubin<sup>(\*)</sup> n'est pas prévu dans la clause bénéficiaire type. L'adhérent qui souhaite que le capital soit attribué à son concubin devra dans ce cas faire une désignation particulière.

Afin d'éviter tout risque d'homonymie et pour faciliter la recherche de(s) Bénéficiaire(s) désigné(s), l'Adhérent doit indiquer, pour chaque Bénéficiaire, toutes précisions permettant son identification exacte, notamment ses nom, prénoms, date et lieu de naissance.

**Toute désignation ou changement de désignation non porté à la connaissance de l'assureur lui est inopposable.**

(\*): Par concubin, il faut entendre toute personne vivant en concubinage avec l'adhérent, dans la mesure où l'adhérent et le concubin partagent le même domicile et sont libres de tout autre lien de même nature (c'est-à-dire que chacun d'entre eux est célibataire, veuf ou divorcé et n'est pas engagé dans les liens d'un Pacte Civil de Solidarité).

## IMPORTANT

L'assureur attire l'attention de l'Adhérent sur la nécessité de mettre à jour régulièrement sa désignation de Bénéficiaire(s) particulier(s).

Avec l'accord de l'Adhérent, toute attribution Bénéficiaire peut faire l'objet d'une acceptation, au terme d'un délai de 30 jours au moins suivant la date d'effet de l'adhésion au contrat lorsque la désignation est effectuée à titre gratuit.

Tant que l'Adhérent est en vie, cette acceptation doit être formalisée soit par un avenant signé de l'assureur, de l'Adhérent et du Bénéficiaire, soit par un acte authentique ou sous seing privé signé de l'Adhérent et du Bénéficiaire.

L'acceptation n'est opposable à l'assureur que lorsqu'elle lui a été notifiée par écrit. La preuve de cette notification incombe à la personne qui entend s'en prévaloir.

## IMPORTANT

Il est précisé que l'attribution faite au profit d'un Bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation de celui-ci dans les conditions ci-dessus.

L'ouverture du droit des Bénéficiaires au capital garanti est subordonnée à leur existence le surlendemain du jour du décès de l'Adhérent.

### · FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE ET PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le décès doit être déclaré à l'assureur le plus rapidement possible, en lui adressant les pièces justificatives nécessaires au règlement, notamment:

- un original de l'extrait de l'acte de décès,
- un certificat médical, à transmettre au médecin conseil de l'assureur sous pli confidentiel, indiquant la date du décès et précisant s'il s'agit d'une mort naturelle ou accidentelle ou d'une mort résultant d'un événement exclu,
  - tout document complémentaire permettant l'attribution des prestations :
    - document prouvant l'identité et/ou la situation de famille, notamment une photocopie intégrale du livret de famille et/ou un extrait d'acte de naissance du bénéficiaire, un acte de notoriété et si besoin la preuve du PACS,
    - les coordonnées bancaires nécessaires au règlement,
- le cas échéant, tous documents précisant la cause et les circonstances de l'Accident ayant entraîné le décès.

L'assureur se réserve le droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire qu'il juge nécessaire au règlement de la prestation.

Le règlement du capital est effectué au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) dans le mois suivant la date la réception des pièces justificatives par l'assureur.

En cas de pluralité de Bénéficiaires :

- le capital est partagé en fonction de la répartition éventuellement indiquée par l'Adhérent ou, en l'absence de répartition ou de Bénéficiaire(s) désigné(s), de façon égale entre Bénéficiaires de même rang,
- le paiement du capital est indivisible à l'égard de l'assureur qui règle sur quittance signée conjointement par les intéressés ou leur représentant légal.

## ARTICLE 5 – GARANTIE EN CAS D'INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE DE L'ADHÉRENT

Cette garantie est accordée en complément de la garantie décès prévue à l'article 4.

### · DÉFINITION ET MONTANT DE LA GARANTIE

Si, avant la liquidation de la pension vieillesse de son régime de protection sociale et au plus à la date de son 70<sup>e</sup> anniversaire, un Adhérent est, consécutivement à une maladie ou à un Accident, sous réserve des dispositions du paragraphe « Risques exclus » ci-après, atteint d'une invalidité le mettant dans l'impossibilité totale d'exercer une profession quelconque et, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie, l'assureur le reconnaît en état d'invalidité absolue et définitive.

**L'état d'invalidité absolue et définitive est apprécié par le médecin conseil de l'assureur indépendamment des décisions du régime de protection sociale de base dont relève éventuellement l'Adhérent.**

L'assureur verse alors à l'Adhérent, un capital identique à celui prévu au titre de l'article 4.

Le versement de la prestation due en cas d'invalidité absolue et définitive met fin pour l'Adhérent concerné aux garanties prévues en cas de décès au titre des articles 4 et 6.

## · RISQUES EXCLUS

- Accident ou maladie causé(e) intentionnellement par l'Adhérent ou résultant, soit d'une tentative de suicide, soit de mutilation volontaire, soit de l'usage de stupéfiants ou psychotropes hors prescription médicale,
- Accident ou maladie occasionné(e) par une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute, une rixe, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, sauf si l'Adhérent n'y prend pas une part active ou s'il est appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance visant au maintien de la sécurité des personnes et des biens,
- Accident ou maladie occasionné(e) par une guerre mettant en cause l'État français.

En outre, sauf application de l'article L.113-8 du code des assurances, et sous réserve des exclusions énumérées ci-dessus, la garantie s'exerce sur les conséquences des infirmités ou affections médicales survenues avant la date de signature de la demande d'adhésion au contrat si elles ont été déclarées sur ladite demande et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion particulière notifiée à l'Adhérent par lettre recommandée.

## · FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE ET PAIEMENT DU CAPITAL

### FORMALITÉS À ACCOMPLIR

La déclaration de l'état d'invalidité absolue et définitive incombe à l'Adhérent qui est tenu d'en apporter la preuve à l'assureur au moyen des pièces justificatives nécessaires au règlement, celles-ci comprenant notamment :

- un certificat détaillé du médecin traitant indiquant la nature de la maladie ou de l'Accident, à transmettre au médecin conseil de l'assureur, sous pli confidentiel,
- toute preuve établissant la nécessité de l'assistance d'une tierce personne telle que la notification de l'attribution, le cas échéant, par le régime de protection sociale de base, d'une pension d'invalidité nécessitant l'assistance d'une tierce personne,
- tout document complémentaire permettant l'attribution du capital :
  - document prouvant l'identité et/ou la situation de famille, notamment une photocopie intégrale du livret de famille et si besoin la preuve du PACS,
  - les coordonnées bancaires nécessaires au règlement,
- le cas échéant, tous documents précisant la cause et les circonstances de l'Accident ayant entraîné l'invalidité absolue et définitive.

L'assureur se réserve le droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire qu'il juge nécessaire au règlement de la prestation.

### RECONNAISSANCE ET CONTRÔLE PAR L'ASSUREUR DE L'ÉTAT D'INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

Jusqu'à la date d'exigibilité de la prestation, l'assureur se réserve le droit de se livrer à tout contrôle et de soumettre l'intéressé à toutes expertises médicales jugées utiles pour apprécier, reconnaître ou contrôler l'état d'invalidité absolue et définitive. À cet effet, les médecins, agents ou délégués de l'assureur doivent pouvoir se rendre auprès de l'Adhérent, lequel s'engage à les recevoir et à les informer loyalement de son état. **Si l'Adhérent s'oppose aux visites et/ou aux examens médicaux, l'assureur est autorisé à surseoir de plein droit au paiement de la prestation.**

En cas de désaccord entre le médecin de l'Adhérent et celui de l'assureur portant sur l'état d'invalidité absolue et définitive, l'Adhérent et l'assureur pourront choisir ensemble un troisième médecin pour les départager et faute d'entente sur le choix, la désignation sera faite par le Tribunal de Grande Instance de Paris. Les honoraires d'arbitrage sont partagés par moitié entre l'Adhérent et l'assureur. **Les Adhérents déclarent se soumettre à la juridiction des tribunaux de Paris et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.**

### MODE DE RÈGLEMENT DU CAPITAL

Le capital garanti, payable à l'Adhérent lui-même, est exigible six mois après la date de reconnaissance, par l'assureur, de l'invalidité absolue et définitive et sous réserve du maintien de cet état.

En cas de décès de l'Adhérent avant le paiement du capital, un capital sera versé au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) tel(s) que défini(s) à l'article 4 - GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS DE L'ADHÉRENT, au paragraphe « Attribution du bénéfice de l'assurance décès ».

## ARTICLE 6 - GARANTIE OPTIONNELLE EN CAS DE DÉCÈS DE L'ADHÉRENT CONSÉCUTIF À UN ACCIDENT

Cette garantie, souscrite en complément de la garantie décès prévue à l'article 4, est accordée lorsque le certificat d'adhésion prévoit son attribution.

### · DÉFINITION ET MONTANT DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet de verser au(x) Bénéficiaire(s) défini(s) à l'article 4, si l'Adhérent décède consécutivement à un Accident tel que défini à l'article 2 et sous réserve des dispositions du paragraphe « Cas d'exclusion de la garantie » ci-après, un capital supplémentaire dont le montant est fixé à 100 % du capital décès prévu à l'article 4.

**Ce capital supplémentaire n'est pas versé en cas d'invalidité absolue et définitive consécutive à un accident. La garantie s'applique à condition que le décès survienne, au plus tard, douze mois après l'Accident.**



## · CAS D'EXCLUSION DE LA GARANTIE

La garantie ne s'applique pas dans les cas suivants :

- maladie, même d'origine accidentelle,
- accident causé intentionnellement par l'Adhérent ou résultant, soit d'un suicide, soit d'une mutilation volontaire, soit de l'usage de stupéfiant ou de psychotrope hors prescription médicale,
- accident résultant de l'état d'imprégnation alcoolique de l'Adhérent définie par l'existence d'un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui fixé par le code de la route français pour caractériser la contravention de conduite sous l'emprise d'un état alcoolique,
- accident de navigation aérienne sauf si l'Adhérent se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmés, le pilote pouvant être l'Adhérent lui-même,
- accident résultant :
  - de matchs, courses, paris, compétitions sportives
  - de courses de véhicules à moteur,
  - de la désintégration du noyau atomique,
- accident occasionné par la pratique :
  1. des sports extrêmes : saut à l'élastique, spéléologie, canoë ou kayak extrême (sur torrents de classe supérieure à V, rivières de classe supérieure à II, sur mers et océans à plus de 2 milles des côtes), voile (transocéanique, navigation en solitaire à plus de 20 milles d'un abri), base jump ;
  2. d'un sport dans un but lucratif, quand sa rémunération repose sur son exercice en compétition, sous quelque forme et à quelque niveau que ce soit ;
  3. des sports "de montagne" : alpinisme, escalade (hors support artificiel avec sécurité), varappe, randonnée en solitaire au-delà de 3 000 mètres, saut à ski, bobsleigh, skeleton, ski (alpin, de fond ou snowboard) hors des pistes balisées ouvertes au public, canyoning ;
  4. des sports aériens nécessitant ou non l'utilisation d'un engin à moteur (exhibitions, meetings, raids sportifs, vols acrobatiques ou de compétition, records ou tentatives de records, essais préparatoires ou de réception) : sauts en parachute non motivés par une raison de sécurité, deltaplane, parapente, ULM: voltige, vol à voile, parachutisme (sauf si le saut est motivé par une raison de sécurité), ULM, deltaplane, parapente, skysurfing ;
  5. des sports nautiques : plongée sous-marine avec appareil autonome à plus de 20 m de profondeur, surf en compétition, hydro speed.
- accident occasionné par une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute, une rixe, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, sauf si l'Adhérent n'y prend pas une part active ou s'il est appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance visant au maintien de la sécurité des personnes et des biens,
- accident occasionné par une guerre mettant en cause l'État français.

## · MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA PRESTATION

### FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

Les formalités sont celles définies à l'article 4 pour la garantie en cas de décès de l'Adhérent. Outre les pièces justificatives énumérées pour le paiement de la prestation, la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le décès doit être apportée à l'assureur par tout document.

### ATTRIBUTION DU BÉNÉFICE DU CAPITAL

Le capital est versé dans les conditions définies à l'article 4 pour la garantie en cas de décès de l'Adhérent.

## ARTICLE 7 – GARANTIE OPTIONNELLE EN CAS D'INFIRMITÉ DE L'ADHÉRENT

Cette garantie, souscrite en complément de la garantie décès prévue à l'article 4, est accordée lorsque le certificat d'adhésion prévoit son attribution.

### · DÉFINITION ET MONTANT DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet d'accorder, sous réserve des dispositions du paragraphe « Risques exclus » ci-après, un capital à l'Adhérent en cas de maladie ou d'accident corporel survenue dans l'exercice de sa profession ou au cours de sa vie privée, entraînant une infirmité corporelle de l'adhérent.

Le montant du capital garanti est fixé librement par l'Adhérent, dans la limite du montant du capital décès souscrit par ce dernier.

Le montant du capital garanti à choisir, varie entre :

- en euro: 25 000€ et 1 000 000€, par tranche de 25 000€,
- en dollar américain: 30 000 \$ à 1 200 000 \$, par tranche de 30 000 \$.

Le montant retenu par l'Adhérent est indiqué au certificat d'adhésion.

Le montant du capital, pour un taux d'infirmité totale (égal à 100 %) déterminé par le médecin de l'assureur, est fixé à 100 % du capital choisi. Si l'infirmité est partielle, le montant du capital versé est proportionnel au taux d'infirmité.

**Aucun capital n'est dû pour un taux d'infirmité inférieur à 33 %.**

Dans tous les cas, il n'est jamais tenu compte de l'âge et de la profession de l'affilié.

Le taux d'infirmité est fixé par le médecin de l'assureur à la date de consolidation de l'accident ou de stabilisation de la maladie en fonction du barème ci-annexé.

### **Détermination du taux d'infirmité**

Le taux d'infirmité retenu pour l'application du contrat est déterminé par voie d'expertise médicale (expertise contradictoire du médecin traitant de l'Adhérent et du médecin contrôleur de l'assureur et en cas de besoin du médecin tiers arbitre comme il est dit ci-après), en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle de l'Adhérent.

L'incapacité fonctionnelle, physique ou mentale, est évaluée en dehors de toute considération de ressources ou de profession, par référence au barème indicatif des incapacités en droit commun - Barème du Concours Médical (accessible en page 25).

### **IMPORTANT**

Le taux d'incapacité fonctionnelle retenu pour l'application de la présente garantie, ne peut être aggravé par des maladies ou affections médicales antérieures à la date de signature de la demande d'adhésion au contrat ayant fait l'objet d'une exclusion particulière notifiée à l'Adhérent par lettre recommandée de l'assureur.

### **· RISQUES EXCLUS**

La garantie ne s'applique pas dans les cas suivants :

- accident ou maladie causé(e) intentionnellement par l'Adhérent ou résultant, soit d'une tentative de suicide, soit de mutilation volontaire, soit de l'usage de stupéfiants ou psychotropes hors prescription médicale,
- accident ou maladie occasionné(e) par une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute, une rixe, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, sauf si l'Adhérent n'y prend pas une part active ou s'il est appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance visant au maintien de la sécurité des personnes et des biens,
- accident ou maladie occasionné(e) par une guerre mettant en cause l'État français,
- conduite par l'Adhérent d'un véhicule, sans permis en état de validité ou sans l'âge requis,
- accident ou maladie résultant de l'état d'imprégnation alcoolique de l'Adhérent définie par l'existence d'un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui fixé par le code de la route français pour caractériser la contravention de conduite sous l'emprise d'un état alcoolique,
- travaux souterrains ou sous l'eau, manipulation d'explosifs, effet de radiations atomiques,
- hernies et lumbagos,
- accident occasionné par la pratique des sports énumérés aux 1, 2, 3, 4 et 5 de l'article 6.

### **FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE ET PAIEMENT DES PRESTATIONS**

L'Adhérent doit déclarer la maladie ou l'accident à l'assureur le plus rapidement possible, la déclaration devant comporter toutes précisions sur la gravité, les causes et les circonstances de la maladie ou de l'accident.

En outre, l'Adhérent doit :

- transmettre au médecin conseil de l'assureur sous pli confidentiel, un certificat du médecin appelé à donner les premiers soins et décrivant la nature exacte de son état actuel, des lésions et de leurs conséquences,
- transmettre, le cas échéant, tous documents nécessaires pour établir la matérialité et l'importance de l'accident,
- se soumettre à l'examen du médecin de l'assureur.

L'assureur se réserve le droit de réclamer toute pièce complémentaire qu'il juge nécessaire.

**Toute fraude, réticence ou fausse déclaration de la part de l'Adhérent ayant pour objet d'induire l'assureur en erreur sur les circonstances ou les conséquences de la maladie ou de l'accident, entraîne la perte du droit à la prestation.**

### **RECONNAISSANCE PAR L'ASSUREUR DE L'ÉTAT D'INFIRMITÉ**

L'assureur se réserve expressément la faculté d'apprécier, reconnaître et contrôler l'état d'infirmité de l'Adhérent. À cet effet, les médecins, agents ou délégués de l'assureur doivent pouvoir se rendre auprès de l'Adhérent, lequel s'engage à les recevoir et à les informer loyalement de son état. Ils peuvent également convoquer l'Adhérent.

**Si l'Adhérent s'oppose aux visites et/ou aux examens médicaux, l'assureur est autorisé à surseoir de plein droit au paiement de la prestation.**

En cas de désaccord entre le médecin de l'Adhérent et celui de l'assureur portant sur le taux d'infirmité, l'Adhérent et l'assureur pourront choisir ensemble un troisième médecin pour les départager et faute d'entente sur le choix, la désignation sera faite par le Tribunal de Grande Instance de Paris. Les honoraires d'arbitrage sont partagés par moitié entre l'Adhérent et l'assureur. **Les Adhérents déclarent se soumettre à la juridiction des tribunaux de Paris et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.**

## **MODE DE RÈGLEMENT DU CAPITAL**

Le versement du capital est effectué dans un délai maximum d'un mois après accord entre le médecin de l'Adhérent et celui de l'assureur sur les causes et les conséquences de la maladie ou de l'accident, ainsi que sur le taux d'infirmité.

## **ARTICLE 8 – GARANTIE OPTIONNELLE EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL DE L'ADHÉRENT**

---

Cette garantie, souscrite en complément de la garantie décès prévue à l'article 4, est accordée lorsque le certificat d'adhésion prévoit son attribution.

### **· DÉFINITION ET OBJET DE LA GARANTIE**

#### **DÉFINITION DE LA GARANTIE**

Par incapacité temporaire totale de travail, il faut entendre une incapacité temporaire consécutive à une maladie ou un accident atteignant l'Adhérent dans l'exercice de son activité professionnelle ou au cours de sa vie privée et qui le place dans la totale incapacité physique ou psychique, constatée médicalement et reconnue par l'assureur, d'exercer une activité professionnelle quelconque.

Par invalidité permanente totale ou partielle, il faut entendre une invalidité consécutive à une maladie ou à un accident entraînant l'impossibilité physique ou psychique totale ou partielle pour l'Adhérent, constatée médicalement et reconnue par l'assureur, de se livrer à l'exercice normal de sa profession ou d'une profession lui procurant un traitement équivalent à celui qu'il recevait avant l'arrêt de travail consécutif à la maladie ou à l'accident.

#### **OBJET DE LA GARANTIE**

Cette garantie a pour objet le service d'une prestation en cas d'arrêt de travail de l'Adhérent (indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou rente annuelle en cas d'invalidité permanente totale ou partielle) consécutif à une maladie ou à un accident.

Trois options ci-après dénommées « Garantie Arrêt de travail classique », « Garantie Short Term Disability » et « Garantie Long Term Disability », sont proposées à l'Adhérent au titre de cette garantie, les options « Garantie Short Term Disability » et « Garantie Long Term Disability » pouvant être souscrites conjointement (voir définitions ci-après). La ou les options retenue(s) par l'Adhérent est(sont) indiquée(s) au certificat d'adhésion.

**Les prestations en cas d'arrêt de travail sont versées à l'Adhérent à la condition qu'il soit reconnu par l'assureur comme étant atteint d'une incapacité temporaire totale de travail ou d'une invalidité permanente totale ou partielle telle qu'elles sont définies au paragraphe précédent « Définition de la garantie » et sous réserve des dispositions du paragraphe « Cas d'exclusion des garanties » ci-après.**

**L'état d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente totale ou partielle est apprécié par le médecin conseil de l'assureur indépendamment des décisions du régime de protection sociale de base dont relève éventuellement l'Adhérent.**

#### **CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS**

Les modalités d'application de la garantie sont établies en considération de la réglementation actuelle de la Sécurité sociale française. Si, ultérieurement, cette réglementation venait à être changée, entraînant une modification des engagements pris par l'Adhérent et l'assureur, ce dernier procéderait à l'ajustement de la cotisation relative aux garanties accordées en cas d'arrêt de travail. Si l'Adhérent ne donnait pas suite à la proposition de l'assureur ou s'il refusait expressément la nouvelle cotisation, l'assureur pourrait résilier l'adhésion au terme d'un délai de 30 jours. Toutefois, l'assureur se réserve la faculté, pour l'application des garanties, de tenir compte de la législation en vigueur lors de la souscription de l'adhésion au contrat.

### **· MONTANT DES PRESTATIONS**

Selon l'option retenue par l'Adhérent, l'assureur verse à l'Adhérent reconnu en état d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente, les prestations suivantes :

#### **OPTION 1 : GARANTIE ARRÊT DE TRAVAIL « CLASSIQUE » (INDEMNITÉS JOURNALIÈRES ET RENTES)**

##### **MONTANT DE LA PRESTATION**

**Le choix du montant de l'indemnité journalière garantie est fixé librement par l'Adhérent, dans la limite d'un millième du capital décès souscrit.**

Le montant de l'indemnité journalière garantie à choisir, varie entre :  
- en euro : 25 € à 400 € par jour, par tranche de 25 €,  
- en dollar américain : 30 \$ à 480 \$ par jour, par tranche de 30 \$,  
dans la limite d'un millième du capital décès souscrit.

Toutefois, si le montant du capital décès souscrit est inférieur ou égal à 250 000 € ou 300 000 \$, le montant de l'indemnité journalière retenu par l'Adhérent pourra excéder un millième du capital décès souscrit l'Adhérent et être majoré de 25 € ou 30 \$ par jour.

Le montant mensuel de la rente d'invalidité permanente totale (taux supérieur ou égal à 66 %) est égal à celui de l'indemnité journalière retenue multiplié par 30 pour reconstituer une base mensuelle.

Le montant de l'indemnité journalière retenu par l'Adhérent est indiqué au certificat d'adhésion.

**En outre, il est précisé que l'indemnité journalière versée ne pourra, en aucun cas, excéder 70 % du revenu professionnel journalier moyen perçu par l'Adhérent au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail pris en considération.**

#### LIMITE DE LA PRESTATION

Le montant total maximum des prestations (indemnités journalières + rente) versées par l'assureur, par adhérent, au titre de la garantie « Arrêt de travail classique », pendant toute la durée de l'adhésion au contrat, est en tout état de cause limité à 3 000 000 € / 3 600 000 \$.

#### INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL :

**Lorsque l'assureur reconnaît l'Adhérent en état d'incapacité temporaire totale de travail, il lui verse une indemnité journalière, à compter de l'expiration d'une durée d'arrêt de travail totale et continue dite « franchise » de 30 jours, 60 jours ou 90 jours selon le choix de l'Adhérent, indiqué au certificat d'adhésion.**

Le montant de l'indemnité d'incapacité temporaire totale de travail versée par l'assureur est fixé à 100 % de l'indemnité journalière retenue, limité en tout état de cause à 70 % du revenu professionnel journalier moyen perçu par l'Adhérent au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail pris en considération.

**1/** Modalités de paiement de la prestation: L'indemnité journalière, acquise jour par jour, tant que l'Adhérent est en état d'incapacité temporaire totale de travail, est payable à l'Adhérent mensuellement, à terme échu, jusqu'à la date de consolidation de l'accident ou de stabilisation de la maladie et, au plus tard, **pendant une durée maximale de 24 mois continus ou discontinus (pendant toute la durée d'adhésion au contrat).**

**2/** Cessation du service de l'indemnité journalière: Le service de l'indemnité journalière cesse en tout état de cause :

- dès que l'Adhérent reprend ou est reconnu médicalement apte à reprendre une activité professionnelle, même à temps partiel,
- au jour de la reconnaissance de l'état d'invalidité permanente de l'Adhérent, les dispositions du paragraphe « Invalidité permanente » ci-après étant applicables à cette date,
- à la date de la liquidation de la pension de retraite du régime social de base de l'Adhérent, y compris pour inaptitude au travail et, en tout état de cause **le jour où l'Adhérent atteint l'âge de 65 ans,**
- et, au plus tard, au terme de la durée maximale d'indemnisation de 24 mois prévue ci-dessus. À cette date :

En cas de consolidation de l'état de santé, les dispositions de la garantie Invalidité permanente ci-après sont applicables.

En cas de non consolidation de l'état de santé, le médecin conseil de l'assureur étudiera, au cas le cas, le dossier de l'adhérent concerné.

#### INVALIDITÉ PERMANENTE

Détermination du taux d'invalidité « n » : Le taux « n » d'invalidité est déterminé par voie d'expertise médicale (expertise contradictoire du médecin traitant de l'Adhérent et du médecin contrôleur de l'assureur et en cas de besoin du médecin tiers arbitre comme il est dit ci-après) et par référence au barème croisant le taux d'incapacité fonctionnelle et le taux d'incapacité professionnelle figurant ci-après. Le taux d'invalidité est déterminé par le médecin conseil de l'assureur indépendamment des décisions du régime social de base de l'Adhérent, à la date de consolidation de l'accident ou de stabilisation de la maladie.

L'incapacité fonctionnelle, physique ou mentale, est appréciée en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème indicatif des incapacités en droit commun - Barème du Concours Médical. L'incapacité professionnelle est appréciée d'après le taux et la nature de l'incapacité par rapport à la profession exercée, en tenant compte de la façon

dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de la profession et des possibilités d'exercice restantes.

## IMPORTANT

Les taux d'invalidité fonctionnelle et professionnelle, retenus pour l'application de la présente garantie, ne peuvent être aggravés par des maladies ou affections médicales antérieures à la date de signature de la demande d'adhésion au contrat ayant fait l'objet d'une exclusion particulière notifiée à l'Adhérent par lettre recommandée de l'assureur.

Le tableau suivant indique les taux résultant des divers degrés d'incapacité tant fonctionnelle que professionnelle. Le taux « n » ouvrant droit à la rente en cas d'invalidité permanente doit être au moins égal à 40 %.

TIP*	TAUX D'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10	—	—	—	—	—	—	40,00	43,27	46,42
20	—	—	—	—	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30	—	—	—	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	—	—	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	—	—	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	—	—	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	—	—	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	—	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	—	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	—	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

\*TIP = Taux d'Incapacité Professionnelle

En cas de désaccord entre le médecin de l'Adhérent et celui de l'assureur portant sur le taux d'invalidité permanente, l'Adhérent et l'assureur pourront choisir ensemble un troisième médecin pour les départager et faute d'entente sur le choix, la désignation sera faite par le Tribunal de Grande Instance de Paris. Les honoraires d'arbitrage sont partagés par moitié entre l'Adhérent et l'assureur. Les Adhérents déclarent se soumettre à la juridiction des tribunaux de Paris et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.

**En tout état de cause, le service de la prestation garantie peut cesser en fonction de l'évolution de l'état de santé.**

**1** Montant de la rente d'invalidité permanente : Si le taux d'invalidité « n » déterminé par l'assureur est supérieur ou égal à 66 %, l'invalidité est réputée totale. Il est alors versé une rente dont le montant mensuel est fixé à 30 fois le montant de l'indemnité journalière retenue, limité en tout état de cause à 70 % du revenu professionnel journalier moyen perçu par l'Adhérent au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail pris en considération.

Si le taux d'invalidité « n » déterminé par l'assureur est compris entre 40 et 66 %, l'invalidité est réputée partielle. Il est alors versé une rente réduite dont le montant est déterminé à partir de celui de la rente versée par l'assureur en cas d'invalidité totale, auquel est affecté un coefficient égal à  $n/66$ .

**Aucune prestation n'est due si le taux d'invalidité « n » déterminé par l'assureur n'atteint pas 40 %.**

### DISPOSITION SPECIFIQUE

Lorsque l'invalidité est consécutive à des troubles mentaux, nerveux ou psychologiques de tout type, la durée maximale d'indemnisation par l'Assureur est fixée, pour toute la durée d'adhésion au contrat, à 24 mois.

**2** Modalités de paiement de la prestation: La rente est versée dès la date de reconnaissance en invalidité par l'assureur mais au plus tôt à l'issue de la période maximale d'indemnisation de 24 mois au titre de la garantie Incapacité temporaire totale prévue ci-avant.

Le montant de la rente est révisable en cas de modification de l'état d'invalidité.

La rente est payable à l'Adhérent, par trimestre échu, pendant toute la durée de l'invalidité, exception faite de l'invalidité pour troubles mentaux, nerveux ou psychologiques de tout type.

### 3 Cessation du service de la rente: Le service de la rente cesse en tout état de cause :

- dès que l'Adhérent reprend ou est reconnu médicalement apte à reprendre une activité professionnelle,
- dès que la limite d'indemnisation prévue ci-dessus (3 000 000 € / 3 600 000 \$) est atteinte et, au plus tard à la date de la liquidation de la pension de retraite du régime social de base de l'Adhérent, y compris pour inaptitude au travail et, au plus tard au jour où l'Adhérent atteint l'âge de 65 ans.

### OPTION 2 : GARANTIE « SHORT TERM DISABILITY »

Lorsque l'assureur reconnaît l'Adhérent en état d'incapacité temporaire totale de travail, il lui verse une indemnité journalière à compter du :

- 7<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail total et continu en cas de maladie,
- 1<sup>er</sup> jour d'arrêt de travail en cas d'hospitalisation,
- 1<sup>er</sup> jour d'arrêt de travail en cas d'accident.

Le montant de l'indemnité journalière est fixé à 70 % du revenu professionnel journalier moyen perçu par l'Adhérent au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail pris en considération.

**1** Modalités de paiement de la prestation: L'indemnité journalière, acquise jour par jour, tant que l'Adhérent est en état d'incapacité temporaire totale de travail, est payable à l'Adhérent mensuellement, à terme échu, jusqu'à la date de consolidation de l'accident ou de stabilisation de la maladie et, au plus tard, pendant une durée maximale librement choisie par l'Adhérent et indiquée au certificat d'adhésion, de 30, 60 ou 180 jours d'arrêt de travail, **continus ou discontinus**, par période de 3 ans, décomptée à partir du 1<sup>er</sup> jour du premier arrêt de travail indemnisé.

### 2 Cessation du service de l'indemnité journalière: Le service de l'indemnité journalière cesse en tout état de cause :

- dès que l'Adhérent reprend ou est reconnu médicalement apte à reprendre une activité professionnelle, même à temps partiel,
- au jour de la reconnaissance de l'état d'invalidité permanente de l'Adhérent,
- à la date de la liquidation de la pension de retraite du régime social de base de l'Adhérent, y compris pour inaptitude au travail et, au plus tard au jour où l'Adhérent atteint l'âge de 70 ans,
- et, au plus tard, au terme de la période maximale d'indemnisation de 30, 60 ou 180 jours continus ou discontinus, par période de 3 ans, décomptée à partir du 1<sup>er</sup> jour du premier arrêt de travail indemnisé (sauf si l'option 3 ci-dessous a également été souscrite par l'Adhérent).

### OPTION 3 : GARANTIE « LONG TERM DISABILITY »

Lorsque l'assureur reconnaît l'Adhérent en état d'incapacité temporaire totale de travail, il lui verse une indemnité journalière à compter de l'expiration d'une durée d'arrêt de travail totale et continue dite « franchise » de 30 jours, 60 jours ou 180 jours selon le choix de l'Adhérent, indiqué au certificat d'adhésion.

Le montant de l'indemnité journalière est fixé à 70 % du revenu professionnel journalier moyen perçu par l'Adhérent au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail pris en considération. Cette indemnité ne pourra dépasser 400 € ou 480 \$.

**1** Modalités de paiement de la prestation : L'indemnité journalière, acquise jour par jour, tant que l'Adhérent est en état d'incapacité temporaire totale de travail, est payable à l'Adhérent mensuellement, à terme échu, jusqu'à la date de consolidation de l'accident ou de stabilisation de la maladie et, au plus tard, pendant 1095 jours d'arrêt de travail, **continus ou discontinus**, par période de 5 ans, décomptés à partir du 1<sup>er</sup> jour du premier arrêt de travail indemnisé.

### 2 Cessation du service de l'indemnité journalière : Le service de l'indemnité journalière cesse en tout état de cause :

- dès que l'Adhérent reprend ou est reconnu médicalement apte à reprendre une activité professionnelle, même à temps partiel,
- au jour de la reconnaissance de l'état d'invalidité permanente de l'Adhérent,
- à la date de la liquidation de la pension de retraite du régime social de base de l'Adhérent, y compris pour inaptitude au travail et, au plus tard au jour où l'Adhérent atteint l'âge de 70 ans,
- et, au plus tard, au terme de la période de 1095 jours d'indemnisation continus ou discontinus, par période de 5 ans, décomptés à partir du 1<sup>er</sup> jour du premier arrêt de travail indemnisé.

## · DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES PRÉVUES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

### REPRISE DU TRAVAIL À TEMPS PARTIEL APRÈS UNE PÉRIODE D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

Si, après une période d'incapacité temporaire totale de travail, l'Adhérent reprend ou est reconnu médicalement apte à reprendre une activité professionnelle, à temps complet ou à temps partiel, les indemnités journalières cessent d'être versées par l'assureur.

### DISPOSITION SPÉCIFIQUE À LA MATERNITÉ OU PATERNITÉ

L'Adhérent se trouvant en état d'incapacité de travail ne bénéficie pas de l'indemnité journalière pendant la durée du congé légal de maternité ou de paternité.

### REPRISE DU TRAVAIL INFÉRIEURE À 90 JOURS

Lorsque l'Adhérent ayant commencé à bénéficier des prestations prévues ci-dessus reprend son activité et doit l'interrompre moins de 90 jours après cette reprise en raison d'une rechute, lesdites prestations sont à nouveau versées sans application de la franchise, sous réserve que l'adhésion au contrat soit toujours en vigueur à la date du nouvel arrêt de travail.

### CUMUL DES PRESTATIONS

Le cumul des prestations versées tant par le régime de protection sociale de base dont relève éventuellement l'Adhérent (à l'exclusion de la majoration pour tierce personne), que par l'assureur, ne peut excéder 70 % du revenu professionnel que l'Adhérent aurait perçu s'il avait continué son activité professionnelle.

### CAS D'EXCLUSION DES GARANTIES

Les garanties ne s'appliquent pas dans les cas suivants :

- accident ou maladie causé(e) intentionnellement par l'Adhérent ou résultant, soit d'une tentative de suicide, soit de mutilation volontaire, soit de l'usage de stupéfiants ou psychotropes hors prescription médicale,
- accident ou maladie occasionné(e) par une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute, une rixe, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, sauf si l'Adhérent n'y prend pas une part active ou s'il est appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance visant au maintien de la sécurité des personnes et des biens,
- accident ou maladie occasionné(e) par une guerre mettant en cause l'État français,
- accident résultant de l'état d'imprégnation alcoolique de l'Adhérent définie par l'existence d'un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui fixé par le code de la route français pour caractériser la contravention de conduite sous l'emprise d'un état alcoolique,
- accident de navigation aérienne sauf si l'Adhérent se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmés, le pilote pouvant être l'Adhérent lui-même,
- accident résultant :
  - de matchs, courses, paris, compétitions sportives (sauf si l'Adhérent y participe en tant qu'amateur),
  - de courses de véhicules à moteur,
  - de la désintégration du noyau atomique,
- accident occasionné par la pratique des sports énumérés aux 1, 2, 3, 4 et 5 de l'article 6.

De plus, les prestations en cas d'arrêt de travail ne sont pas versées pendant la durée du congé légal de maternité ou de paternité.

### FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

La déclaration de l'arrêt de travail est obligatoire. Elle incombe à l'Adhérent qui est tenu de l'adresser à l'assureur dans les délais suivants :

- si la durée de la franchise est inférieure à 90 jours : dans les trois mois suivant la date d'arrêt du travail,
- si la durée de la franchise est égale ou supérieure à 90 jours : dans les 30 jours suivant la date d'expiration de la franchise.

**Les arrêts de travail déclarés après ce délai ne feront l'objet d'aucun paiement pour la période antérieure à la déclaration.**

Cette déclaration doit être accompagnée :

- d'un certificat médical à transmettre sous pli confidentiel au médecin conseil de l'assureur mentionnant la date d'arrêt du travail ainsi que la nature de la maladie ou de l'accident, la date de la première constatation médicale et la durée prévisible de l'arrêt de travail,
- de la justification des revenus professionnels des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail,

- de tout document complémentaire permettant l'attribution des prestations :
  - document prouvant l'identité,
  - les coordonnées bancaires nécessaires au règlement.
- et le cas échéant :
  - de l'attestation médicale confidentielle du modèle fourni par l'assureur dûment complétée par le médecin traitant,
  - si l'Adhérent bénéficie d'un régime de protection sociale de base : du justificatif de paiement des prestations en espèces servies par ce régime.

L'assureur se réserve le droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire qu'il juge nécessaire au règlement des prestations.

**Aucune prestation ne sera versée tant que les justificatifs demandés n'auront pas été transmis à l'assureur. Toute reprise d'activité de l'Adhérent, doit être déclarée à l'assureur dans les plus brefs délais.**

### **RECONNAISSANCE ET CONTRÔLE PAR L'ASSUREUR DE L'ÉTAT D'INCAPACITÉ OU D'INVALIDITÉ**

L'assureur se réserve expressément la faculté d'apprécier, reconnaître et contrôler l'état d'incapacité ou d'invalidité de l'Adhérent. À cet effet, les médecins, agents ou délégués de l'assureur doivent pouvoir se rendre auprès de l'Adhérent, lequel s'engage à les recevoir et à les informer loyalement de son état. Ils peuvent également convoquer l'Adhérent.

**Si l'Adhérent s'oppose aux visites et/ou aux examens médicaux, l'assureur est autorisé à interrompre de plein droit le paiement des prestations.**

En cas de désaccord entre le médecin de l'Adhérent et celui de l'assureur portant, soit sur l'état d'incapacité temporaire totale de travail, soit sur l'état d'invalidité permanente totale et définitive, l'Adhérent et l'assureur pourront choisir ensemble un troisième médecin pour les départager et faute d'entente sur le choix, la désignation sera faite par le Tribunal de Grande Instance de Paris. Les honoraires d'arbitrage sont partagés par moitié entre l'Adhérent et l'assureur.

**Les Adhérents déclarent se soumettre à la juridiction des tribunaux de Paris et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.**

### **DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE RÉSILIATION DU CONTRAT OU DE L'ADHÉSION À CELUI-CI**

Le service des prestations Arrêt de travail (indemnités journalières des Options 1, 2 ou 3 et rentes d'invalidité versées au titre de l'option 1) est poursuivi dans les conditions du contrat, pour le montant atteint à la date de la résiliation du contrat.



## ARTICLE 9 – TABLEAU RÉCAPITULATIF DU MONTANT DES GARANTIES PROPOSÉES

NATURE ET MONTANT DE LA PRESTATION			
<b>GARANTIE DE BASE OBLIGATOIRE</b>			
Décès ou invalidité absolue et définitive de l'Adhérent (quelle qu'en soit la cause) – articles 4 et 5  Capital au choix de l'Adhérent :	De 25 000 € à 1 000 000 € par tranche de 25 000 €, ou de 30 000 \$ à 1 200 000 \$ par tranche de 30 000 \$		
<b>GARANTIES OPTIONNELLES</b>			
Décès de l'Adhérent consécutif à un accident – article 6	Doublement du capital décès toutes causes		
Infirmité de l'Adhérent (quelle qu'en soit la cause) – article 7  Capital au choix de l'Adhérent pour un taux d'infirmité totale (égal à 100 %), par référence au barème indicatif des incapacités fonctionnelles en droit commun - Barème du Concours Médical : Si l'infirmité est partielle, le montant du capital versé est proportionnel au taux d'infirmité (indemnisation à partir d'un taux d'infirmité de 33 %)	De 25 000 € à 1 000 000 € par tranche de 25 000 €, ou de 30 000 \$ à 1 200 000 \$ par tranche de 30 000 \$ <b>dans la limite du montant du capital décès toutes causes souscrit</b>		
Arrêt total de travail de l'Adhérent – article 8 3 options de garanties proposées à l'Adhérent :	<b>GARANTIE ARRÊT DE TRAVAIL «CLASSIQUE»</b> (Indemnités journalières et Rente d'invalidité)	<b>GARANTIE « SHORT TERM DISABILITY »</b>	<b>GARANTIE «LONG TERM DISABILITY »</b>
		Ces 2 options de garanties peuvent être souscrites conjointement.	
Franchise, selon l'option de garantie souscrite par l'Adhérent :	Au choix de l'Adhérent : 30, 60 ou 90 jours	6 jours (sauf en cas d'hospitalisation ou d'accident: indemnité versée dès le 1 <sup>er</sup> jour d'arrêt de travail)	Au choix de l'Adhérent : 30, 60 ou 180 jours
Montant de l'Indemnité journalière (ou rente), selon l'option de garantie souscrite par l'Adhérent :	Au choix de l'Adhérent : - de 25 € à 400 € par jour, par tranche de 25 €, - de 30 \$ à 480 \$ par tranche de 30 \$, <b>dans la limite d'un millième du capital décès souscrit</b> (avec possibilité de majorer le montant de l'indemnité ainsi constitué de 25 €/30 \$ par jour si le capital décès souscrit est inférieur ou égal à 250 000 €/300 000 \$) Montant maximum de l'indemnité : 70 % du revenu professionnel de l'Adhérent.	70 % du revenu professionnel de l'Adhérent, dans la limite de 400 € / 480 \$	70 % du revenu professionnel de l'Adhérent, dans la limite de 400 € / 480 \$
Durée maximale d'indemnisation, selon l'option de garantie souscrite par l'Adhérent :	24 mois d'indemnité journalière puis service d'une rente d'invalidité jusqu'à la date de liquidation de la pension de retraite et au plus tard 65 ans ou l'atteinte d'un montant total de prestations versées (indemnités journalières + rente) de 3 000 000 € / 3 600 000 \$.  Et au maximum 24 mois d'invalidité pour troubles mentaux	Au choix de l'Adhérent : 30, 60 ou 180 jours	jusqu'au 1095 <sup>e</sup> jour d'arrêt de travail

## 2.3/ EXÉCUTION DU CONTRAT

### ARTICLE 10 – RÉFÉRENCE LÉGALE

Le contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative est régi par le droit français et le code des assurances et notamment ses articles L141-1 et suivants. Le contrat relève des branches 2 (Maladie) et 20 (Vie-Décès) de l'article R321-1 du code des assurances.

Le contrat est constitué de la présente notice d'information valant conditions générales ainsi que du certificat d'adhésion. Les déclarations de l'Adhérent servent de base à l'application des garanties.

Le contrat d'assurance de groupe est établi en français. Il peut être mis à disposition de l'Adhérent par MSH INTERNATIONAL une version traduite en anglais. En cas de désaccord sur l'interprétation des garanties de ce contrat, seule la version française de ce contrat saurait être prise en considération. Les traductions des documents contractuels composant le contrat ne sont mises à la disposition des Adhérents qu'à titre purement informatif, seule la langue française faisant foi.

#### · PRESCRIPTION

En application de l'article L114-1 du code des assurances, toute action dérivant du contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru : que du jour où l'assureur en a eu connaissance,

2° en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

**Quand l'action de l'adhérent contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'adhérent ou a été indemnisé par ce dernier.**

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'adhérent décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'adhérent.

En application de l'article L.114-2 du code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption suivantes :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du code civil) ;
- une demande en justice (même en référé), jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du code civil) ;
- un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du code civil).

Il est rappelé que l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt la prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (article 2245 du code civil).

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (article 2246 du code civil).

Le délai de prescription peut être interrompu également par :

- la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (adressés par l'assureur à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et adressés par l'adhérent à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité de sinistre).

Aux termes de l'article L.132-27-2 du code des assurances, les sommes dues au titre des contrats d'assurance sur la vie n'ayant pas fait l'objet d'une demande de versement des prestations ou du capital sont déposées à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de prise de connaissance par l'assureur, du décès de l'adhérent. Les sommes déposées à la Caisse des dépôts et consignations et qui n'ont pas été réclamées par leurs bénéficiaires sont acquises à l'État à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt.

## · RENONCIATION

En application de l'article L132-5-1 du code des assurances, l'Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion au contrat par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de l'envoi de son certificat d'adhésion au contrat. Cette renonciation doit reproduire le texte suivant :

« Je soussigné(e) déclare renoncer expressément à mon adhésion au contrat de prévoyance n° 9054/863693/10000, n° 9054/863694/10000, n° 9054/863693/10010 ou n° 9054/863694/10010 et demande le remboursement de la cotisation versée dans les conditions définies par l'article L132-5-1 du code des assurances. »

La renonciation entraîne la restitution de toutes les sommes versées par l'Adhérent dans un délai maximal de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de réception de la lettre recommandée par l'assureur.

## ARTICLE 11 – DATE D'EFFET - DURÉE ET RENOUVELLEMENT DU CONTRAT

Le contrat conclu entre l'association et l'assureur a pris effet le 1<sup>er</sup> juillet 2015, pour une première période se terminant le 31 décembre 2015.

Il est reconduit tacitement le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation, par l'une des parties, notifiée par lettre recommandée adressée deux mois au moins avant chaque date de reconduction.

Le contrat peut être modifié, en cours d'exercice, à effet du 1<sup>er</sup> jour d'un mois civil, d'un commun accord entre l'assureur et l'association contractante. Les modifications convenues entre l'association contractante et l'assureur donneront lieu à l'émission par l'assureur d'un avenant au contrat.

Dans ce cas, l'Adhérent sera préalablement informé, dans les conditions de l'article 16, des changements modifiant ses droits et obligations au titre du contrat.

## ARTICLE 12 – ADHÉSION DES MEMBRES DE L'ASSOCIATION CONTRACTANTE

### · ADHÉSION

L'adhésion au contrat est réservée à tout membre de l'association contractante demandant à adhérer au contrat, sous réserve :

- qu'il soit âgé de 18 ans ou plus et de moins de 66 ans,
- qu'il réside à l'étranger hors de son pays de nationalité (pays dans lequel il a sa résidence habituelle), dans un cadre privé ou professionnel.

### · CONDITIONS D'ADHÉSION

Pour adhérer au contrat, le membre de l'association contractante défini ci-dessus doit remplir et signer le bulletin d'adhésion fourni par l'assureur et un questionnaire de santé.

Selon l'âge de l'intéressé et le montant des garanties souscrites, une visite médicale passée auprès d'un médecin agréé par l'assureur et/ou des renseignements ou examens médicaux complémentaires peuvent être exigés après examen de ce questionnaire.

**Si les renseignements médicaux fournis ne permettent pas d'accepter le proposant aux conditions normales du contrat, l'assureur se réserve le droit de le refuser ou d'accorder ses garanties à l'exclusion de certains risques ou moyennant surprime.**

**Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'adhésion conformément aux dispositions de l'article L113-8 du code des assurances.**

Toute condition d'acceptation particulière de garanties sera notifiée par lettre recommandée à l'intéressé(e).

La personne dont l'adhésion au contrat est acceptée est ci-après dénommée « Adhérent ». L'adhésion est constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion au contrat indiquant notamment :

- le numéro et la date d'effet de l'adhésion,
- la monnaie retenue,
- les garanties souscrites et les montants de garanties retenus,
- le taux de cotisation correspondant.

## **ARTICLE 13 – DATE D’EFFET – DUREE – RECONDUCTION – MODIFICATION ET RESILIATION DE L’ADHESION – PRISE D’EFFET DES GARANTIES**

---

### **· DATE D’EFFET**

L’adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d’adhésion et au plus tôt à la date de notification de la décision d’acceptation par l’assureur.

### **· DURÉE ET RECONDUCTION DE L’ADHESION**

Sous réserve des dispositions prévues à l’article 20 :

- l’adhésion est souscrite pour une période de 12 mois,  
- **l’adhésion se reconduit tacitement à sa date anniversaire**, pour des périodes successives d’un an, sauf dénonciation notifiée par lettre recommandée adressée deux mois au moins avant chaque date de renouvellement conformément aux dispositions de l’article L113-12 du code des assurances.

### **· MODIFICATION ET RÉSILIATION DE L’ADHESION**

**En outre, en cours d’adhésion, les droits et obligations de l’adhérent peuvent être modifiés par des avenants au contrat conclus entre l’association contractante et l’assureur. L’adhérent sera dans ce cas informé des modifications, trois mois au moins avant la date prévue pour leur entrée en vigueur.**

Elle prend fin en cas de résiliation exprimée conformément aux dispositions prévues ci-avant ainsi qu’à celle de l’article 20.

### **· PRISE D’EFFET DES GARANTIES**

Les garanties prennent effet pour chaque Adhérent, sous réserve de l’acceptation du risque par l’assureur, à la date d’adhésion au contrat telle que prévue ci-dessus.

## **ARTICLE 14 – MODIFICATION DES GARANTIES**

À chaque renouvellement annuel de son adhésion, l’Adhérent a la possibilité de modifier les garanties souscrites dans les conditions suivantes :

### **· DIMINUTION DES GARANTIES SOUSCRITES**

Lorsque l’Adhérent demande une diminution de ses garanties souscrites, les nouvelles garanties prennent effet le 1<sup>er</sup> jour du trimestre civil qui suit ladite demande.

### **· AUGMENTATION DES GARANTIES SOUSCRITES**

Lorsque l’Adhérent demande une augmentation de ses garanties souscrites, ce dernier devra remplir un nouveau bulletin d’adhésion et se soumettre aux formalités médicales stipulées à l’article 12 ci-avant. L’Adhérent doit en outre effectuer sa demande au plus tard deux mois avant la date de renouvellement annuel de son adhésion au contrat.

**L’assureur se réserve le droit de refuser les majorations de garanties ou de les accepter avec restrictions ou moyennant surprime, l’Adhérent demeurant cependant garanti dans les conditions antérieures à sa demande.**

Si elles sont acceptées par l’assureur, les nouvelles garanties majorées prendront effet à la date de renouvellement annuelle de son adhésion au contrat, sous réserve de la notification de la décision d’acceptation par l’assureur, l’Adhérent continuant à bénéficier des anciennes garanties jusqu’à cette date.

### **· SOUSCRIPTION DE NOUVELLES GARANTIES OPTIONNELLES**

L’Adhérent qui souhaite souscrire une (des) nouvelle(s) garantie(s) optionnelle(s) devra remplir un nouveau bulletin d’adhésion et se soumettre aux formalités médicales stipulées à l’article 12 ci-avant.

L’assureur se réserve le droit de refuser les nouvelles garanties ou de les accepter avec restrictions ou moyennant surprime. Si elles sont acceptées par l’assureur, les nouvelles garanties prendront effet à la date de notification de la décision d’acceptation par l’assureur et, au plus tard, à l’expiration d’un délai d’attente de 6 mois en ce qui concerne la garantie en cas d’arrêt de travail.

## **ARTICLE 15 – CESSATION DE L’ADHESION ET DES GARANTIES**

### **· CESSATION DE L’ADHESION**

L’adhésion au contrat et les garanties cessent pour chaque Adhérent :

- à la date anniversaire de l'année au cours de laquelle il aura demandé la cessation de son adhésion au contrat, **sous réserve que la résiliation ait été notifiée à l'assureur par lettre recommandée adressée deux mois au moins avant cette date**,
- le dernier jour du trimestre civil au cours duquel il cesse d'adhérer à l'ASFE, cette dernière devant en aviser l'assureur dans un délai d'un mois,
- le dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'Adhérent retourne définitivement dans son pays d'origine, ce dernier devant en aviser l'assureur au moins un mois avant la date de son retour. Cette disposition n'est pas applicable en cas de retour temporaire (séjour de 60 jours maximum) de l'adhérent pour vacances, voyage, loisirs ou visite temporaire à titre professionnel ou privé,
- le dernier jour du trimestre civil au cours duquel les cotisations le concernant ne sont pas réglées sous réserve des dispositions de l'article 20 ci-après,
- à la date de liquidation de la pension vieillesse de son régime de protection sociale de base, y compris pour inaptitude au travail et, au plus tard, le dernier jour du trimestre civil au cours duquel il atteint l'âge de 70 ans,
- à la date de résiliation de l'adhésion par l'assureur, celle-ci ne pouvant intervenir que dans les deux premières années d'adhésion,
- à la date de résiliation du contrat. Toutefois, la personne qui aura adhéré au présent contrat depuis deux ans ou plus à la date de la résiliation du contrat pourra demander à bénéficier d'un maintien des garanties jusqu'à la date de liquidation de la pension vieillesse de son régime de protection sociale de base, moyennant le paiement de la cotisation indiquée par l'assureur.

**L'adhésion prend également fin dans les cas prévus à l'article 20 (refus d'une modification tarifaire motivée par les résultats du contrat ou une évolution réglementaire) et, le cas échéant 8 (refus d'une évolution tarifaire engendrée par l'évolution de la réglementation de la Sécurité sociale concernant les arrêts de travail).**

**Il est précisé que le versement des indemnités journalières et des rentes en cours de service à la date de cessation de l'adhésion est maintenu, notamment lors du retour dans son pays d'origine.**

#### · CESSATION DES GARANTIES

Les garanties du contrat prennent fin pour chaque Adhérent à la date de la cessation de son adhésion, dans les conditions du paragraphe 1) ci-dessus et, au plus tard, le dernier jour du trimestre civil au cours duquel il atteint l'âge de 70 ans.

En outre :

- le service des prestations en cas d'arrêt de travail cesse en tout état de cause à la date de reprise ou d'aptitude médicalement constatée à la reprise d'une activité professionnelle de l'Adhérent, quelle que soit la nature de cette activité,
- en cas de résiliation du contrat, le service des prestations arrêt de travail est poursuivi dans les conditions du contrat, pour le montant atteint à la date de la résiliation du contrat.

#### · DÉCHÉANCE DES GARANTIES

**L'assureur pourra refuser le bénéfice des garanties à l'adhérent dès lors qu'il constate que ce dernier a intentionnellement, soit effectué une fausse déclaration de sinistres impactant une garantie du contrat, soit fourni de faux renseignements ou utilisé des documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement.**

#### · FAUSSE DÉCLARATION

**Conformément aux dispositions de l'article L.113-8 du code des assurances, l'adhésion au contrat est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle.**

**Conformément aux dispositions de l'article L.113-9 du code des assurances, toute omission ou déclaration inexacte non intentionnelle dans la déclaration du risque entraîne :**

- **une augmentation de prime ou la résiliation de l'adhésion au contrat si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée avant tout sinistre ;**
- **une réduction de l'indemnité en proportion du taux de prime qui aurait été réellement due par rapport à la prime payée et une résiliation de l'adhésion au contrat si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée après le sinistre.**

#### · RECOURS SUBROGATOIRE

Il s'agit du droit pour l'assureur de récupérer auprès du responsable d'un sinistre les sommes qu'il a prises en charge.

Lorsque l'adhérent est atteint d'une affection ou est victime d'un accident susceptible d'être indemnisé par un tiers responsable, l'assureur dispose d'un recours subrogatoire contre la personne tenue à réparation ou son assureur. L'adhérent atteint de blessures imputables à un tiers doit impérativement en informer l'assureur lors de la demande de prestations.

Lorsque l'adhérent est victime d'un accident de la circulation (impliquant un véhicule automobile), il doit, sous peine de déchéance, déclarer à l'assureur de l'auteur de l'accident qui le sollicite, le nom de son assureur en tant que tiers payeur.

Conformément au code des assurances, le bénéficiaire des prestations donne subrogation à l'assureur dans ses droits en vue d'engager toute action récursoire à l'encontre de tout tiers responsable.

## **ARTICLE 16 – INFORMATION DES ADHÉRENTS**

Les conditions générales établies par l'assureur valent notice d'information et sont remises à l'Adhérent avec le certificat d'adhésion prévu à l'article 12.

Il incombe à l'association contractante d'informer par écrit les Adhérents des modifications éventuelles qui seraient apportées à leurs droits et obligations, conformément à l'article L141-4 du code des assurances, trois mois au minimum avant la date prévue pour leur entrée en vigueur.

## **ARTICLE 17 – RÉCLAMATION – MÉDIATION – PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES - DÉMATÉRIALISATION DES ÉCHANGES RELATIFS AU CONTRAT D'ASSURANCE - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME**

### **RÉCLAMATION – MÉDIATION**

Pour toute réclamation (désaccord, mécontentement) relative au contrat, l'Adhérent peut s'adresser à MSH INTERNATIONAL, son conseiller habituel ou au service en charge de la relation avec la clientèle à l'adresse suivante :

- Groupama Gan Vie - Service des relations avec les consommateurs  
Immeuble West Park 2 – 2 Boulevard de Pesaro - 92024 Nanterre  
src-collectives@ggvie.fr

Si cette première réponse ne satisfait pas le demandeur, la réclamation peut être adressée au service « Réclamations » de l'assureur à l'adresse suivante :

Groupama Gan Vie - Service Réclamations  
TSA 91414 - 35090 Rennes Cedex 9  
<https://reclamations.ggvie.fr>

Dans ces deux cas, l'intéressé recevra un accusé de réception de sa réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables suivant sa réception. La réponse définitive à sa réclamation sera apportée au demandeur dans un délai de traitement de 2 mois au plus. En cas de circonstances particulières nécessitant un délai plus long, le demandeur en sera informé.

En dernier lieu sous réserve d'avoir épuisé toutes les voies de recours exposées ci-dessus, le demandeur pourra saisir la Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09 - [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org).

Le détail des modalités de traitement des réclamations est accessible à l'Adhérent auprès du conseiller habituel et dans la rubrique « Mentions légales » sur le site internet [www.gan-eurocourtage.fr](http://www.gan-eurocourtage.fr).

Si l'avis de la Médiation de l'Assurance ne le satisfait pas, il peut éventuellement saisir la justice.

### **PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES**

Des données à caractère personnel sont recueillies par l'assureur à différentes étapes de ses activités commerciales ou d'assurance concernant les adhérents ou les personnes parties ou intéressées aux contrats.

Ces données personnelles sont traitées par l'assureur, en qualité de responsable de traitement, en conformité avec les réglementations en vigueur relatives au traitement de ces données et à la protection de la vie privée, notamment les dispositions de la loi informatiques et libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement 2016/679 du 27 avril 2016).

Les données personnelles sont conservées conformément à la durée nécessaire à l'exécution du contrat, puis archivées jusqu'à l'extinction des délais de prescription légaux applicables.

### **DROITS DES PERSONNES**

Les personnes précitées disposent, en justifiant de leur identité :

- du droit de prendre connaissance des informations dont dispose l'assureur et de demander à les compléter ou les corriger (droits d'accès et de rectification) ;
- du droit de demander l'effacement de leurs données ou d'en limiter l'utilisation (droit de suppression des données ou de limitation) ;

- du droit de s'opposer à l'utilisation de leurs données, notamment concernant la prospection commerciale (droit d'opposition) ;
- du droit de récupérer les données qu'elles ont personnellement fournies à l'assureur pour l'exécution de leur contrat ou pour lesquelles elles ont donné leur accord (droit à la portabilité des données) ;
- du droit de définir des directives relatives à la conservation, l'effacement et la communication de leurs données après leur décès.

Ces droits peuvent être exercés par courrier postal, par courriel ou par internet, les coordonnées des services et sites concernés étant les suivants :

Groupama Gan Vie  
Délégué Relais à la Protection des Données  
Immeuble West Park 2 - 2 Boulevard de Pesaro - 92024 Nanterre  
contact.dpo@ggvie.fr

Concernant les données de santé, ces droits s'exercent par courrier postal auprès du Médecin-conseil de l'assureur :

Groupama Gan Vie – Monsieur le Médecin-conseil – Service Médical Collectives  
Immeuble West Park 2 – 2 boulevard de Pesaro – 92024 Nanterre

Les personnes concernées peuvent également formuler une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés (CNIL) si elles estiment que l'assureur a manqué à ses obligations concernant leurs données.

Dans le cadre de ses obligations, l'assureur est tenu de vérifier régulièrement que les données concernant les personnes sont exactes, complètes et à jour. A cette fin, l'assureur peut être amené à solliciter les personnes précitées pour vérifier ou compléter ces informations.

## **POURQUOI L'ASSUREUR COLLECTE-T-IL DES DONNEES PERSONNELLES ?**

Leur traitement est nécessaire à la passation, la gestion et l'exécution du contrat et des garanties, à la gestion des relations commerciales et contractuelles, à la gestion du risque de fraude ou à l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur, selon les finalités détaillées ci-dessous.

### **Passation, gestion, exécution des contrats et gestion commerciale des clients et prospects**

Les données recueillies par l'assureur à différentes étapes de la souscription ou de la gestion des contrats d'assurance sont nécessaires aux objectifs suivants :

- L'étude des besoins en assurance afin de proposer des contrats adaptés à chaque situation ;
- L'examen, l'acceptation, le contrôle et la surveillance du risque ;
- La gestion des contrats (de la phase précontractuelle à la résiliation du contrat), et l'exécution des garanties du contrat ;
- La gestion des clients ;
- L'exercice des recours, et la gestion des réclamations et des contentieux ;
- L'élaboration des statistiques et études actuarielles ;
- La mise en place d'actions de prévention ;
- Le respect d'obligations légales ou réglementaires ;
- La conduite d'activités de recherche et développement dans le cadre de la vie du contrat.

Ces informations sont destinées, dans la limite de leurs attributions, à MSH INTERNATIONAL, conseiller ou contact habituel, aux services de l'assureur en charge de la gestion commerciale ou de la passation, gestion et exécution des contrats et à ses délégataires, intermédiaires, partenaires, mandataires, sous-traitants ou aux autres entités du Groupe Groupama dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Elles peuvent également être transmises s'il y a lieu aux organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, aux co-assureurs, réassureurs, organismes professionnels et fonds de garanties, ainsi qu'à toutes personnes directement ou indirectement intéressées au contrat et à son exécution et à toutes personnes habilitées au titre de Tiers Autorisés (juridictions, arbitres, médiateurs, ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne).

Des données de santé sont susceptibles d'être traitées dès lors qu'elles sont nécessaires à la passation, la gestion ou l'exécution des contrats d'assurance. Ces informations sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale et avec l'accord de la personne concernée. S'agissant de protection sociale, les personnes concernées acceptent expressément ce recueil et les traitements nécessaires.

Elles sont exclusivement destinées aux médecins-conseil de l'assureur ou d'entités du Groupe Groupama en charge de la gestion des garanties, à son service médical ou aux personnes internes ou externes habilitées spécifiquement (notamment ses délégataires ou experts médicaux). Ces informations peuvent également être utilisées par des personnes habilitées au titre de la lutte contre la fraude.

En cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées pour la durée du contrat prolongée de la durée de gestion des éventuels sinistres ou litiges en cours, et jusqu'à expiration des délais légaux de prescription.

En l'absence de conclusion d'un contrat (données prospects) :

- les données de santé sont conservées 5 ans maximum à des fins probatoires ;
- les autres données pourront être conservées 3 ans maximum.



## Prospection commerciale

L'assureur et les entreprises du Groupe Groupama (Assurances, Banque et Services), ont un intérêt légitime à mener des actions de prospection vers leurs clients ou prospects, et mettent en œuvre des traitements nécessaires à :

- la réalisation d'opérations relatives à la gestion des prospects ;
- l'acquisition des données relatives aux clients ou prospects dans le respect des droits des personnes ;
- la conduite d'activités de recherche et développement dans le cadre des activités de gestion de la clientèle et de prospection.

L'utilisation de certains moyens pour la réalisation des opérations de prospection est faite sous réserve de l'obtention de l'accord des prospects. Il s'agit de :

- l'utilisation de l'adresse e-mail ou du numéro de téléphone pour la prospection électronique ;
- l'utilisation des données de navigation afin de proposer des offres personnalisées (voir notice cookies sur le site internet pour en savoir plus) ;
- la communication des données à des partenaires.

Toute personne peut s'opposer à tout moment à la réception de publicités par courrier, email ou téléphone auprès des services de l'assureur (voir ci-avant Droits des personnes).

Pour la prospection par téléphone ou par voie électronique (mail, SMS/MMS), les personnes précitées peuvent également s'opposer en réglant leurs préférences dans leur espace personnel ou à partir du lien de désabonnement prévu dans les envois de l'assureur.

Pour la prospection par téléphone, elles peuvent aussi s'opposer en s'inscrivant gratuitement sur la liste d'opposition BLOCTEL ([www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr)) qui interdit aux professionnels avec lesquels elles n'ont pas de relation contractuelle en cours de les démarcher par téléphone.

## Lutte contre la fraude à l'assurance

Les personnes précitées sont également informées que l'assureur met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de leur dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe Groupama.

Dans ce cadre, des données personnelles concernant les personnes précitées peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des entités du Groupe Groupama dans le cadre de la lutte contre la fraude.

Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

L'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance (ALFA) peut être destinataire de données à cette fin.

Les personnes sont également informées qu'ALFA met en œuvre un dispositif mutualisé des données des contrats d'assurance et des sinistres déclarés auprès des assureurs à des fins de lutte contre la fraude. Les droits sur ces données peuvent être exercés à tout moment par courrier à ALFA, 1, rue Jules Lefebvre - 75431 Paris Cedex 09.

Les données traitées pour la lutte contre la fraude sont conservées 5 ans maximum à compter de la clôture du dossier de fraude. En cas de procédure judiciaire, les données seront conservées jusqu'à la fin de la procédure, et à l'expiration des prescriptions applicables.

Les personnes inscrites sur une liste de fraudeurs présumés, seront désinscrites passé le délai de 5 ans à compter de l'inscription sur cette liste.

## LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Pour répondre à ses obligations légales et permettre l'application de sanctions financières, l'assureur met en œuvre des dispositifs de surveillance destinés à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

Les données utilisées à cette fin sont conservées 5 ans à compter de la clôture du compte ou de la fin de la relation avec l'assureur. Celles relatives aux opérations réalisées par les personnes sont conservées 5 ans à compter de leur exécution y compris en cas de clôture du compte ou de fin de la relation avec l'assureur.

Ces informations sont destinées aux services de l'assureur en charge du traitement de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

TRACFIN peut également être destinataire d'informations à cette fin. Conformément au code monétaire et financier, le droit d'accès à ces données s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

En tant qu'entreprise d'assurance, Groupama Gan Vie est assujéti aux dispositions légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme des dispositions des articles L. 561-1 et suivants du code monétaire et financier. Groupama Gan Vie est ainsi tenu à des obligations d'identification, de connaissance de ses clients et de vigilance constante, qui justifient le recueil d'informations auprès de ses Clients.



## Satisfaction/Qualité de services

Dans son intérêt et celui de ses clients, l'assureur mesure et cherche à améliorer continuellement la qualité de ses services et de ses offres. Des enquêtes de satisfaction peuvent notamment être réalisées.

Dans ce cadre, les échanges par courrier, e-mail ou téléphone entre l'assureur et les personnes précitées peuvent être enregistrés et analysés.

Les enregistrements téléphoniques sont conservés pour une durée maximale de 6 mois et les autres éléments nécessaires à l'amélioration de la qualité de services sont conservés pour une durée maximale de 3 ans.

## Études, Statistiques

L'assureur et les entités du Groupe Groupama (ou leurs sous-traitants) sont également susceptibles d'utiliser et exploiter des données à caractère personnel concernant les personnes précitées à des fins statistiques ou d'études, en vue notamment de faire évoluer leurs offres de produits et services, de personnalisation de leurs relations avec l'intéressé.

Ces données peuvent être associées, combinées ou inclure des données personnelles concernant les personnes précitées, collectées automatiquement ou communiquées par la personne elle-même.

Elles peuvent également être combinées avec des données statistiques ou agrégées issues de différentes sources internes ou externes.

## TRANSFERTS D'INFORMATIONS HORS DE L'UNION EUROPÉENNE

Les données personnelles sont traitées au sein de l'Union Européenne. Toutefois, des données peuvent faire l'objet de transferts vers des pays hors Union Européenne, dans le respect des règles de protection des données et encadrées par des garanties appropriées (ex : clauses contractuelles types de la commission européenne, pays présentant un niveau de protection des données reconnu comme adéquat...).

Ces transferts peuvent être effectués pour l'exécution des contrats, la lutte contre la fraude, le respect d'obligations légales ou réglementaires, la gestion d'actions ou contentieux permettant notamment à l'assureur d'assurer la constatation, l'exercice ou la défense de ses droits en justice ou pour les besoins de la défense des personnes concernées. Certaines données, strictement nécessaires à la mise en œuvre des prestations d'assistance, peuvent aussi être transmises hors de l'Union Européenne dans l'intérêt de la personne concernée ou de la sauvegarde de la vie humaine.

## DÉMATÉRIALISATION DES ÉCHANGES RELATIFS AU CONTRAT D'ASSURANCE

### Échanges dématérialisés avec l'adhérent

S'agissant des informations et documents relatifs à son contrat, l'adhérent est informé que l'assureur peut échanger de façon dématérialisée et notamment lui fournir ou mettre à sa disposition ces informations et documents sur support durable autre que le papier et notamment par courrier électronique.

Par la communication de son adresse électronique lors de la souscription ou en cours de contrat, l'adhérent reconnaît que cette dématérialisation est adaptée à sa situation.

L'adhérent peut, à tout moment, s'opposer à la dématérialisation et demander à l'assureur, par tout moyen, qu'un support papier soit utilisé et ce, sans frais à sa charge.

Pour ce faire, l'adhérent, peut adresser un courrier ou un courrier électronique à l'assureur ou l'appeler.

Les coordonnées des services et sites concernés sont indiquées ci-avant.

L'adhérent s'engage à informer sans délai l'assureur de toute modification de son adresse électronique et, plus généralement, de tout changement de sa situation pouvant avoir une quelconque incidence sur la gestion de son contrat.

### Convention de preuve

La présente convention de preuve s'applique à la fourniture par l'assureur d'informations ou de documents par courrier électronique envoyé à l'adhérent ;

L'adhérent et l'assureur acceptent et reconnaissent mutuellement que de manière générale, les données contenues dans le système d'information de l'assureur sont opposables à l'affilié et auront valeur de preuve concernant l'application des dispositions de son contrat.

## ARTICLE 18 – FAUSSE DÉCLARATION

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26 du code des assurances, l'adhésion au contrat d'assurance est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Adhérent, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque et en diminue l'opinion pour l'assureur alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Adhérent a été sans influence sur le sinistre. Les cotisations payées demeurent alors acquises à l'assureur qui a le droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

## 2.4/ ARBITRAGE ET COTISATION

### ARTICLE 19 – ARBITRAGE

Tous les litiges auxquels le présent contrat pourra donner lieu seront résolus par voie d'arbitrage. Chacune des parties nomme un arbitre et les deux arbitres réunis nomment le troisième. Faute pour l'une des parties de nommer son arbitre dans un délai d'un mois à compter de la notification par l'une ou l'autre des parties de la mise en œuvre de la clause d'arbitrage, ou par les deux arbitres de s'entendre sur la nomination du troisième dans un délai égal, il y sera pourvu par le président du Tribunal de Grande Instance, statuant en référé sur l'assignation de la partie la plus diligente.

Les arbitres sont dispensés de suivre les formes habituelles de la procédure et décident en dernier ressort : la sentence arbitrale est exécutoire et définitive. Elle doit être prononcée dans un délai de six mois à compter de la constitution du tribunal arbitral. Pour les frais d'arbitrage, les parties se soumettent également à la décision des arbitres.

Cette exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des primes ou cotisations versées antérieurement par l'Assuré.

### ARTICLE 20 – COTISATION

#### · FIXATION ET PAIEMENT

Les garanties de l'adhésion sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation exprimée en euros ou en dollars, fixée en fonction de l'âge de l'Adhérent, des garanties souscrites et de leur montant.

Le montant de la cotisation est indiqué dans le certificat d'adhésion.

Les cotisations sont révisées au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année par l'assureur, en fonction des résultats enregistrés au cours de l'année écoulée.

Toute taxe ou imposition qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite, serait mise à la charge de l'Adhérent et payable en même temps que la cotisation.

#### · PAIEMENT

#### **PAIEMENT DE LA COTISATION PAR L'ADHÉRENT**

Les cotisations sont payables mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement et d'avance, en euros et en dollars à l'association contractante. La périodicité de versement est indiquée au certificat d'adhésion.

En cas de résiliation de l'adhésion au contrat, l'adhésion et les garanties sont maintenues jusqu'à la fin de la période couverte par la dernière cotisation réglée.

#### **DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION**

En application des dispositions de l'article L113-3 du code des assurances, toute cotisation exigible reste due et peut être recouvrée par tout moyen de droit

En application des dispositions de l'article L141-3 du code des assurances, l'association contractante doit, au plus tôt dix jours après la date d'échéance d'une cotisation impayée, adresser à l'Adhérent une lettre recommandée de mise en demeure. D'un commun accord entre l'assureur et l'association contractante, il est convenu que cette dernière donne mandat à l'assureur pour établir et adresser cette lettre recommandée.

La lettre stipulera qu'à l'issue d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi de cette lettre, l'Adhérent est exclu du contrat d'assurance en raison du non-paiement de la cotisation. L'Adhérent reste redevable de l'intégralité de la cotisation jusqu'à sa date de radiation.

### ARTICLE 21 – EXONÉRATION DU PAIEMENT DE LA COTISATION – MAINTIEN DES GARANTIES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

Si l'adhérent est en arrêt total de travail consécutivement à une maladie ou à un accident survenant avant la date de son 70<sup>e</sup> anniversaire, l'adhérent continue à bénéficier des garanties souscrites dans les conditions du contrat, sans contrepartie de cotisation, dès la date de versement des prestations prévues au titre de la garantie Arrêt de travail et pendant toute la durée de leur versement.

Les présentes dispositions ne sont applicables qu'en cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou à un accident survenu à compter de la date d'effet de l'adhésion au contrat de l'adhérent concerné.

#### · DÉTERMINATION DE LA GARANTIE

**Vous êtes considéré en arrêt total et continu de travail, si nous avons reconnu votre état d'incapacité temporaire totale de travail ou votre état d'invalidité permanente totale tel que défini à l'article 8 ci-avant.**

#### · DÉCLARATION ET JUSTIFICATION DE L'ARRÊT DE TRAVAIL

La preuve de l'arrêt de travail vous incombe et vous êtes tenu de nous le déclarer dans les conditions définies à l'article 8 ci-avant. Les arrêts de travail déclarés hors délai ne donneront pas lieu à exonération du paiement de la cotisation pour la période antérieure à la déclaration. Cette déclaration doit être accompagnée des pièces justificatives énumérées à l'article 8 précité. L'assureur se réserve la possibilité de réclamer toutes pièces justificatives complémentaires nécessaires à l'application de la garantie. Si l'adhérent a souscrit la garantie en cas d'arrêt de travail « classique », les documents fournis au titre de celle-ci sont suffisants. En cas de reprise du travail ou de cessation de l'arrêt total de travail, l'adhérent doit en informer immédiatement l'assureur.

#### · RECONNAISSANCE ET CONTRÔLE DE L'ÉTAT D'INCAPACITÉ OU D'INVALIDITÉ

L'assureur se réserve expressément la faculté d'apprécier, reconnaître et contrôler l'état d'incapacité ou d'invalidité de l'adhérent. À cet effet, les dispositions de l'article 8 ci-avant sont applicables dans le cadre de la présente garantie.

#### · RISQUES EXCLUS

**Les risques exclus au titre de la garantie Exonération du paiement de la cotisation – Maintien des garanties en cas d'arrêt de travail sont identiques à ceux prévus à l'article 8 précité.**

#### · DURÉE ET CESSATION DU MAINTIEN DES GARANTIES

Le maintien des garanties est accordé tant que dure l'arrêt de travail ouvrant droit au bénéfice de l'exonération. Il prend fin lors de la reprise ou de l'aptitude médicalement constatée à la reprise d'une activité professionnelle par l'adhérent, quelle que soit la nature de cette activité. Il cesse en outre, au plus tard, à la date de liquidation de la pension du régime d'assurance vieillesse de base (y compris pour inaptitude au travail) de l'adhérent et, en tout état de cause, le jour où il atteint l'âge de 70 ans. Il cesse également en cas de résiliation du contrat.

## Annexe : Barème d'invalidité de la garantie infirmité corporelle

### I - INFIRMITÉ PERMANENTE TOTALE

Aliénation mentale incurable et totale résultant directement et exclusivement d'un accident	100 %
Perte complète de la vision des deux yeux	100 %
Paralysie complète résultant directement et exclusivement d'un accident	100 %
Perte totale de l'usage de deux membres	100 %

### II - INFIRMITÉ PERMANENTE PARTIELLE

#### Crâne et rachis

Perte totale de la vue d'un œil	25 %
Surdité complète et incurable résultant directement et exclusivement d'un accident	40 %
Surdité complète et incurable d'une oreille	10 %
Fracture de l'apophyse odontoïde de l'axis avec déplacement : maximum selon raideur	30 %
Fracture prononcée ou luxation de la colonne vertébrale avec raideur rachidienne importante, signes d'irritation radiculo-médullaire, déviation cliniquement prononcée d'origine traumatique	25 %
Perte de dents sans prothèse possible :	
. Incisives - canines	par dent : 0,60 %
. Prémolaires	par dent : 0,80 %
. Molaires	par dent : 1,00 %
Traumatisme crânien accompagné de perte de connaissance avec phénomènes post-commotionnels sans signes neurologiques objectifs : maximum	5 %

#### Membres supérieurs

	Droit	Gauche
Amputation ou paralysie totale du membre supérieur	60 %	50 %
Amputation de l'avant-bras à l'articulation du coude	55 %	45 %
Perte totale de la main ou de l'usage de la main	50 %	40 %
Fracture non consolidée de l'humérus (bras ballant)	25 %	20 %
Fracture non consolidée de l'avant-bras (pseudarthrose lâche des deux os)	25 %	20 %
Perte totale des mouvements :		
- de l'épaule	25 %	20 %
- du coude	20* à 25** %	15* à 20** %
- du poignet	15* à 25** %	15* à 20** %
Perte totale du pouce	20 %	15 %
Perte totale de l'index	12 %	8 %
Perte totale du médius	8 %	6 %
Perte totale de 2 doigts autres que le pouce et l'index	15 %	10 %

#### Membres inférieurs

Amputation de la cuisse à l'articulation de la hanche ou paralysie totale du membre inférieur	60 %
Amputation de la jambe à l'articulation du genou	45 %
Amputation totale d'un pied, désarticulation tibio-tarsienne (Syme)	35 %
Fracture non consolidée de la cuisse (pseudarthrose du fémur) : maximum	35 %
Fracture non consolidée de la jambe (pseudarthrose des deux os) : maximum	35 %
Fracture non consolidée du péroné seul (pseudarthrose)	2 %
Perte totale des mouvements :	
. de la hanche	30* à 40** %
. du genou	20* à 30** %
. du cou-de-pied	10* à 15** %
Amputation du gros orteil	5 %
Amputation d'un autre orteil	1 %

Si l'adhérent est gaucher et sous réserve qu'il en fasse la déclaration à l'assureur, les taux prévus pour les différentes invalidités du membre supérieur droit s'appliqueront au gauche et vice-versa.

\* En position favorable.

\*\* En position très défavorable.



**MSH International**, société française de courtage d'assurance, société par actions simplifiées au capital de 2 500 000 euros, dont le siège social est au 39 rue Mstislav Rostropovitch - 75815 Paris cedex 17, Cedex 17 France. Immatriculée au registre du commerce et des sociétés de Paris sous le n° 352 807 549, inscrite à l'ORIAS sous le n° 07 002 751, numéro de TVA intracommunautaire FR 78 352 807 549. MSH INTERNATIONAL est régie par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution.

**Groupama Gan Vie**, Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 € - RCS Paris 340 427 616 - APE 6511 Z  
Siège social : 8-10, rue d'Astorg - 75383 Paris Cedex 08. Entreprise régie par le Code des Assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 Les produits d'assurances distribués sous la marque Gan Eurocourtage via les courtiers sont ceux de Groupama Gan Vie.