

CAPITAL SANTÉ

Contrat de prévoyance



CONDITIONS GÉNÉRALES

VOTRE CONTRAT CAPITAL SANTÉ

Le contrat est assuré par : d'une part

pour l'ensemble des garanties du contrat excepté les garanties décès accident et maladie

La Caisse locale d'Assurances Mutuelles Agricoles (identifiée dans les Conditions Personnelles) ayant souscrit un traité de réassurance emportant substitution auprès de :

la Caisse régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles (identifiée dans les Conditions Personnelles) elle-même réassurée auprès de :

GROUPAMA SA

Société anonyme au capital de 2 088 305 152 euros
Siège social : 8-10, rue d'Astorg – 75008 Paris
343 115 135 RCS Paris

et d'autre part

GROUPAMA GAN VIE en ce qui concerne les garanties décès accident et maladie

Société anonyme au capital de 1 371 100 605 euros
Siège social : 8-10 rue d'Astorg, 75008 Paris
340 427 616 RCS Paris – APE : 6511 Z

La gestion des prestations d'assistance est confiée à MUTUAIDE ASSISTANCE, filiale spécialisée du groupe GROUPAMA

MUTUAIDE ASSISTANCE

Société anonyme au capital de 9 590 040 euros entièrement versé.
383 974 086 RCS CRÉTEIL
Siège social 8-14, avenue des Frères Lumière – 94360 Bry sur Marne

Entreprises régies par le Code des assurances.

Substitution du réassureur

Conformément à l'article R 322.132 du Code des assurances, la Caisse régionale se substitue à la Caisse locale réassurée pour la constitution des garanties prévues par la réglementation des entreprises d'assurance et l'exécution des engagements d'assurance pris par la Caisse locale.

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) :
61, rue Taitbout – 75009 PARIS.

⦿ **Le contrat est régi par le Code des assurances y compris, le cas échéant, les dispositions particulières pour les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.**

I SOMMAIRE

◉ LEXIQUE

◉ 1. VOTRE CONTRAT

1.1. A qui s'adresse ce contrat ?	p. 4
1.2. De quoi se compose votre contrat ?	p. 4
1.3. Quel est l'objet de votre contrat ?	p. 4
1.4. Quelles sont les exclusions générales de votre contrat ?	p. 4
1.5. Délai de carence	p. 5
1.6. Quelles sont les limites de vos garanties ?	p. 5

◉ 2. VOS GARANTIES D'ASSURANCE PRÉVOYANCE

2.1. Garantie arrêt de travail	p. 6
2.1.1. Le choix de vos garanties arrêt de travail	p. 6
2.1.2. Objet des garanties	p. 6
2.1.3. Montants des garanties	p. 7
2.1.4. Franchise	p. 7
2.1.5. Limite de versement	p. 7
2.1.6. Exclusions spécifiques aux garanties arrêt de travail	p. 7
2.1.7. Revalorisation des garanties et des prestations	p. 7
2.1.8. Étendue territoriale	p. 8
2.1.9. Fin des garanties et du versement des prestations arrêt de travail	p. 8
2.2. Garanties invalidité	p. 8
2.2.1. Le choix de vos garanties Invalidité	p. 8
2.2.2. Objet des garanties	p. 9
2.2.3. Seuil d'intervention et détermination du taux d'invalidité	p. 9
2.2.4. Modalités d'indemnisation	p. 10
2.2.5. Exclusions spécifiques aux garanties Invalidité	p. 10
2.2.6. Revalorisation des garanties et des prestations Invalidité	p. 10
2.2.7. Étendue territoriale	p. 10
2.2.8. Fin des garanties et du versement des prestations Invalidité	p. 10
2.3. Garanties décès	p. 11
2.3.1. Le choix de vos garanties décès	p. 11
2.3.2. Objet des garanties	p. 11
2.3.3. Modalités de versement des prestations décès	p. 11
2.3.4. Avance sur Capital Décès	p. 11
2.3.5. Modalités de désignation du ou des bénéficiaire(s)	p. 12
2.3.6. Exclusions spécifiques aux garanties décès	p. 12
2.3.7. Revalorisation des garanties et des prestations Décès	p. 12
2.3.8. Étendue territoriale	p. 13
2.3.9. Fin des garanties décès	p. 13
2.4. Garantie Frais de recherche	p. 13
2.4.1. Objet de la garantie	p. 13
2.4.2. Personnes couvertes	p. 13
2.4.3. Modalités d'indemnisation	p. 13
2.4.4. Étendue territoriale	p. 13

2.5. Garantie protection intégrale accident	p. 13
2.5.1. Objet de la garantie	p. 13
2.5.2. Modalités d'indemnisation	p. 13
2.5.3. Cumul des Indemnités Capital Décès et Capital Invalidité	p. 14
2.5.4. Étendue territoriale	p. 14
2.5.5. Fin de la Garantie protection intégrale accident	p. 14
2.6. Garantie assistance prévoyance professionnelle	p. 15
2.6.1. Présentation des prestations	p. 15
2.6.2. Objet de la garantie	p. 16
2.6.3. Conditions de mise en œuvre	p. 17
2.6.4. Étendue territoriale	p. 17

3. LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE CONTRAT

3.1. La vie de votre contrat	p. 18
3.1.1. Quand prend-il effet ?	p. 18
3.1.2. Pour combien de temps ?	p. 18
3.1.3. Comment pouvez-vous le modifier ?	p. 18
3.1.4. Comment y mettre fin à l'échéance annuelle ?	p. 18
3.1.5. Dans quelles circonstances peut-il être résilié en cours d'année ?	p. 19
3.1.6. Pouvons-nous réclamer une indemnité de résiliation ?	p. 20
3.1.7. Conséquences de la résiliation sur le versement des prestations	p. 20
3.2. Vos déclarations : les bases de notre accord	p. 20
3.2.1. À la souscription	p. 20
3.2.2. En cours de contrat	p. 20
3.2.3. Sanctions pour omission ou fausse déclaration	p. 20
3.3. La cotisation : la contrepartie de vos garanties	p. 21
3.3.1. Quand et comment l'assuré doit-il régler la cotisation ?	p. 21
3.3.2. Si l'assuré ne règle pas sa cotisation	p. 21
3.3.3. Évolution de la cotisation	p. 21
3.3.4. Exonération de la cotisation Rente invalidité	p. 21
3.4. La survenance d'un événement garanti	p. 22
3.4.1. Les cas concernés	p. 22
3.4.2. Non respect du délai de déclaration	p. 23
3.4.3. Non respect des formalités	p. 23
3.4.4. Fausses déclarations	p. 23
3.4.5. Expertise	p. 23
3.4.6. Délai de règlement des prestations	p. 23
3.5. Dispositions diverses	p. 24
3.5.1. Délai de prescription	p. 24
3.5.2. Faculté de renonciation	p. 24
3.5.3. Protection des données personnelles	p. 25
3.5.4. Réclamation	p. 27

I LEXIQUE

Certains termes sont fréquemment utilisés dans nos contrats d'assurance. Nous vous indiquons ci-après la signification qu'il convient de leur donner.

⊙ ACCIDENT

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de votre part provenant d'un événement soudain, imprévu, qui vous est extérieur et qui constitue la cause du dommage corporel.

⊙ ACTE AUTHENTIQUE

Acte établi par un notaire ou un officier public et signé devant lui par toutes les parties à l'acte.

⊙ ACTE SOUS SIGNATURE PRIVÉE

Acte dont la rédaction est libre, établi par l'une des parties à l'acte et signé par tous les participants à cet acte. L'acte sous signature privée peut ou non être enregistré auprès du service des impôts.

⊙ ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

Exercice de la profession déclarée sur la proposition d'assurance et procurant un salaire, une rémunération, des revenus à la personne qui l'exerce. Les personnes en recherche d'emploi sont réputées en activité professionnelle dès lors qu'elles perçoivent un dédommagement de l'assurance chômage.

⊙ ANNÉE D'ASSURANCE

Période comprise entre deux échéances annuelles consécutives. Si la date d'échéance annuelle ne coïncide pas avec la date anniversaire de la date d'effet du contrat, la première année d'assurance est la période comprise entre la date d'effet du contrat et la date d'échéance annuelle.

⊙ ARRÊT DE TRAVAIL

Période pendant laquelle vous cessez temporairement d'exercer votre activité professionnelle pour cause d'incapacité temporaire totale.

⊙ ASSURANCE MALADIE

L'assurance maladie est la branche de la Sécurité sociale qui couvre le risque maladie des assurés sociaux et de leurs ayants droit.

⊙ ASSURANCE MATERNITÉ

L'assurance maternité prend en charge le remboursement des frais médicaux et pharmaceutiques relatifs à la grossesse à partir du 6ème mois de grossesse, au remboursement des frais d'accouchement, ainsi qu'à la prise en charge d'un congé maternité ou d'adoption dont la durée varie en fonction du nombre d'enfants déjà à charge.

⊙ ASSURÉ

Personne physique :

- sur laquelle reposent les garanties souscrites et mentionnée dans les Conditions Personnelles;
- signataire du contrat qui s'engage de ce fait à payer les cotisations.

⊙ ASSUREUR

- La Caisse locale d'Assurances Mutuelles Agricoles, pour les garanties arrêt de travail, invalidité, capital décès par accident, frais de recherche, protection intégrale accident et assistance.
- Groupama Gan Vie pour les garanties capital et rente décès accident et maladie et rente accident seul.

⊙ AVENANT

Acte qui constate un accord nouveau intervenu en cours de contrat. Il obéit aux mêmes règles que le contrat lui-même.

⊙ BÉNÉFICIAIRE(S) EN CAS DE DÉCÈS

Personne(s) désignée(s) par l'assuré qui bénéficie(nt), en cas de décès de l'assuré, de la prestation prévue par les garanties décès du contrat.

- **bénéficiaire(s) de premier rang** : la personne ou les personnes désignées, en premier, pour bénéficier du capital;
- **bénéficiaire(s) de second rang** : la personne ou les personnes désignées qui percevront le capital à défaut de bénéficiaires de premier rang;
- **qualité du bénéficiaire** : titre par lequel le bénéficiaire est désigné, sans précision de nom (par exemple mon conjoint ou mes enfants ou mes héritiers);
- **clause nominative** : désignation d'un bénéficiaire par ses nom d'usage et le cas échéant nom de naissance, prénom, date et lieu de naissance, ainsi que son adresse;
- **héritiers** : personnes désignées dans le cadre d'une succession en proportion de leurs parts, de même que les légataires universels.

⊙ BÉNÉFICIAIRE(S) ACCEPTANT

Personne(s) physique(s) ou morale qui accepte(nt) en accord avec l'assuré par déclaration écrite faite à l'assureur, le bénéfice de l'assurance. La désignation du(des) bénéficiaire(s) devient alors irrévocable. Le(s) bénéficiaire(s) acceptant peut(peuvent) se substituer à l'assuré pour payer temporairement ou définitivement les cotisations.

⊙ CONDITIONS PERSONNELLES

Document contractuel que nous remettons à l'assuré et qui précise nos engagements réciproques, les garanties choisies, les montants ainsi que les franchises qui s'y appliquent.

I LEXIQUE

⊙ CONJOINT

Il s'agit de la personne avec laquelle vous êtes marié ou de la personne ayant signé un PACS (pacte civil de solidarité) avec vous, ou avec qui vous êtes lié par une situation de fait.

Pour les garanties décès, il s'agit de la personne avec laquelle vous êtes marié ou de la personne ayant signé un PACS (pacte civil de solidarité) avec vous. La personne avec qui vous êtes lié par une situation de fait est exclue.

⊙ DATE DE CONSOLIDATION

Date à partir de laquelle les lésions imputables à l'événement de santé déclaré (accident ou maladie) prennent un caractère stable et supposé définitif permettant de fixer un taux d'invalidité permanente. Cette date et le taux d'invalidité permanente sont fixés par notre médecin conseil à partir des documents que vous avez produits et des éventuelles expertises.

⊙ DÉLAI DE CARENCE

Période pendant laquelle les garanties arrêt de travail et Invalidité ne s'appliquent pas. Le délai de carence débute à la date de prise d'effet de la garantie indiquée aux Conditions Personnelles; à son expiration le droit aux prestations est acquis pour tout événement survenant au delà de ce délai.

⊙ DOMICILE

Lieu de résidence principale en France métropolitaine, principautés d'Andorre et de Monaco.

⊙ DOMMAGE CORPOREL

Toute altération des capacités physiques ou psychiques consécutive à un accident ou une maladie.

⊙ ÉCHÉANCE ANNUELLE

Date à laquelle l'assuré s'est engagé à payer sa cotisation pour être garanti l'année d'assurance à venir.

⊙ FRANCHISE

Nombre de jours pendant lesquels nous n'intervenons pas en cas d'arrêt de travail.

⊙ HOSPITALISATION

Séjour dans un établissement hospitalier (public ou privé) nécessité par un accident, une maternité ou une maladie.

⊙ INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE

Impossibilité temporaire et totale d'exercer l'activité professionnelle déclarée au contrat, pour raison médicale. Cette interruption doit être ordonnée médicalement et justifiée par un certificat médical.

⊙ INDEMNITÉ D'ASSURANCE

Somme que nous versons au titre d'un événement garanti. Cette indemnité peut également être désignée sous le terme de prestation.

⊙ INVALIDITÉ FONCTIONNELLE PERMANENTE

État physiologique médicalement constaté dans lequel vous vous trouvez lorsque, après stabilisation, supposée définitive, de votre état de santé suite à un accident ou une maladie, votre capacité fonctionnelle, physique ou mentale, reste réduite.

Le taux d'invalidité fonctionnelle permanente est déterminé en référence au « Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun » édité par le Concours Médical et en vigueur au jour de l'expertise.

⊙ INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE PERMANENTE

Réduction partielle ou totale médicalement constatée de la capacité à exercer l'activité professionnelle déclarée au contrat, consécutive à l'altération supposée définitive de vos capacités physiques ou mentales.

Le taux d'invalidité professionnelle permanente est apprécié en tenant compte de vos capacités restantes à exercer votre activité professionnelle agricole :

- par rapport à l'activité professionnelle agricole indiquée aux Conditions Personnelles et effectivement exercée au moment du sinistre,
- à partir des documents produits et des éventuelles expertises.

⊙ MALADIE

Toute altération de votre état de santé, d'origine non accidentelle, médicalement constatée.

⊙ NOUS

L'assureur, c'est à dire la Caisse locale d'Assurances Mutuelles Agricoles, identifiée dans les Conditions Personnelles, auprès de laquelle le contrat est souscrit.

En ce qui concerne les garanties capital et rente Décès accident et maladie, la garantie rente décès accident seul, ainsi que la PTIA, l'assureur est Groupama Gan Vie.

La gestion des prestations d'assistance est confiée à Mutuaide Assistance, filiale spécialisée du Groupe GROUPAMA.

⊙ PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

La perte totale et irréversible d'autonomie est définie comme étant l'impossibilité définitive et totale, pour la personne assurée, d'exercer une profession quelconque ou une occupation pouvant procurer gain ou profit, en raison de son état de santé physique et/ou psychique, médicalement constaté par notre médecin-conseil avant l'âge de 65 ans, et l'obligeant, en outre, à avoir recours à l'assistance constante d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie quotidienne (se nourrir, satisfaire à son hygiène corporelle, s'habiller, se déplacer).

I LEXIQUE

⊙ POINT AGIRC (ASSOCIATION GÉNÉRALE DES INSTITUTIONS DE RETRAITE DES CADRES)

Point de retraite des cadres.

⊙ PROPOSITION

Document que vous remplissez et signez, sur lequel vous indiquez les renseignements vous concernant et les garanties que vous souhaitez.

⊙ PROFESSION

La profession est le métier exercé par la personne assurée : activité manuelle ou intellectuelle procurant un salaire, une rémunération, des revenus à celui qui l'exerce. Vous la déclarez lors de la souscription au contrat.

Pour les personnes en recherche d'emploi et dédommagées par l'assurance chômage, nous nous référons à leur dernière profession déclarée au contrat.

⊙ QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Questionnaire par lequel vous déclarez votre état de santé à la date de signature de la proposition ou de l'avenant modificatif ainsi que les événements médicaux antérieurs à cette date, en répondant précisément et de bonne foi à chacune des questions posées.

Si vous décidez de le confidentialiser, il sera obligatoirement adressé sous pli confidentiel à notre médecin-conseil.

Le questionnaire nous permet de nous prononcer sur l'acceptation du risque et la conclusion de votre contrat.

⊙ RENTE ÉDUCATION

Rente versée au bénéficiaire mineur de l'assuré et au maximum jusqu'à ses 25 ans.

⊙ SEUIL D'INTERVENTION

Pourcentage d'invalidité permanente lié à un accident ou une maladie garanti(e) à partir duquel sont versées les prestations Invalidité.

⊙ SINISTRE

Toutes les conséquences dommageables d'un accident ou d'une maladie garanti(e) qui entraînent l'application de l'une des garanties. Constituent un seul et même sinistre, les demandes ayant pour origine un même événement.

⊙ SUBROGATION

Mécanisme permettant à l'assureur lorsqu'il a indemnisé le bénéficiaire suite à un sinistre, de se substituer à celui-ci dans ses droits et actions contre le responsable des dommages, pour obtenir le remboursement des sommes réglées.

⊙ VOUS

L'assuré désigné(s) dans les Conditions Personnelles ou toute autre personne qui lui serait substituée avec notre accord, ou du fait du décès de l'assuré précédent.

I VOTRE CONTRAT

1

1.1. À QUI S'ADRESSE CE CONTRAT ?

Ce contrat, qui n'admet qu'un seul assuré, est destiné à toute personne de 18 ans et plus, fiscalement domiciliée en France.

Pour les garanties arrêt de travail et Invalidité, l'assuré doit exercer une activité professionnelle :

- soit salariée;
- soit non-salariée agricole : chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, conjoints collaborateurs, associés d'exploitation et aides familiaux;
- soit non-salariée non agricole, notamment quand l'assuré ne souhaite pas bénéficier de la loi du 11 février 1994 relative à l'entreprise individuelle dite « loi Madelin ».

Certaines des garanties peuvent également être proposées aux inactifs.

1.2. DE QUOI SE COMPOSE VOTRE CONTRAT ?

Votre contrat est composé :

- des présentes conditions générales;
- du tableau des montants de garanties et des franchises;
- des Conditions Personnelles.

1.3. QUEL EST L'OBJET DE VOTRE CONTRAT ?

Ce contrat vous permet d'être couvert en cas d'accident et/ou en cas de maladie survenu tant durant vos activités professionnelles que pendant vos activités personnelles.

Il garantit le versement, de prestations, en cas :

- d'arrêt de travail;
- d'invalidité;
- de décès et de PTIA.

Il vous permet aussi de bénéficier d'une protection particulière en cas d'accident appelée « Protection intégrale accident ».

Il vous permet également de disposer de la prise en charge de **Frais de recherche** si l'une des garanties ci-dessus a été souscrite. Nous garantissons alors le remboursement de ces frais, à concurrence de la somme indiquée dans le tableau des montants de garanties et des franchises.

Il vous permet enfin de bénéficier de la prise en charge de prestations d'**assistance prévoyance professionnelle** décrites dans le paragraphe 2.4 « Garantie assistance prévoyance professionnelle » du présent document, **si vous exercez une activité professionnelle non salariée.**

Les garanties arrêt de travail, invalidité et décès peuvent être souscrites indépendamment les unes des autres.

Si la mention en est faite sur vos Conditions Personnelles, les garanties sont limitées aux seuls événements d'origine accidentelle.

Les garanties que vous avez choisies sont indiquées dans les Conditions Personnelles.

1.4. QUELLES SONT LES EXCLUSIONS GÉNÉRALES

DE VOTRE CONTRAT ?

Quelles que soient les garanties choisies, nous n'assurons jamais les conséquences :

- des maladies et accidents dont la première constatation médicale est antérieure à la souscription et qui sont expressément mentionnés dans les Conditions Personnelles, sauf pour les garanties décès, hors PTIA;
- d'une aggravation due à un traitement tardif imputable à une négligence de votre part ou à votre inobservation intentionnelle des prescriptions du médecin;
- des traitements ou interventions chirurgicales à but esthétique qui ne seraient pas la conséquence d'un événement garanti par le contrat;
- des traitements ou interventions chirurgicales réalisés dans un but de rajeunissement;
- de votre faute, si elle est intentionnelle;
- d'un état d'imprégnation alcoolique caractérisé par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui fixé par la réglementation française relative à la circulation automobile en vigueur au jour de l'événement;
- de l'usage de drogues ou stupéfiants non prescrits médicalement;
- d'une tentative de suicide ou d'une mutilation volontaire;
- de la guerre civile ou étrangère, de votre participation active à des émeutes, actes de terrorisme, insurrections, mouvements populaires, rixes (sauf cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel);
- de la manipulation d'engins de guerre dont la détention est illégale;
- de votre participation, à titre amateur ou professionnel, à un pari, un défi ou une tentative de record;
- de votre participation en tant que concurrent à des compétitions et à leurs essais nécessitant l'utilisation d'un véhicule à moteur (terrestre, maritime, aérien);
- de la pratique des sports extrêmes : canoë ou kayak extrême (sur torrents de classe > V, rivières de classe > 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, benji en dehors des baptêmes;

Sauf si vous nous l'avez expressément demandé, et moyennant surprime, et si cela est indiqué dans vos Conditions Personnelles, nous ne garantissons pas les accidents résultant de la pratique :

- d'un sport de combat, le judo est toutefois garanti ;
- de la spéléologie, de l'alpinisme (escalades en artificiel et grandes courses) ;
- d'activités sportives de loisirs comportant l'utilisation d'un véhicule terrestre à moteur, en dehors des voies ouvertes à la circulation publique ;
- d'un sport aérien (voltige, vol à voile, parachutisme, deltaplane, ultra léger motorisé et ailes volantes non motorisées, parapente, saut à l'élastique sauf baptême).

À ces exclusions générales, s'ajoutent des exclusions spécifiques qui figurent au niveau du descriptif de chacune des garanties.

1.5. DÉLAI DE CARENCE

En cas de maladie, les garanties arrêt de travail et Invalidité entrent en vigueur à l'expiration d'un délai de carence de 3 mois suivant la date d'effet des garanties figurant aux Conditions Personnelles.

Toute affection ou maladie survenue ou constatée médicalement pendant ce délai, ainsi que leurs suites, ne peuvent donner lieu au versement d'une prestation, même au-delà de ce délai de carence.

Ces dispositions s'appliquent également en cas d'augmentation des garanties précédemment accordées. Le délai de carence débute alors à la date de prise d'effet de la modification. Dans ce cas, pour toute affection ou maladie survenue ou constatée médicalement pendant ce délai, ainsi que leurs suites, l'assuré bénéficie des garanties pour les montants qui lui étaient précédemment accordés.

En cas d'accident survenant après la date d'effet des garanties qui figure dans vos Conditions Personnelles, il n'y a pas de délai de carence.

1.6. QUELLES SONT LES LIMITES DE VOS GARANTIES ?

Les limites des garanties sont indiquées aux Conditions Personnelles.

VOS GARANTIES D'ASSURANCE PRÉVOYANCE

2

2.1. GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL

2.1.1. LE CHOIX DE VOS GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL

Les garanties arrêt de travail prévoient le versement d'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale de travail :

	GARANTIES	MONTANT	FRANCHISE	LIMITE DE VERSEMENT	DÉLAI DE CARENCE	FIN DE LA GARANTIE
OPTION	INDEMNITÉ JOURNALIÈRE CLASSIQUE	Selon votre choix*	Selon votre choix* : 7, 15, 30, 60, 90, 180 ou 365 jours	Au plus tard 1 an ou 3 ans, de date à date, après le 1 ^{er} jour de l'arrêt de travail pour une même maladie ou un même accident	Accident : aucun Maladie : 3 mois	– À l'échéance annuelle qui suit l'âge de fin de garantie indiqué dans vos conditions personnelles. – Si vous faites valoir vos droits à la retraite avant cet âge, à la date de prise d'effet de votre pension de vieillesse.
	INDEMNITÉ JOURNALIÈRE PICS D'ACTIVITÉ					
	INDEMNITÉ JOURNALIÈRE SAISONNIÈRE					
	INDEMNITÉ JOURNALIÈRE SOUS DÉDUCTION					
			Selon votre choix* : 7, 28, 60, 90 ou 180 jours			

*Vos choix (garantie(s), montant, franchise, limite de versement) sont indiqués dans vos Conditions Personnelles.

Si vous avez le statut de travailleur non salarié agricole, de conjoint collaborateur du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, d'associé d'exploitation ou d'aide familial, vous pouvez souscrire l'une des trois garanties arrêt de travail suivantes : indemnité journalière classique, indemnité journalière saisonnière ou indemnité journalière sous déduction.

Vous pouvez également choisir l'option Indemnité journalière pics d'activité en complément de la garantie Indemnité journalière classique.

Si vous avez un statut de salarié ou de travailleur non salarié non agricole, vous pouvez souscrire uniquement la garantie Indemnité journalière classique.

2.1.2. OBJET DES GARANTIES

2.1.2.1. Garantie Indemnité journalière classique

Nous garantissons le versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail consécutif à un accident ou une maladie entraînant une incapacité temporaire totale.

Option indemnité journalière pics d'activité

Nous garantissons une majoration de vos indemnités journalières classiques de 50 % pendant une ou plusieurs période(s) clé(s) de votre activité professionnelle.

La période clé correspond au minimum à un mois de l'année et au maximum à trois mois de l'année.

Les mois choisis, consécutifs ou non, sont précisés dans vos Conditions Personnelles.

2.1.2.2. Garantie Indemnité journalière saisonnière

Nous garantissons le versement d'indemnités journalières saisonnières en cas d'arrêt de travail consécutif à un accident ou une maladie entraînant une incapacité temporaire totale pendant les seuls mois de l'année où vous exercez votre activité professionnelle saisonnière.

Vous devez choisir le nombre de mois de l'année, consécutifs ou non, durant lesquels vous souhaitez être indemnisé :

- au minimum 4 mois;
- au maximum 8 mois.

Les mois choisis, dénommés ci-après « période(s) saisonnière(s) », sont précisés dans vos Conditions Personnelles.

Les autres mois de l'année ne donnent lieu au versement d'aucune Indemnité journalière de quelque nature que ce soit, au titre du présent contrat.

Vous devez nous déclarer à la souscription l'ensemble des activités professionnelles exercées en dehors des périodes saisonnières.

2.1.2.3. Garantie Indemnité journalière sous déduction

Nous garantissons, en cas d'arrêt de travail consécutif à un accident ou une maladie entraînant une incapacité temporaire totale, le versement d'indemnités journalières calculées par différence entre le montant choisi au contrat indiqué dans vos Conditions Personnelles, et le montant versé par votre régime social de base.

2.1.2.4. Disposition commune à l'ensemble des garanties arrêt de travail

Nous garantissons, quelle que soit la garantie arrêt de travail souscrite et dans les limites indiquées pour chaque garantie : le versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail résultant d'une grossesse entraînant une incapacité temporaire totale, sous réserve de l'avis favorable de notre médecin-conseil.

Seules les périodes d'arrêt donnant lieu au versement des prestations en espèces de l'assurance maladie, au titre d'un régime de base obligatoire, peuvent donner lieu au versement d'indemnités journalières au titre du présent contrat.

2.1.3. MONTANT DES GARANTIES

Vous choisissez le montant des indemnités journalières qui vous seront versées en cas d'arrêt de travail en fonction de vos revenus et du montant que vous percevez de la part de votre régime social de base obligatoire.

2.1.4. FRANCHISE

La franchise correspond au nombre de jours, choisi par vous, pendant lesquels aucune indemnité journalière ne sera versée en cas d'arrêt de travail.

Quelle que soit la garantie souscrite, lors de la souscription, vous pouvez demander que le délai de franchise ne s'applique pas :

- à un arrêt de travail de plus de 3 jours, consécutif à un accident;
- à une hospitalisation chirurgicale d'au moins 1 nuit, intervenant au début de l'arrêt de travail.

Cette mention est précisée dans vos Conditions Personnelles.

Après expiration du délai de franchise indiqué dans vos Conditions Personnelles, les indemnités journalières sont dues pour chaque jour d'arrêt de travail consécutif à un même accident ou une même maladie.

En ce qui concerne la garantie Indemnité journalière saisonnière, si l'arrêt de travail débute en dehors de la période saisonnière et se prolonge pendant celle-ci, le délai de franchise démarre au 1^{er} jour de la période saisonnière.

Toute nouvelle manifestation d'une maladie ou d'un accident ayant déjà fait l'objet d'une première constatation médicale et donné lieu à indemnisation est considérée comme rechute.

Le délai de franchise ne s'applique pas si, ayant repris votre travail, vous devez l'interrompre de nouveau en cas de rechute, moins de 2 mois après la fin de l'arrêt de travail ayant fait l'objet d'une précédente indemnisation.

En revanche, pour toute rechute qui surviendrait au-delà de ces 2 mois, le délai de franchise serait à nouveau appliqué.

2.1.5. LIMITE DE VERSEMENT

Selon le choix que vous avez fait et qui figure dans vos Conditions Personnelles, le versement des prestations cesse au plus tard 1 an ou 3 ans, de date à date, après le 1^{er} jour de l'arrêt de travail pour une même maladie ou un même accident.

2.1.6. EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL

Nous ne garantissons pas, outre les exclusions générales indiquées au paragraphe 1.4 le versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail :

- non prescrit médicalement;
- donnant lieu au versement des prestations en espèces de l'assurance maternité au titre d'un régime de base obligatoire;
- prescrit en vue du suivi d'une cure thermale;
- survenu en cas de maladie, pendant le délai de carence de 3 mois;
- consécutif à la pratique de tout sport à titre professionnel.

2.1.7. REVALORISATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

Les montants des garanties varient chaque année au 1^{er} janvier dans la même proportion que l'évolution du point AGIRC fixé au 1^{er} novembre précédent sous réserve de l'absence de refus de la revalorisation de la cotisation dans les conditions prévues au paragraphe 3.3.3 « Évolution de la cotisation ».

Le montant de l'Indemnité journalière en cours de versement n'est jamais revalorisé.

VOS GARANTIES D'ASSURANCE PRÉVOYANCE

2

2.1.8. ÉTENDUE TERRITORIALE

La garantie est acquise en cas d'arrêt de travail survenu en France métropolitaine, dans les départements et collectivités d'outremer, en Nouvelle Calédonie, dans les Terres australes et antarctiques françaises et dans les principautés d'Andorre et de Monaco.

En cas d'arrêt de travail survenu à l'étranger hors des territoires mentionnés ci-dessus, et dans le cadre de séjours n'excédant pas 3 mois consécutifs, la garantie est acquise exclusivement en cas d'hospitalisation.

2.1.9. FIN DES GARANTIES ET DU VERSEMENT DES PRESTATIONS ARRÊT DE TRAVAIL

Fin des garanties en cas d'arrêt de travail

La garantie cesse à l'échéance annuelle qui suit l'âge de fin de garantie indiqué dans vos Conditions Personnelles.

Si vous faites valoir vos droits à la retraite avant cet âge, la garantie cesse à la date à laquelle votre pension de vieillesse prend effet.

Les cas de résiliation du contrat et de cessation des garanties sont détaillés au paragraphe 3.1. « La vie de votre contrat ».

Fin du versement des prestations

Le versement des prestations cesse :

- lorsque vous reprenez votre activité professionnelle;
- au plus tard à la fin de la période saisonnière pour la garantie Indemnité journalière saisonnière;
- lorsque votre état de santé étant considéré comme stabilisé, une date de consolidation pouvant être fixée, vous n'êtes plus reconnu en arrêt de travail par notre médecin-conseil (soit parce que vous êtes invalide, soit parce que vous êtes apte à reprendre votre activité professionnelle, même partiellement);
- à l'échéance annuelle qui suit l'âge de fin de garantie indiqué dans vos Conditions Personnelles;
- si vous faites valoir vos droits à la retraite avant cet âge, à la date à laquelle votre pension de vieillesse prend effet.

2.2. GARANTIES INVALIDITÉ

2.2.1. LE CHOIX DES GARANTIES INVALIDITÉ

	GARANTIES	MONTANT	SEUILS D'INTERVENTION	DÉLAI DE CARENCE	FIN DE LA GARANTIE
OPTION	CAPITAL INVALIDITÉ	Capital choisi*	Selon votre choix*: • En accident ou maladie : 15 %, 33 % ou 66 % • En accident seul : 10 %, 15 %, 33 % ou 66 %	Accident : aucun Maladie : 3 mois	– À l'échéance annuelle qui suit l'âge de fin de garantie indiqué sur votre certificat d'adhésion. – Si vous faites valoir vos droits à la retraite avant cet âge, à la date à laquelle votre pension de vieillesse prend effet.
	OU				
	RENTE INVALIDITÉ	Rente journalière choisie*			
	GARANTIE « FRAIS D'ADAPTATION »	Dans la limite du montant choisi*	À partir d'un taux d'invalidité de 66 %		
INCLUSION	INDEMNITÉ FORFAITAIRE POUR ARRÊT DE LA PROFESSION DÉCLARÉE AU CONTRAT	Montant de la rente journalière choisie* x 100			

* Vos choix (garantie(s), montant, seuils d'intervention) sont indiqués sur vos Conditions Personnelles.

2.2.2. OBJET DES GARANTIES

Nous garantissons en cas d'invalidité permanente totale ou partielle consécutive à un accident ou une maladie :

- le versement d'un capital;
- ou le versement d'une rente dont vous avez choisi le montant par jour lors de la souscription.

Vous bénéficiez également, en inclusion de la garantie rente invalidité, d'une indemnité forfaitaire pour arrêt de profession déclarée au contrat. Il s'agit du versement d'une somme forfaitaire si vous êtes contraint de renoncer à exercer votre profession pour raison de santé et si ce changement a pour cause un événement garanti. Cette garantie est automatiquement accordée dès que vous souscrivez la garantie rente invalidité.

Nous garantissons également, en option de la garantie rente invalidité et si mention en est faite dans vos Conditions Personnelles, les «Frais d'adaptation», c'est-à-dire le remboursement, sur présentation des justificatifs, des frais de relogement ou des dépenses engagées pour adapter votre habitation, votre outil de travail ou votre véhicule automobile en cas d'invalidité permanente totale ou partielle consécutive à un accident ou à une maladie, dans la limite du montant choisi et figurant dans vos Conditions Personnelles.

2.2.3. SEUIL D'INTERVENTION ET DÉTERMINATION DU TAUX D'INVALIDITÉ

2.2.3.1. Choix du seuil d'intervention

Vous choisissez le seuil d'intervention correspondant au pourcentage d'invalidité permanente lié à un accident ou une maladie garanti(e) à partir duquel sont versées les prestations Invalidité.

Si le taux d'invalidité permanente déterminé par notre médecin-conseil est égal ou supérieur au seuil d'intervention que vous avez choisi, vous percevrez les prestations invalidité choisies.

Si le taux d'invalidité permanente déterminé par notre médecin-conseil est inférieur au seuil d'intervention que vous avez choisi, aucune prestation invalidité n'est versée.

2.2.3.2. Détermination du taux d'invalidité permanente

Un examen médical doit intervenir au plus tard avant la fin de la 3^{ème} année à compter de la date de l'accident ou de la première constatation de la maladie.

Il permet de fixer la date de consolidation et le taux d'invalidité permanente par notre médecin-conseil.

La date de consolidation fixée correspond au point de départ de l'invalidité.

Désaccord avec les conclusions de notre médecin-conseil

En cas de désaccord avec les conclusions de notre médecin-conseil, un nouvel examen médical peut intervenir (cf. paragraphe 3.4.5 « la survenance d'un événement garanti – expertise »).

À noter que la reconnaissance par l'assureur du taux d'invalidité permanente et de la date de consolidation n'est pas liée à la décision d'un tiers au contrat, notamment de la Sécurité sociale ou d'un autre organisme social assimilé, ou d'un autre assureur.

Détermination du taux d'invalidité si vous avez le statut de travailleur non salarié agricole ou de conjoint collaborateur du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole.

Notre médecin-conseil fixe la date de consolidation et détermine votre taux d'invalidité permanente en appréciant :

- votre taux d'invalidité fonctionnelle déterminé par référence au « Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun » édité par le Concours Médical et en vigueur au jour de l'expertise.

En cas d'invalidité préexistante, ce taux est estimé à partir de votre capacité fonctionnelle restante au moment de la survenance de l'accident ou de la maladie, une fois déduit le ou les taux correspondant aux invalidités préexistantes.

- l'invalidité professionnelle résultant de l'événement garanti et qui se mesure par le retentissement de l'invalidité fonctionnelle permanente sur l'activité professionnelle agricole que vous exercez.

L'invalidité professionnelle est appréciée par rapport à l'activité professionnelle agricole indiquée aux Conditions Personnelles et effectivement exercée au moment du sinistre, et à partir des documents produits et des éventuelles expertises, en tenant compte de vos capacités restantes à exercer votre activité professionnelle agricole.

Le taux d'invalidité défini est égal au taux d'invalidité fonctionnelle augmenté de la majoration appliquée pour tenir compte du retentissement professionnel de l'invalidité sur l'activité professionnelle agricole que vous exercez.

Le taux d'invalidité défini se calcule selon le barème ci-après. Il ne peut être supérieur à 100 %.

RETENTISSEMENT PROFESSIONNEL	MAJORATION DU TAUX D'INVALIDITÉ FONCTIONNELLE
• Réduction de moins d'un tiers des activités professionnelles	0%
• D'un tiers à moins de la moitié des activités professionnelles	+10%
• De la moitié à moins de deux tiers des activités professionnelles	+15%
• Deux tiers et plus des activités professionnelles	+20%

Détermination du taux d'invalidité si vous avez un autre statut que travailleur non salarié agricole ou conjoint collaborateur du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole.

Notre médecin-conseil détermine votre taux d'invalidité fonctionnelle permanente correspondant aux séquelles en lien direct et certain avec l'accident ou la maladie. Il fait référence au « Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun » édité par le Concours Médical et en vigueur au jour de l'expertise.

Ce taux est estimé à partir de votre capacité fonctionnelle restante au moment de la survenance de l'accident ou de la maladie, une fois déduit le ou les taux correspondant aux invalidités préexistantes.

2.2.4. MODALITÉS D'INDEMNISATION

Pour l'attribution du capital, le montant du capital versé est proportionnel au taux d'invalidité permanente.

L'invalidité permanente dont le taux est inférieur au seuil d'intervention figurant dans vos Conditions Personnelles ne donne lieu au versement d'aucune indemnité.

L'invalidité permanente dont le taux est égal ou supérieur à 66 % donne lieu au versement de la totalité de l'indemnité.

Le montant de capital vous est versé en une seule fois.

Le capital, une fois versé, ne peut donner lieu à aucun versement ultérieur en cas d'aggravation ou d'atténuation de l'invalidité.

Pour l'attribution de la rente

Si le taux d'invalidité permanente est :

- inférieur au seuil d'intervention indiqué dans vos Conditions Personnelles, la rente n'est pas due;
- égal ou supérieur au seuil d'intervention et inférieur à 66 %, nous vous versons une rente proportionnelle au taux d'invalidité;
- égal ou supérieur à 66 %, nous vous versons la totalité de la rente.

Le taux d'invalidité permanente peut être révisé à tout moment en fonction de l'évolution médicalement constatée de votre état initial dans les conditions prévues au paragraphe 2.2.3.

Dans ce cas, si le taux d'invalidité permanente devient :

- inférieur au seuil d'intervention indiqué sur vos Conditions Personnelles, la rente cesse d'être versée;
- égal ou supérieur au seuil d'intervention et inférieur à 66 %, nous vous versons une rente proportionnelle au taux d'invalidité permanente;
- égal ou supérieur à 66 %, nous vous versons la totalité de la rente.

La rente vous est versée trimestriellement à terme échu.

Pour l'attribution de l'Indemnité forfaitaire pour arrêt de la profession déclarée au contrat

L'indemnité forfaitaire est versée si vous êtes contraint de renoncer définitivement à exercer votre profession déclarée au contrat pour raison de santé et si ce changement a pour cause un événement garanti.

Vous devez nous apporter la preuve, attestée par un médecin, de l'obligation qui vous est faite de renoncer définitivement à exercer votre profession déclarée au contrat. Notre médecin-conseil procède alors à un examen auquel un médecin de votre choix peut assister.

MODALITÉ DE CALCUL

Le montant de l'indemnité forfaitaire pour arrêt de la profession déclarée au contrat est égal au montant de la rente journalière choisie multiplié par 100.

Pour l'attribution de l'indemnité au titre de l'option «Frais d'adaptation».

La garantie peut être mise en jeu dès lors que le taux d'invalidité déterminé par notre médecin-conseil est égal ou supérieur à 66 %. Le règlement est effectué à concurrence des frais que vous avez engagés, dans la limite du montant que vous avez choisi, et sur présentation des factures acquittées ou des justificatifs de dépenses.

2.2.5. EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES INVALIDITÉ

Nous ne garantissons pas, outre les exclusions générales indiquées au paragraphe 1.4, le versement de prestation en cas d'invalidité, consécutive à la pratique de tout sport à titre professionnel.

2.2.6. REVALORISATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS INVALIDITÉ

Les montants des garanties et des prestations sont revalorisés :

- pour la rente, l'indemnité «Frais d'adaptation» et le capital avant attribution, au 1^{er} janvier de chaque année dans la même proportion que l'évolution du point AGIRC fixé au 1^{er} novembre précédent;
- pour la rente à partir de son attribution, au 1^{er} janvier de chaque année, sans que la revalorisation puisse excéder l'évolution du point AGIRC fixé au 1^{er} novembre précédent.

2.2.7. ÉTENDUE TERRITORIALE

La garantie est acquise lorsque l'accident ou la maladie à l'origine de l'invalidité survient en France métropolitaine, dans les départements et collectivités d'outremer, en Nouvelle Calédonie, dans les Terres australes et antarctiques françaises et dans les principautés d'Andorre et de Monaco.

Si l'accident ou la maladie à l'origine de l'invalidité survient à l'étranger (hors des territoires mentionnés ci-dessus) et dans le cadre de séjours n'excédant pas 3 mois consécutifs, la garantie est acquise à la condition que la constatation de l'invalidité permanente et l'estimation de son taux soient effectuées en France.

2.2.8. FIN DES GARANTIES ET DU VERSEMENT DES PRESTATIONS INVALIDITÉ

Fin des garanties invalidité

Les garanties cessent à l'échéance annuelle qui suit l'âge de fin de garantie indiqué dans vos Conditions Personnelles. Si vous faites valoir vos droits à la retraite avant cet âge, la garantie cesse à la date à laquelle votre pension de vieillesse prend effet.

Fin du versement des prestations

Le versement de la rente éventuellement en cours cesse à l'échéance annuelle qui suit l'âge de fin de garantie indiqué dans vos Conditions Personnelles. Si vous faites valoir vos droits à la retraite avant cet âge, le versement de la rente éventuellement en cours cesse à la date à laquelle votre pension de vieillesse prend effet.

Les cas de résiliation du contrat et de cessation des garanties sont détaillés au paragraphe 3.1. «La vie de votre contrat».

VOS GARANTIES D'ASSURANCE PRÉVOYANCE

2

2.3 GARANTIES DÉCÈS

Les garanties décès peuvent être souscrites :

- en cas d'accident (Garantie Capital Décès Accident assurée auprès de la Caisse locale d'Assurance Mutuelle Agricole);
- en cas d'accident et de maladie (Garantie Capital et Rente Décès Toutes Causes, ainsi que Garantie Rente Accident assurées par Groupama Gan Vie).

Elles peuvent être souscrites indépendamment d'autres garanties du contrat.

2.3.1. LE CHOIX DE VOS GARANTIES DÉCÈS / PTIA

GARANTIES	MONTANT	FIN DE LA GARANTIE
CAPITAL / PTIA	Selon votre choix*	<ul style="list-style-type: none">• 65 ans de l'assuré pour la PTIA• 85 ans de l'assuré pour le capital décès• 25 ans de l'enfant pour la rente éducation et au maximum jusqu'aux 70 ans de l'assuré
RENTE ÉDUCATION		

*Vos choix (garantie(s), montant) sont indiqués dans vos Conditions Personnelles.

2.3.2. OBJET DES GARANTIES

Le contrat garantit le versement d'un capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) dans la limite de 300 000 €.

Nous garantissons, selon votre choix, les prestations suivantes :

- **En cas de décès consécutif à un accident :**
 - un capital est versé aux bénéficiaires désigné(e)s. Ce capital peut être transformable en rente viagère;
 - et/ou le versement d'une rente éducation à vos enfants jusqu'à l'âge que vous avez choisi et au maximum jusqu'aux 25 ans de l'enfant.
- **En cas de décès consécutif à un accident ou une maladie :**
 - un capital vous est versé en cas de PTIA;
 - un capital est versé aux bénéficiaires désigné(e)s. Ce capital peut être transformable en rente viagère;
 - et/ou le versement d'une rente éducation aux enfants jusqu'à l'âge que vous avez choisi et au maximum jusqu'aux 25 ans de l'enfant.

Les garanties que vous avez choisies, leur montant par bénéficiaire(s) et l'identité de ce(s) dernier(s) sont indiqués dans vos Conditions Personnelles.

2.3.3. MODALITÉS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Modalités de versement du capital PTIA

Le capital garanti en cas de décès vous est versé en cas de PTIA.

Le paiement de la prestation intervient, dans un délai maximum d'un mois après réception du dossier complet.

Modalités de versement du capital décès

Le paiement de la prestation est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans vos Conditions Personnelles, dans un délai maximum d'un mois après réception du dossier complet.

Les bénéficiaires peuvent choisir le versement sous forme d'un capital (versement de la prestation en une fois) ou d'une rente.

Dans ce 2^{ème} cas, la rente est annuelle et payée par quart à terme échu, par trimestre civil. Elle prend effet le lendemain du jour du décès. La rente cesse d'être versée lorsque le bénéficiaire décède.

Modalités de versement de la rente éducation

Cette rente est versée aux enfants désignés dans vos Conditions Personnelles; le versement s'effectue trimestriellement, à terme échu, jusqu'à l'âge de fin de versement mentionné dans vos Conditions Personnelle et au plus tard aux 25 ans de l'enfant.

Si l'enfant bénéficiaire décède avant qu'il n'ait atteint l'âge de fin de versement prévu dans vos Conditions Personnelles, le versement de la rente cesse.

2.3.4. AVANCE SUR CAPITAL DÉCÈS

Nous pouvons verser une avance de 3 000 €, à valoir sur le capital décès :

- en priorité, au bénéficiaire acceptant, personne physique, de premier rang,
- en tout état de cause, à l'un des bénéficiaires de premier rang.

La demande d'avance sur le capital décès s'effectue par téléphone auprès de votre Caisse régionale au numéro indiqué sur vos Conditions Personnelles.

À réception des justificatifs (Cf. paragraphe 3.4.1), nous émettons un virement sur le compte du bénéficiaire de l'avance.

Une seule avance sur capital décès par contrat Capital Santé est réalisée.

Nous nous réservons le droit de refuser le paiement d'une avance si la personne qui en fait la demande n'a pas la qualité de bénéficiaire désigné au contrat.

Nous versons cette avance, sous réserve :

- qu'aucune demande de prestation ne nous ait été adressée au préalable,
- que la fraction de capital décès revenant au bénéficiaire désigné qui demande l'avance, soit supérieure ou égale à 3 000 €.

L'avance est déduite du capital décès versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) ayant perçu l'avance : le bénéficiaire perçoit alors la fraction du capital décès dû moins le montant de l'avance.

Lorsque les conditions ne nous permettent pas le règlement du capital décès dans les 60 jours qui suivent la survenance du décès, nous nous réservons le droit d'exercer tout recours en vue de la restitution des sommes versées au titre de l'avance sur capital décès au(x) bénéficiaire(s) désigné(s).

L'avance est remboursable sous 30 jours à compter de l'envoi de la première demande de remboursement, le cachet de la poste faisant foi.

L'avance sur capital n'est pas accordée en cas de versement du capital pour PTIA.

⊙ 2.3.5. MODALITÉS DE DÉSIGNATION DU OU DES BÉNÉFICIAIRE(S)

Vous désignez le ou les bénéficiaire(s) dans la proposition.

La désignation du ou (des) bénéficiaire(s) peut également être effectuée par acte sous signature privée ou par acte authentique.

Vous pouvez ultérieurement modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée. Cette modification est constatée par avenant.

Pour faciliter la recherche du ou (des) bénéficiaire(s) désigné(e)s par leur nom, il vous est recommandé d'indiquer les coordonnées détaillées du bénéficiaire (nom d'usage, et le cas échéant nom de naissance, prénom, adresse, date et lieu de naissance) et d'informer Groupama Gan Vie en cas de modification.

À défaut d'indication de votre part, ou de clause bénéficiaire au jour du décès, la prestation est versée selon l'ordre préférentiel suivant :

- à votre conjoint ou à votre partenaire avec lequel vous êtes lié par un pacte civil de solidarité;
- à défaut, à vos enfants nés et à naître, vivants ou représentés dans les conditions définies par les articles 751 et 752 du Code civil;
- à défaut, à vos héritiers.

Bénéficiaires acceptant

Avec votre accord, un bénéficiaire peut accepter la clause bénéficiaire.

L'acceptation est alors formalisée :

- soit par un avenant que vous, le bénéficiaire et Groupama Gan Vie signez,
- soit par un acte authentique ou sous signature privée que vous et le bénéficiaire signez et notifiez par écrit à Groupama Gan Vie.

Lorsque la désignation de bénéficiaire est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir que 30 jours à compter du moment où vous êtes informé que le contrat est conclu.

Nous attirons votre attention sur le fait que la désignation du ou des bénéficiaire(s) devient irrévocable en cas d'acceptation par lui (eux) et ne peut être modifiée sans son (leur) accord.

⊙ 2.3.6. EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES DÉCÈS

Nous ne garantissons pas, outre les exclusions générales indiquées au paragraphe 2.2.2, le décès consécutif :

- au suicide survenant durant la première année qui suit l'entrée en vigueur de la garantie; en cas d'augmentation de garantie, le suicide est exclu pour le supplément de garantie pendant la première année suivant la prise d'effet de cette augmentation;
- à la pratique de l'activité professionnelle de dompteur, trapéziste, équilibriste, funambule, acrobate en l'air et cascadeur;
- à l'exercice de professions avec travaux en altitude.

S'agissant de la garantie perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), nous n'assurons jamais les conséquences des maladies, des accidents, des infirmités ou des affections dont l'existence ou le traitement apparaît au questionnaire de santé ou dans les rapports d'examens médicaux, en les précisant expressément par pli confidentiel joint aux Conditions Personnelles.

⊙ 2.3.7. REVALORISATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS DÉCÈS

Capital décès

Le montant du capital garanti varie chaque année au 1^{er} janvier dans la même proportion que l'évolution du point AGIRC fixé au 1^{er} novembre précédent.

Revalorisation du capital à compter du décès lorsque le capital n'a pu être versé à aucun bénéficiaire identifié.

Sans préjudice des dispositions prévues à l'article L 132-23-1 du Code des assurances, le capital décès est revalorisé par Groupama Gan Vie, dans les conditions suivantes.

À compter de la date du décès, le capital garanti en cas de décès produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'État français (TME), calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente;
- le dernier taux moyen des emprunts de l'État français (TME), disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

La revalorisation cesse à la date de réception des pièces justificatives nécessaires au règlement (cf. paragraphe 3.4.1) 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.

VOS GARANTIES D'ASSURANCE PRÉVOYANCE

2

Rente éducation

- **Avant versement :** le montant annuel de la rente varie chaque année au 1er janvier dans la même proportion que l'évolution du point AGIRC fixé au 1er novembre précédent.
- **En cours de versement :** l'assureur fixe chaque année le taux de revalorisation selon les disponibilités du solde de compte de résultats, conformément au Code des Assurances.

2.3.8. ÉTENDUE TERRITORIALE

La garantie est acquise, quel que soit le lieu du décès, dans le monde entier.

Toutefois, la constatation médicale de l'état de perte totale et irréversible d'autonomie devra être effectuée en France lorsque cet état est la conséquence d'un accident ou d'une maladie survenu(e) hors de France.

2.3.9. FIN DES GARANTIES DÉCÈS

Les Garanties décès cessent de plein droit à vos 85 ans.

La Garantie PTIA cesse de plein droit à vos 65 ans.

La garantie Rente éducation cesse de plein droit aux 25 ans de l'enfant et à défaut aux 70 ans de l'assuré.

Les cas de résiliation du contrat et de cessation des garanties sont détaillés au paragraphe 3.1 « La vie de votre contrat ».

2.4. GARANTIE FRAIS DE RECHERCHE

PRESTATION	MONTANT	FRANCHISE
Remboursement en cas d'intervention des services publics ou de sauveteurs professionnels ou privés à concurrence de :	Selon le montant indiqué au Tableau des montants de garanties et franchises	Sans

2.4.1. OBJET DE LA GARANTIE

Nous garantissons le remboursement des frais restant à votre charge en cas d'intervention des services publics ou privés, ou de sauveteurs professionnels, qu'il y ait ou non accident.

Cette garantie n'est pas accordée en cas de souscription d'une garantie décès seule.

2.4.2. PERSONNES COUVERTES

Cette garantie est étendue à votre conjoint et à vos descendants respectifs s'ils vous accompagnent au moment de l'événement.

2.4.3. MODALITÉ D'INDEMNISATION

Nous vous remboursons le montant des frais de recherche sur présentation des factures originales acquittées par vous. Cette prestation est accordée une seule fois dans la vie du contrat.

2.4.4. ÉTENDUE TERRITORIALE

La garantie est acquise lorsque les frais de recherche surviennent en France métropolitaine, et dans les principautés d'Andorre et de Monaco.

2.4.5. FIN DE LA GARANTIE FRAIS DE RECHERCHE

Les garanties cessent à l'échéance annuelle qui suit l'âge de fin de garantie indiqué dans vos Conditions Personnelles. Si vous faites valoir vos droits à la retraite avant cet âge, la garantie cesse à la date à laquelle votre pension de vieillesse prend effet.

2.5. GARANTIE PROTECTION INTÉGRALE ACCIDENT

La garantie Protection intégrale Accident peut être souscrite entre 18 et 75 ans.

2.5.1. OBJET DE LA GARANTIE

Nous garantissons en cas d'accident et en fonction de la formule que vous avez choisie et qui est indiquée dans vos Conditions Personnelles :

- le versement d'une allocation journalière en cas d'hospitalisation d'au moins 1 nuit;
- le versement d'un capital en cas d'invalidité égale ou supérieure à 30 %, et la prise en charge des « frais d'adaptation » en découlant dans les conditions définies au paragraphe 2.2.2;
- le versement d'un capital décès aux bénéficiaires désignés au contrat.

2.5.2. MODALITÉS D'INDEMNISATION

Allocation journalière hospitalière

Nous intervenons :

- pour une hospitalisation d'au moins une nuit consécutive à un accident;
- dans la limite de 90 jours consécutifs;
- pour le montant indiqué dans vos Conditions Personnelles.

Invalidité

Critères d'attribution du capital invalidité et de l'indemnité « frais d'adaptation ».

Notre médecin-conseil détermine votre taux d'invalidité fonctionnelle permanente correspondant aux séquelles en lien direct et certain avec l'accident. Il fait référence au « Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun » édité par le Concours Médical et en vigueur au jour de l'expertise. Ce taux est estimé à partir de votre capacité fonctionnelle restante au moment de la survenance de l'accident, une fois déduit le ou les taux correspondant aux invalidités préexistantes et après consolidation des blessures.

Ce taux ne peut dépasser 100 %.

En cas de désaccord avec les conclusions de notre médecin-conseil, les dispositions du paragraphe 3.4 « La survenance d'un événement garanti – Expertise » sont appliquées.

Pour l'attribution du Capital Invalidité, le montant de capital versé est proportionnel au taux d'invalidité fonctionnelle permanente.

L'invalidité dont le taux est inférieur au seuil d'intervention de 30 % ne donne lieu au versement d'aucune indemnité.

L'invalidité dont le taux est égal ou supérieur à 66 % donne lieu au versement de la totalité du capital.

Le capital, une fois versé, ne peut donner lieu à aucun versement ultérieur en cas d'aggravation ou d'atténuation de l'invalidité.

Pour l'attribution de l'indemnité « frais d'adaptation », dès lors que le taux d'invalidité atteint 66 %, la garantie peut être mise en jeu.

Le règlement de l'indemnité « frais d'adaptation » est effectué sur remise des factures acquittées concernant l'adaptation de votre habitation ou de votre véhicule ou de votre outil de travail :

- dans la limite des dépenses engagées,
- dans la limite du montant indiqué dans vos Conditions Personnelles.

Capital Décès

Cette prestation est versée aux bénéficiaires désignés dans vos Conditions Personnelles.

À défaut d'indication de votre part, ou de clause bénéficiaire au jour du décès, la prestation est versée selon l'ordre préférentiel suivant :

- à votre conjoint ou au partenaire avec lequel vous êtes lié par un pacte civil de solidarité;
- à défaut, à vos enfants nés et à naître, vivants ou représentés dans les conditions définies par les articles 751 et 752 du Code civil;
- à défaut, à vos héritiers.

Disposition commune à l'ensemble des prestations Protection Intégrale accident

Pour l'ensemble des prestations, les montants indiqués dans vos Conditions Personnelles seront réduits de moitié lorsque vous aurez plus de 74 ans.

⊙ 2.5.3. CUMUL DES INDEMNITÉS CAPITAL DÉCÈS ET CAPITAL INVALIDITÉ

Si vous décédez à la suite d'un accident ayant préalablement entraîné le paiement du capital invalidité, et si le décès intervient dans les 12 mois à compter du jour de l'accident, nous verserons en outre aux bénéficiaires le capital décès indiqué aux Conditions Personnelles.

⊙ 2.5.4. ÉTENDUE TERRITORIALE

La garantie s'exerce dans le monde entier dans le cadre de séjours ou voyages n'excédant pas 3 mois consécutifs.

Particularité du Capital invalidité

Si l'accident à l'origine de l'invalidité survient à l'étranger (hors de la France métropolitaine, des départements et collectivités d'outre-mer, de la Nouvelle Calédonie, des Terres australes et antarctiques françaises et des Principautés d'Andorre et de Monaco), la prestation est acquise à la condition que la constatation et l'estimation de votre taux d'invalidité soient effectuées en France.

⊙ 2.5.5. FIN DE LA GARANTIE PROTECTION INTÉGRALE ACCIDENT

La garantie Protection Intégrale Accident est viagère. Les cas de résiliation du contrat et de cessation des garanties sont détaillés au paragraphe 3.1 « La vie de votre contrat ».

VOS GARANTIES D'ASSURANCE PRÉVOYANCE

2

2.6 GARANTIE ASSISTANCE PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE

2.6.1. PRÉSENTATION DES PRESTATIONS

ÉVÉNEMENTS	BÉNÉFICIAIRES	PRESTATIONS	LIMITES
<ul style="list-style-type: none"> Incapacité temporaire totale (ITT) ≥ 10 jours 	<ul style="list-style-type: none"> Assuré 	Frais de taxi du domicile au lieu de travail dans la semaine qui suit l'ITT	<ul style="list-style-type: none"> Un aller/retour par jour Pendant 5 jours dans un rayon de 50 Km du domicile Plafond de prise en charge : 200 € Prestation accordée une seule fois par année civile
<ul style="list-style-type: none"> Incapacité permanente ≥ 66 % 	<ul style="list-style-type: none"> Assuré Conjoint 	Audit fonctionnel du logement et du local professionnel effectué par un ergothérapeute afin d'identifier les aménagements à réaliser	<ul style="list-style-type: none"> Plafond des frais de déplacement et de prestation de l'ergothérapeute pris en charge dans la limite de 360 € TTC Frais d'aménagement à la charge de l'assuré Prestation accordée une seule fois dans la vie du contrat
		Aide à la reconversion professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> 5 rendez-vous téléphonique avec un Conseiller Ressources Humaines qui aide à l'orientation et la reconversion Prestation accordée une seule fois dans la vie du contrat
		Assistance psychologique	<ul style="list-style-type: none"> 3 entretiens téléphoniques par an Orientation possible vers une consultation en ville si nécessaire
<ul style="list-style-type: none"> Incapacité permanente ≥ 66 % Décès 	<ul style="list-style-type: none"> Assuré Conjoint 	Bilan patrimonial effectué par un notaire	<ul style="list-style-type: none"> Prise de rendez-vous avec un notaire Plafond de prise en charge de la consultation : 200 € TTC Prestation accordée une seule fois dans la vie du contrat
<ul style="list-style-type: none"> Incapacité permanente ≥ 66 % Décès 	<ul style="list-style-type: none"> Conjoint sans activité professionnelle 	Aide au retour à l'emploi	<ul style="list-style-type: none"> 5 entretiens téléphoniques avec un consultant spécialisé sur une période de 3 mois; échanges illimités avec l'équipe médico-sociale Prestation accordée une seule fois dans la vie du contrat
<ul style="list-style-type: none"> Hospitalisation > 24 heures 	<ul style="list-style-type: none"> Assuré Conjoint 	Organisation et prise en charge d'une aide ménagère pour l'aide lors du retour au domicile	<ul style="list-style-type: none"> 4 heures par jour pendant 5 jours Prestation accordée une fois par année civile, dans la limite des disponibilités locales
<ul style="list-style-type: none"> Hospitalisation > 24 heures Décès 	<ul style="list-style-type: none"> Assuré Conjoint 	Garde des enfants à charge de moins de 15 ans, en l'absence d'un proche pouvant l'assumer	<ul style="list-style-type: none"> 5 jours consécutifs de 7 heures à 19 heures, hors dimanches et jours fériés Prestation accordée une seule fois par année civile, dans la limite des disponibilités locales

◎ 2.6.2 OBJET DE LA GARANTIE

La garantie Assistance Prévoyance Professionnelle intervient uniquement si vous exercez une activité professionnelle non salariée.

La garantie Assistance Prévoyance Professionnelle du présent contrat relève de la branche 18 « Assistance » du Code des assurances. Elle est acquise dès lors qu'une garantie arrêt de travail ou Invalidité est souscrite. Cette garantie n'est pas accordée en cas de souscription d'une garantie décès seule.

La garantie assistance prévoyance professionnelle est acquise dès la date d'effet et pendant toute la durée de validité du contrat. Elle cesse en même temps que celui-ci, et ce, quelle que soit la date de survenance de l'événement.

Nous garantissons le versement des prestations suivantes :

En cas d'arrêt de travail

- En cas d'arrêt de travail consécutif à un accident ou une maladie entraînant une incapacité temporaire totale égale ou supérieure à 10 jours et dans la semaine qui suit cet arrêt de travail, nous prenons en charge les frais de taxi de votre domicile à votre lieu de travail, sur la base d'un aller / retour par jour pendant 5 jours consécutifs et dans un rayon de 50 kilomètres du domicile. La prestation est limitée à 200 € TTC et est accordée une seule fois par année civile. Le remboursement se fait sur présentation des justificatifs originaux.

En cas d'invalidité

En cas d'invalidité permanente égale ou supérieure à 66 % consécutive à un accident ou une maladie de vous ou de votre conjoint :

- **Un audit fonctionnel du logement et du local professionnel est effectué par un ergothérapeute** afin d'identifier les aménagements à réaliser. Les frais de déplacement et de prestation de l'ergothérapeute sont pris en charge dans la limite de 360 € TTC. Les frais d'aménagement sont à votre charge. Le remboursement se fait sur présentation de la facture originale acquittée par vous.

La prestation est accordée une seule fois dans la vie du contrat.

- **Une aide à la reconversion professionnelle**

L'équipe médico-sociale de Mutuaide Assistance réalise un premier bilan de situation afin de valider votre motivation à entreprendre cette phase de reconversion professionnelle et de préparer la prise de décision.

Elle sollicite un consultant spécialisé dans le domaine de l'emploi qui valide ensuite vos compétences, vos souhaits d'évolution et prend en compte votre formation initiale et votre carrière.

Cette étape permet d'identifier la solution et le plan d'actions pour mener à bien le projet de vie professionnelle.

Pendant les 5 rendez-vous téléphoniques, le conseiller Ressources Humaines aide à l'orientation et la reconversion par des cessions de coaching, par de l'information sur les formations adéquates, par de l'optimisation du curriculum vitæ et de la lettre de motivation et par de l'aide à la préparation à l'entretien.

La prestation est accordée une seule fois dans la vie du contrat.

- **Une assistance psychologique**

Vous ou votre conjoint pouvez faire appel à un psychologue, pour une consultation téléphonique.

La prestation est accessible 7j / 7 et 24h / 24, dans la limite de 3 entretiens téléphoniques par an.

Le psychologue peut orienter le soutien vers une consultation en ville en cas de besoin.

En cas d'hospitalisation

- Pendant, ou à la suite immédiate d'une hospitalisation de plus de 24 heures de vous ou de votre conjoint, si le bénéficiaire de la prestation n'a pas fait venir un proche à ses côtés, Mutuaide Assistance recherche et prend en charge dans la limite des disponibilités locales, **une aide-ménagère à domicile** pendant 4 heures par jour pendant 5 jours consécutifs ou non dans le mois suivant l'hospitalisation.

Cette garantie fonctionne du lundi au samedi (hors jours fériés) de 8 h à 19 h et est accordée une fois par année civile.

- Pendant votre hospitalisation de plus de 24 heures ou celle de la nourrice que vous employez et déclarez et en l'absence d'un proche pouvant en assumer la garde, Mutuaide Assistance organise **la garde des enfants à charge**, de moins de 15 ans, dans la limite des disponibilités locales.

À compter du premier jour d'hospitalisation, Mutuaide Assistance prend en charge cette garde de 7 h à 19 h (en dehors des dimanches et jours fériés) pendant 5 jours consécutifs, soit 60 heures maximum.

Cette prestation est accordée également en cas de décès d'un des deux parents.

En cas de décès

- En cas de décès ou d'invalidité permanente égale ou supérieure à 66 % consécutive à un accident ou une maladie :

- Vous concernant ou concernant votre conjoint : **un bilan patrimonial effectué par un notaire ;**

Mutuaide Assistance organise et prend en charge un rendez-vous avec un notaire désigné par le bénéficiaire de la prestation ou à défaut avec un notaire dont l'étude est proche du domicile du bénéficiaire de la prestation afin d'effectuer un bilan patrimonial de celui-ci ou de sa famille proche ;

Mutuaide Assistance communique, dans le deuxième cas de figure, trois coordonnées de notaires proches du domicile du bénéficiaire de la prestation et organise l'entretien avec le notaire désigné par celui-ci. Cet entretien permet au notaire d'effectuer un audit patrimonial, d'accompagner et d'aider le bénéficiaire de la prestation à se fixer et à atteindre ses objectifs dans ce domaine ; Mutuaide Assistance prend en charge la consultation avec le notaire à concurrence de 200 € TTC.

La prestation est accordée une seule fois dans la vie du contrat.

- Vous concernant : **aide au retour à l'emploi du conjoint sans activité professionnelle**

En contactant Mutuaide Assistance, votre conjoint est pris en charge par l'équipe médico-sociale, qui met en place un plan d'actions et

coordonne les garanties. Mutuaide Assistance assure l'organisation et le suivi des services avec les intervenants et notamment avec le Conseiller ressources humaines afin de vérifier que les moyens ou conseils dispensés restent pertinents et établit des contacts téléphoniques réguliers avec votre conjoint.

Pendant la période d'accompagnement de 3 mois, le nombre d'échanges téléphoniques avec le consultant spécialisé est limité à 5 entretiens, il est illimité avec l'équipe médico-sociale.

Mutuaide Assistance est responsable de la relation avec les intervenants extérieurs et notamment avec les consultants spécialisés dans le domaine de l'emploi :

- suivi de la réalisation des prestations,
- enquête de satisfaction sur la qualité des prestations.

La prestation est accordée une seule fois dans la vie du contrat.

⊙ 2.6.3 CONDITIONS DE MISE EN OEUVRE

Les bénéficiaires disposent des prestations d'assistance décrites ci-dessus dès la prise d'effet du contrat et, le cas échéant, dans les conditions et limites indiquées dans les Conditions Personnelles.

Mutuaide Assistance intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales. Mutuaide Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Les informations médicales relatives à la personne pour laquelle Mutuaide Assistance intervient doivent être communiquées à nos médecins. Ces informations sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale.

Les prestations d'assistance à domicile sont mises en œuvre pour couvrir les conséquences d'une incapacité temporaire totale consécutive à une maladie ou un accident, ou pour faire suite à un décès. L'incapacité doit être médicalement justifiée et prouvée par l'envoi d'un certificat médical descriptif.

Vous ne devez engager aucune démarche avant d'avoir contacté Mutuaide Assistance

En tout état de cause, toute prestation d'assistance qui n'a pas été demandée ou organisée par Mutuaide Assistance ou avec son accord ne donne droit, a posteriori, à aucun remboursement ou indemnité compensatrice.

La demande d'assistance doit être effectuée au plus tard dans le mois qui suit la date de survenance de l'événement garanti ou la date du retour au domicile après hospitalisation.

Mutuaide Assistance a tout pouvoir d'appréciation pour définir, au cas par cas, la durée d'application et la nature des garanties appropriées.

Il est notamment tenu compte, pour ce faire, de votre état de santé et de votre environnement familial. Les garanties d'assistance n'ont vocation à s'appliquer que dans le cas où l'entourage de l'assuré ne peut apporter à ce dernier l'aide requise par les circonstances.

Qui appeler pour bénéficiaire de l'assistance ?

Pour nous permettre d'intervenir dans les meilleures conditions, il est nécessaire de contacter Mutuaide Assistance.

Heures d'ouverture : 24h / 24, 7j / 7 (coût d'un appel local depuis un poste fixe ou mobile).

PAR TÉLÉPHONE
de France: 01 45 16 65 68
de l'étranger : 33 1 45 16 65 68

précédé de l'indicatif local d'accès au réseau international.

PAR FAX OU TÉLÉCOPIE
de France : 01 45 16 63 92
ou 01 45 16 63 94
de l'étranger : 33 1 45 16 63 92
ou 33 1 45 16 63 94

précédé de l'indicatif local d'accès au réseau international.

Les informations suivantes vous seront demandées lors de votre appel :

- nom, prénom
- adresse de votre domicile
- nom de votre Caisse régionale
- numéro de votre contrat Capital Santé
- lieu où vous vous trouvez au moment de l'appel
- numéro de téléphone où nous pouvons vous joindre
- nature de votre problème.

⊙ 2.6.4. ÉTENDUE TERRITORIALE

La garantie est acquise lorsque l'accident ou la maladie à l'origine de l'incapacité survient en France métropolitaine, et dans les principautés d'Andorre et de Monaco.

3.1. LA VIE DE VOTRE CONTRAT

3.1.1. QUAND PREND-IL EFFET ?

Les garanties prennent effet à la date que vous choisissez, sous réserve de notre accord et du paiement de la 1^{ère} cotisation.

La date d'effet des garanties figure dans les Conditions Personnelles.

Si mention en est faite dans les Conditions Personnelles, vos garanties sont limitées aux seuls événements d'origine accidentelle.

Si votre demande d'assurance porte sur les événements ayant pour origine à la fois une maladie ou un accident, les garanties que vous avez choisies vous sont accordées, tant que nous ne nous sommes pas prononcés sur cette demande, en cas d'accident, et uniquement dans ce cas, pendant 3 mois au maximum à compter de la date de signature de la proposition d'assurance et sous réserve du paiement de la première cotisation.

Cette garantie temporaire prend fin soit par notre accord sur la garantie définitive formalisé par l'envoi des Conditions Personnelles, soit par votre décision ou la notre de ne pas donner suite à la proposition.

3.1.2. POUR COMBIEN DE TEMPS ?

Le contrat est conclu pour une année et il se renouvelle automatiquement d'année en année sauf si vous ou nous, décidons d'y mettre fin.

3.1.3. COMMENT POUVEZ-VOUS LE MODIFIER ?

Vous pouvez modifier à tout moment, les garanties de votre contrat par lettre recommandée avec avis de réception.

Disposition spécifique aux garanties capital décès toutes causes (Accident et Maladie et PTIA) et rente accident seul.

Toute demande d'augmentation de garantie est soumise par votre Caisse régionale à l'acceptation de Groupama Gan Vie.

Toute demande de modification doit être adressée au moins 30 jours avant l'échéance annuelle. Elle est considérée pour la prise d'effet des garanties supplémentaires comme une nouvelle souscription.

3.1.4. COMMENT Y METTRE FIN À L'ÉCHÉANCE ANNUELLE ?

Vous

Par lettre recommandée, envoyée au moins 2 mois avant la date d'échéance annuelle figurant dans les Conditions Personnelles, à l'adresse de votre Caisse régionale qui figure aussi dans les Conditions Personnelles.

Ce délai commence à courir dès la date d'envoi de la lettre recommandée figurant sur le cachet de la poste.

Nous

Nous ne pouvons plus résilier le contrat à l'échéance annuelle après l'expiration d'un délai de 2 ans à compter de la date d'effet figurant dans les Conditions Personnelles.

Si nous résilions avant l'expiration de ce délai, nous vous en avisons par lettre recommandée adressée à votre dernier domicile connu.

Nous ne pouvons pas résilier la garantie, « Protection intégrale accident », qui a une durée viagère dès la souscription du contrat.

Néanmoins, nous pouvons toujours résilier le contrat en cas de non-paiement des cotisations ou de fausse déclaration.

Concernant la garantie décès, la résiliation peut survenir à tout moment en cas de souscription uniquement de la garantie décès.

FONCTIONNEMENT DE VOTRE CONTRAT

3

3.1.5. DANS QUELLES CIRCONSTANCES VOTRE CONTRAT PEUT-IL ÊTRE RÉSILIÉ EN COURS D'ANNÉE ?

Il peut être mis fin à votre contrat en cours d'année dans les circonstances indiquées ci-après :

CIRCONSTANCES	QUI PEUT RÉSILIER ?	CONDITIONS	DATE DE PRISE D'EFFET DE LA RÉSILIATION
Vous nous déclarez : ■ un changement de situation ou régime matrimonial, domicile, profession ou activité; ■ votre départ en retraite professionnelle ou la cessation de votre activité.	VOUS	La résiliation doit nous être notifiée, par lettre recommandée avec avis de réception, moins de 3 mois après la date de survenance de cet événement.	À l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre de résiliation.
Vous nous déclarez une diminution du risque. Exemple : diminuer le montant d'une de vos garanties ou augmenter votre franchise de 7 à 15 jours.	VOUS	Si nous ne vous avons pas informé de la réduction de cotisation en découlant ou si nous ne consentons pas à réduire la cotisation en conséquence.	À l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de la date d'envoi de la lettre de résiliation.
À l'échéance annuelle, vous refusez le nouveau tarif que nous vous proposons.	VOUS	La résiliation doit nous être notifiée dans le délai d'1 mois à compter du moment où vous avez été informé de la modification. Vous êtes néanmoins tenu de nous verser la part de cotisation, calculée à l'ancien tarif, pour la période allant jusqu'à la date de résiliation.	À l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre de résiliation.
Vous décidez de résilier après que nous ayons résilié un de vos autres contrats après sinistre.	VOUS	La résiliation doit nous être notifiée dans le délai d'1 mois qui suit la notification de notre décision.	À l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de la date d'envoi de la lettre de résiliation.
Vous n'avez pas payé la cotisation.	NOUS	Nous devons au préalable vous avoir adressé une lettre de mise en demeure.	À l'expiration des délais légaux de mise en demeure.
Vous faites une omission ou une déclaration inexacte non intentionnelle du risque.	NOUS	Si cette circonstance change l'objet du risque ou diminue l'opinion que nous avons pu en avoir.	À l'expiration d'un délai de 10 jours à compter de la date d'envoi de la lettre de résiliation.
Nous constatons une aggravation du risque hors aggravation de votre état de santé.	NOUS Jusqu'à l'expiration d'un délai de 2 ans, suivant la date d'effet de votre contrat	Si nous refusons de vous assurer dans ces nouvelles circonstances.	À l'expiration d'un délai de 10 jours à compter de la date d'envoi de la lettre de résiliation.
Vous refusez le nouveau tarif que nous pouvons vous proposer à la suite d'une aggravation du risque hors aggravation de votre état de santé.	NOUS Jusqu'à l'expiration d'un délai de 2 ans, suivant la date d'effet de votre contrat	Si vous ne donnez pas suite ou refusez notre proposition dans un délai de 30 jours à compter de la proposition.	À l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle nous vous avons proposé ce nouveau tarif.
Survenance d'un sinistre.	NOUS Jusqu'à l'expiration d'un délai de 2 ans, suivant la date d'effet de votre contrat	Par lettre recommandée avec avis de réception, après la survenance du sinistre.	À l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de la date d'envoi de la lettre de résiliation.

Lorsque les garanties arrêt de travail et/ou Invalidité sont résiliées, toutes les autres garanties du contrat, sont automatiquement résiliées. Toutefois, les garanties décès sont acquises jusqu'au terme de l'année d'assurance pour laquelle la cotisation a été payée. La résiliation peut survenir à tout moment en cas de souscription uniquement de la garantie décès.

Dans tous les cas de résiliation, les garanties cessent à la date de prise d'effet de la résiliation, sauf si nous résilions le contrat pour non-paiement de la cotisation, auquel cas les garanties cessent à la date de prise d'effet de la suspension (cf. Paragraphe 3.3 – la cotisation).

⊙ 3.1.6. POUVONS-NOUS RÉCLAMER UNE INDEMNITÉ DE RÉSILIATION ?

En cas de résiliation, nous renonçons à percevoir une indemnité et nous remboursons la part de cotisation qui ne correspond plus à une période d'assurance, sauf en cas de non-paiement de la cotisation.

⊙ 3.1.7. CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION DU CONTRAT SUR LE VERSEMENT DES PRESTATIONS

- Si nous résilions le contrat pour inexactitude ou omission non intentionnelle (article L.113-9 du Code des assurances) dans la déclaration du risque (à la souscription ou en cours de contrat), le versement des prestations éventuellement en cours cesse à la date de prise d'effet de la résiliation.
- Dans tous les autres cas de résiliation, si des prestations sont en cours de versement ou sont dues au titre d'un sinistre survenu pendant la période de garantie, les prestations sont versées pendant la durée de versement prévue au contrat.

3.2. VOS DÉCLARATIONS : LES BASES DE NOTRE ACCORD

⊙ 3.2.1. À LA SOUSCRIPTION

- Vous devez répondre exactement et en toute sincérité aux questions que nous vous posons à la souscription et notamment à celles portant sur :
- **votre profession;**
- **votre état de santé :** vous devez remplir un questionnaire de santé. Si vous décidez de confidentialiser le questionnaire de santé, celui-ci doit obligatoirement être adressé sous pli confidentiel à notre médecin-conseil. Vous êtes, par ailleurs, tenu de déclarer également à notre médecin-conseil toute modification de votre état de santé qui surviendrait entre la date de signature de la déclaration d'état de santé ou du questionnaire de santé et la date d'effet du contrat.

Ces documents sont des éléments essentiels pour nous permettre d'étudier votre demande. Notre médecin-conseil peut éventuellement exiger, à nos frais, des compléments d'information, une visite médicale effectuée par un médecin que nous désignons, des examens complémentaires.

Nous nous réservons le droit d'accepter la proposition, avec ou sans conditions particulières (surprime ou exclusion de séquelles), ou de la refuser.

- **le ou les autres contrats d'assurance de même nature que vous avez souscrits par ailleurs;**

S'agissant d'indemnités d'assurance ayant pour but d'assurer un maintien de revenu en cas d'arrêt de travail et/ou d'invalidité, les montants de garantie souscrits doivent être en adéquation avec vos revenus professionnels moyens.

⊙ 3.2.2. EN COURS DE CONTRAT

Vous devez nous informer, par lettre recommandée, dans les 15 jours qui suivent la date à laquelle vous en avez eu connaissance, de tout changement affectant un des éléments que vous avez déclarés lors de la souscription.

Vous devez notamment impérativement nous prévenir en cas de :

- changement d'adresse; à défaut les lettres recommandées adressées au dernier domicile connu de l'assuré porteront tous leurs effets;
- changement ou cessation de votre activité professionnelle déclarée;
- changement de régime social de base obligatoire;
- modification de votre revenu professionnel moyen.

Si ce changement entraîne :

- **Une aggravation du risque**

Nous pouvons vous proposer un nouveau tarif correspondant à la situation nouvelle. Si vous ne donnez pas suite à cette proposition ou si vous refusez expressément ce nouveau tarif, dans le délai de 30 jours à compter de notre proposition, nous pouvons résilier le contrat au terme de ce délai. La résiliation prend effet à l'expiration de ce délai de 30 jours.

Ces dispositions sont applicables uniquement aux garanties arrêt de travail et Invalidité.

- **Une diminution du risque**

Nous vous informons dans les 30 jours de la réduction de la cotisation. Si l'issue de ce délai de 30 jours, nous ne vous avons pas informé ou si nous ne réduisons pas la cotisation, vous pouvez résilier votre contrat.

⊙ 3.2.3. SANCTIONS POUR OMISSION OU FAUSSE DÉCLARATION

Les bases de notre accord reposant sur vos déclarations à la souscription et en cours de contrat, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle peut nous amener à invoquer la nullité du contrat, conformément à l'article L.113-8 du code des assurances.

Par ailleurs, en application de l'article L.113-9 du Code des assurances :

- **si l'omission ou l'inexactitude est non intentionnelle et constatée avant tout sinistre, nous pouvons soit augmenter les cotisations, soit résilier le contrat;**
- **si l'omission ou la déclaration inexacte non intentionnelle est constatée après sinistre, nous pouvons réduire les indemnités.**

Disposition spécifique aux garanties décès

Si vous avez commis une erreur en nous déclarant votre âge, cela entraîne, conformément à l'article L.132-26 du Code des assurances :

- **la nullité des garanties lorsque votre âge véritable se trouve en dehors des limites fixées pour la conclusion du contrat;**

- la réduction du montant des garanties décès en proportion de la cotisation perçue par rapport à celle qui aurait correspondu à votre âge véritable, si cette cotisation est insuffisante.

Si au contraire, une cotisation trop élevée a été encaissée, nous remboursons le trop perçu de cotisation, sans intérêt.

3.3. LA COTISATION : LA CONTREPARTIE

DE VOS GARANTIES

3.3.1. QUAND ET COMMENT DEVEZ-VOUS RÉGLER LA COTISATION ?

Nous avons établi le montant de la cotisation en fonction des garanties souscrites, des caractéristiques du risque que vous nous avez demandé de garantir et de vos déclarations.

Cette cotisation, majorée des taxes dues sur les contrats d'assurance, est exigible annuellement et d'avance à l'échéance indiquée dans les Conditions Personnelles. En cas de fractionnement, elle est payable par fraction selon l'échéancier convenu.

Vous devez l'acquitter par tout moyen convenu entre nous.

3.3.2. SI VOUS NE RÉGLEZ PAS VOTRE COTISATION

À défaut de paiement d'une cotisation dans les dix jours de son échéance, une lettre de mise en demeure vous est adressée, sous pli recommandé, par laquelle vous êtes informé que le non paiement des cotisations entraîne, conformément à l'article L.113-3 du Code des assurances :

- la suspension des garanties du contrat 30 jours après l'envoi de cette lettre;
- la résiliation de ces garanties 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours.

Si la cotisation due est payée avant que ces garanties soient résiliées, ces garanties reprennent leurs effets le lendemain à midi du jour du paiement.

La suspension des garanties pour non paiement de la cotisation ne vous dispense pas de l'obligation de payer, à leurs échéances, les cotisations échues.

3.3.3. ÉVOLUTION DE LA COTISATION

À chaque échéance annuelle, la cotisation est revalorisée :

- en fonction de votre âge;
- selon l'évolution du point AGIRC.

Vous conservez la possibilité de faire cesser les effets de cette revalorisation par l'envoi d'une lettre recommandée un mois avant l'échéance annuelle. Dans le cas où il est fait usage de cette possibilité, la cotisation et les garanties sont stabilisées aux montants atteints à cette date.

Modification du tarif

En dehors de toute variation due à la revalorisation précisée ci-dessus, les cotisations peuvent faire l'objet d'une modification tarifaire consécutive à une décision législative ou réglementaire venant modifier nos engagements, ou à une évolution du risque entraînant une dégradation des résultats technique.

Dans ce cas, vous en êtes informé au début de la période annuelle du contrat avec l'appel de cotisation.

Si vous refusez cette modification, vous pouvez résilier votre contrat dans un délai de trente jours à compter du moment où vous en avez été informé; vous êtes néanmoins tenu de nous verser la portion de cotisation, calculée à l'ancien tarif, pour la période allant jusqu'à la date de résiliation.

À défaut de cette résiliation, l'augmentation de la cotisation prend effet à compter de la date portée sur l'appel de cotisation.

Modification de la franchise ou du seuil d'intervention

Si nous augmentons la franchise ou le seuil d'intervention, vous en êtes informé au début de la période annuelle du contrat avec l'appel de cotisation.

Si vous refusez cette modification, vous pouvez résilier votre contrat dans un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle vous en avez été informé, la garantie vous restant acquise dans les conditions antérieures jusqu'à la date de résiliation du contrat.

À défaut de cette résiliation, la modification de la franchise ou du seuil d'intervention prend effet à compter de la date portée sur l'appel de cotisation.

3.3.4. EXONÉRATION DE LA COTISATION RENTE INVALIDITÉ

Lorsque vous bénéficiez d'une rente d'invalidité, il y a exonération de tout ou partie de la cotisation relative à la garantie «rente d'invalidité» pendant tout le temps où la rente est versée.

Cette exonération est :

- totale si vous percevez la totalité de la rente;
- partielle si la rente est proportionnelle au taux d'invalidité; dans ce cas, le taux de l'exonération est égal au taux d'invalidité dont vous êtes atteint.

I FONCTIONNEMENT DE VOTRE CONTRAT

3

3.4. LA SURVENANCE D'UN ÉVÉNEMENT GARANTI

3.4.1. LES CAS CONCERNÉS

Sauf en ce qui concerne les garanties décès et sauf cas fortuit ou de force majeure, l'accident ou la maladie doivent être déclarés au plus tard dans **les cinq jours ouvrés** suivant la survenance de l'événement.

Vous devez en outre accomplir les formalités et respecter les délais de transmission des pièces détaillés ci-après, nécessaires à l'instruction du dossier :

NATURE DE L'ÉVÉNEMENT OUVRANT DROIT À PRESTATIONS	FORMALITÉS À ACCOMPLIR ET PIÈCES À NOUS TRANSMETTRE	DÉLAI DE TRANSMISSION DES PIÈCES (sauf cas de force majeure)
ARRÊT DE TRAVAIL	<ul style="list-style-type: none"> • Certificat médical, mis sous pli confidentiel à l'attention de notre médecin-conseil, exposant la cause médicale de l'arrêt, son point de départ et sa durée probable. • Pour l'option sous déduction, la notification du versement des indemnités journalières de votre régime social de base. • En cas de prolongation, les certificats médicaux de prolongation d'arrêt de travail et résultats d'exams éventuels que pourrait vous demander notre médecin-conseil. 	<p>10 jours</p> <p>à compter de la date de début de l'arrêt de travail mentionnée sur le certificat médical</p>
INVALIDITÉ	<ul style="list-style-type: none"> • Certificat médical, mis sous pli confidentiel à l'attention de notre médecin-conseil, précisant la cause de l'invalidité et la date présumée de consolidation. 	<p>10 jours</p> <p>à compter de la date de consolidation mentionnée sur le certificat médical</p>
FRAIS D'ADAPTATION EN CAS D'INVALIDITÉ	<ul style="list-style-type: none"> • Factures acquittées concernant le relogement ou les travaux d'aménagement et d'adaptation de l'habitation, de l'outil de travail, de l'automobile. 	<p>2 ans</p> <p>à compter de la date de consolidation</p>
ARRÊT DE LA PROFESSION DÉCLARÉE	<ul style="list-style-type: none"> • Vous devez nous apporter la preuve, attestée par un médecin, de l'obligation qui vous est faite de renoncer à exercer votre profession. Notre médecin-conseil procède alors à un examen auquel votre médecin peut assister. 	<p>1 mois</p> <p>à compter du certificat médical attestant de l'obligation qui vous est faite de renoncer à exercer votre profession</p>
DÉCÈS	<p>Pour l'avance sur capital, le bénéficiaire doit fournir :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Son relevé d'identité bancaire. • La photocopie de sa carte d'identité ou de son livret de famille. • Le certificat de décès de l'assuré. • Et les Conditions Personnelles du contrat Capital Santé souscrit par l'assuré. 	<p>15 jours</p> <p>à compter de la date de survenance du décès</p>
	<p>Pour le versement du capital, doivent être fournis :</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'acte de décès de l'assuré, • Le certificat médical du médecin ayant constaté le décès, précisant la nature du décès. • Une copie du rapport de police ou tout autre document justificatif si le décès est dû à un accident. • Pour chaque bénéficiaire : <ul style="list-style-type: none"> • Une photocopie de sa pièce d'identité (Carte Nationale d'Identité - Passeport) en cours de validité. • Un relevé d'identité bancaire. • En cas de besoin, un acte de notoriété (pour les bénéficiaires désignés par leur qualité, par exemple « mes enfants, mes héritiers... »). <p>L'assureur pourra également demander toutes les pièces indispensables pour l'application de la législation fiscale en vigueur lors du dénouement du contrat et se réserve le droit de demander toute autre pièce supplémentaire nécessaire à l'établissement des droits des bénéficiaires.</p>	<p>Dès que possible</p>
PTIA	<ul style="list-style-type: none"> • Certificat médical, mis sous pli confidentiel à l'attention de notre médecin-conseil, exposant la cause, son point de départ et sa durée probable. • En cas de prolongation, les certificats médicaux de prolongation et les résultats éventuels que pourrait vous demander notre médecin-conseil. 	<p>10 jours</p> <p>à compter de la date mentionnée sur le certificat médical</p>
HOSPITALISATION POUR L'ALLOCATION JOURNALIÈRE D'HOSPITALISATION (Protection Intégrale Accident)	<ul style="list-style-type: none"> • Le certificat indiquant la nature de la maladie ou de l'accident adressé à notre médecin-conseil, • Les bulletins d'entrée et de sortie délivrés par l'établissement. 	<p>1 mois</p> <p>au plus tard après la fin de l'hospitalisation</p>
FRAIS DE RECHERCHE	<ul style="list-style-type: none"> • Les factures acquittées concernant les frais restant à votre charge. 	<p>1 mois</p> <p>après l'avance des frais acquittés</p>

⊙ 3.4.2. NON RESPECT DU DÉLAI DE DÉCLARATION

En cas de non-respect du délai de déclaration du sinistre et dans la mesure où nous pouvons établir qu'il en résulte un préjudice pour nous, vous perdez, pour le sinistre concerné, le bénéfice des garanties du contrat, sauf s'il s'agit d'un cas fortuit ou de force majeure.

⊙ 3.4.3. NON RESPECT DES FORMALITÉS

Si vous n'accomplissez pas les formalités ou ne respectez pas les délais de transmission des pièces, nous pouvons vous demander des dommages et intérêts proportionnés au préjudice qui en résulte pour nous.

⊙ 3.4.4. FAUSSES DÉCLARATIONS

En cas de fausses déclarations faites sciemment sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre, vous perdez, pour ce sinistre, le bénéfice des garanties du contrat.

⊙ 3.4.5. EXPERTISE

Vous devez nous communiquer tous les renseignements que nous jugeons utiles de connaître en vue du règlement des prestations. Les renseignements d'ordre médical devant rester confidentiels doivent être adressés, sous pli confidentiel, directement à notre médecin-conseil.

Nous nous réservons le droit de vous demander de vous soumettre à une expertise médicale pour évaluer votre état de santé et recueillir les informations complémentaires que nécessite la gestion du dossier.

Cette expertise est réalisée à nos frais par un médecin que nous mandatons. Vous avez la possibilité de vous faire assister à vos frais par un médecin de votre choix.

Vous ne pouvez pas vous soustraire à cet examen et à la production des documents que notre expert jugerait utile à la réalisation de sa mission.

En cas de désaccord sur les conclusions de l'expertise médicale, il sera procédé à un arbitrage confié à un tiers expert. Celui-ci sera choisi d'un commun accord, et sera mandaté sous la forme d'un protocole d'accord co-signé entre vous et nous, la décision de l'expert s'imposant alors aux parties.

Le tiers expert sera rémunéré pour moitié par chacune des parties. Il est précisé, de plus, que chacune des parties pourra se faire assister à ses frais d'un médecin expert de son choix.

En cas de désaccord sur le choix du tiers expert, sa désignation sera effectuée par le président du Tribunal de Grande Instance de votre domicile, sur requête et à nos frais.

⊙ 3.4.6. DÉLAI DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

L'indemnité est réglée :

- **en cas d'arrêt de travail** : dans les 15 jours à compter de la date de remise des pièces justificatives. Si la durée de l'arrêt de travail est supérieure à un mois, les indemnités sont versées à la fin de chaque mois;

- **en cas d'invalidité** : dans les 15 jours à compter de la date de consolidation fixée par notre médecin-conseil et selon les conditions suivantes :

- **capital** : si à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date de déclaration du sinistre, aucune consolidation n'est intervenue, nous pouvons vous verser un acompte, en tout état de cause acquis, après examen par un médecin désigné par nous,
- **rente** : à la fin de chaque trimestre,
- **indemnité forfaitaire pour arrêt de la profession déclarée au contrat** : sous 15 jours à compter de la réception du rapport de notre médecin-conseil constatant l'obligation qui vous est faite de renoncer à exercer votre profession,
- **indemnité « frais d'adaptation »** : sous 15 jours à compter de la réception des factures acquittées concernant le relogement ou les travaux d'aménagement,
- **en cas de décès** : dans le délai d'un mois qui suit la réception du dossier complet.
- **en cas de frais de recherche** : dans le délai d'un mois après l'avance des frais acquittés.

Particularités du règlement de l'Indemnité journalière sous déduction

Dans tous les cas, notre règlement interviendra uniquement après remise de la notification du paiement d'indemnités journalières de votre régime de base.

Notre intervention s'effectue sous déduction des prestations versées par votre régime de base.

En complément des formalités et délais prévus aux paragraphes 3.4 « La survenance d'un événement garanti », et dans l'attente d'une notification de l'organisme gestionnaire de l'assurance obligatoire des non salariés agricoles contre les accidents du travail et les maladies professionnelles (ATEXA) pour les personnes qui y sont affiliées précisant le versement et la durée des indemnités journalières, notre intervention s'effectuera de la manière suivante :

- après une période de 15 jours, nous verserons, à titre de provision, le montant des indemnités journalières, calculé sous déduction de celles susceptibles de vous être versées par l'organisme gestionnaire pour la période de l'arrêt de travail concerné;
- si par la suite, vous apportez la preuve que votre arrêt de travail n'a pas fait l'objet d'une indemnisation de l'organisme gestionnaire, nous verserons le complément du montant de l'Indemnité journalière prévu dans vos Conditions Personnelles.

Particularités du règlement des frais d'adaptation

Dès que nous avons versé l'indemnité, le droit éventuel à recourir contre le responsable nous est transmis automatiquement à concurrence du montant de l'indemnité versée. Le bénéficiaire de la garantie ne peut s'opposer à la subrogation de l'assureur. Le bénéficiaire nous subroge dans ses droits (il nous transmet ses droits) et actions à concurrence des sommes que nous lui avons réglées à titre d'indemnité ou dont nous lui avons fait l'avance.

3.5. DISPOSITIONS DIVERSES

3.5.1. DÉLAI DE PRESCRIPTION

Aux termes de l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Ce délai est porté à dix ans pour les garanties décès, les actions des bénéficiaires étant prescrites au plus tard trente ans à compter de cet événement. Il est également porté à dix ans pour les garanties concernant les accidents atteignant la personne lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assuré en a eu connaissance;
2. 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'assuré 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'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

Aux termes de l'article L.114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption suivante :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil);
- La demande en justice, même en référé, jusqu'à extinction de l'instance. Il en est de même lorsqu'elle 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 (article 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);
- Une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (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 le délai de 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).

La prescription est également interrompue par :

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

3.5.2. FACULTÉ DE RENONCIATION

Les Conditions Personnelles sont adressées à l'assuré dans un délai maximum de quatre-vingt-dix jours décomptés à partir de la date de signature de la proposition d'assurance. Si celui-ci ne les a pas reçues dans ce délai, il doit en aviser la Caisse régionale Groupama par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse mentionnée sur la proposition d'assurance.

L'assuré peut renoncer à son contrat Capital Santé pendant le délai de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de ses Conditions Personnelles, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, envoyée au siège de la Caisse régionale Groupama, dont l'adresse figure sur la proposition, selon le modèle de lettre ci-après :

« Je soussigné (nom, prénom) demeurant (adresse) déclare renoncer à mon contrat d'assurance Capital Santé conclu le (date) sous le n° (n° de contrat) et demande le remboursement des cotisations afférentes dans un délai maximum de trente jours à compter de la réception de la présente lettre. Date et signature »

La renonciation aux garanties du contrat prendra effet le lendemain à zéro heure de la date d'envoi de la présente lettre, le cachet de la poste faisant foi.

Le remboursement de la cotisation afférente interviendra dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la lettre de renonciation.

Dès lors qu'une des garanties du contrat Capital Santé est mise en jeu, à l'exception des garanties décès toutes causes (maladie ou accident) pendant le délai de renonciation, l'assuré ne peut plus bénéficier de sa faculté de renonciation pour ces garanties. Il conserve en revanche son droit à renonciation pour ses garanties décès toutes causes (maladie ou accident).

Le défaut de remise des documents et informations prévus à l'article L.132-5-2 du Code des assurances entraîne la prorogation du délai de renonciation prévu à l'article L.132-5-1 du Code des assurances jusqu'au 30^{ème} jour calendaire révolu suivant la date de remise effective de ces

documents, dans la limite de huit ans à compter de la date où l'assuré est informé de la conclusion du contrat, c'est-à-dire de la date à laquelle l'assuré reçoit ses Conditions Personnelles. Celles-ci sont considérées reçues sept jours calendaires après leur date d'envoi.

③ 3.5.3. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) sont traitées par l'Assureur dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée et des normes édictées par la CNIL.

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

Durée de conservation des données

Ces informations sont conservées, au maximum, le temps de la relation contractuelle, et jusqu'à expiration des délais de prescriptions légaux.

Vos droits

Vous disposez, en justifiant de votre identité, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition aux données traitées en vous adressant à votre Assureur par courrier postal (voir adresse dans vos documents contractuels) ou sur notre site Internet groupama.fr

Concernant vos données de santé, ces droits s'exercent par courrier postal auprès du médecin-conseil de l'Assureur (adresse postale dans vos Conditions Personnelles).

Passation, gestion, exécution des contrats et gestion commerciale des clients et prospects.

Vous êtes susceptible de recevoir des offres commerciales pour des produits et services analogues (Assurances, Banque et Services) à ceux souscrits, et adaptés à vos besoins, ainsi que de nos partenaires. Vous pouvez vous y opposer à tout moment ou modifier vos choix en vous adressant à votre Assureur.

Conformément à la réglementation, nous vous informons que vous pouvez refuser de faire l'objet de prospection commerciale par téléphone, en vous inscrivant, gratuitement, sur la liste d'opposition nationale au démarchage téléphonique (Bloctel); toutefois, cette inscription ne fait pas obstacle à l'utilisation de vos coordonnées téléphoniques dans le cadre de nos relations contractuelles.

Les données vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) sont nécessaires à la gestion des relations commerciales et contractuelles.

Ces informations sont destinées, dans la limite de leurs attributions, aux services de l'Assureur en charge de la gestion commerciale ou de la passation, gestion et exécution des contrats de chacune de vos garanties, 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 intervenant au contrat tels qu'avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs, professionnels de santé, médecins-conseils et personnel habilité, aux organismes sociaux lorsqu'ils interviennent dans le règlement des sinistres et prestations ou lorsque l'Assureur offre des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux.

Des informations vous concernant peuvent également être transmises à toutes personnes intéressées au contrat (souscripteur, assuré et bénéficiaire du contrat, et leurs ayants droits et représentants; aux bénéficiaires d'une cession ou d'une subrogation des droits relatifs au contrat; et s'il y a lieu aux responsables, aux victimes et leurs mandataires, aux témoins et tiers intéressés à l'exécution du contrat), ainsi qu'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).

Lutte contre la fraude à l'assurance

Vous êtes également informé 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 votre 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 vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) 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).

Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Pour répondre à ses obligations légales, l'Assureur met en œuvre des traitements de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières.

Communication institutionnelle et fonctionnement des instances

Du fait de votre qualité de sociétaire Groupama ou de la souscription de certains contrats, certaines données peuvent être utilisées pour vous adresser des communications institutionnelles, des convocations aux Assemblées Générales légalement prévues, ainsi que tous documents nécessaires à la gestion des différentes instances (ex : statuts, délibérations...), par courrier postal ou par voie de communication électronique (email, SMS/MMS...).

Vous pouvez vous opposer à tout moment à la transmission de communications institutionnelles.

Vous pouvez également vous opposer à la transmission par voie électronique des convocations aux Assemblées Générales (sauf si statutairement prévu), ainsi qu'aux documents nécessaires à la gestion des instances. Dans ce cas, ces convocations légalement prévues vous seront transmises par courrier postal, et les documents utiles à la gestion des instances pourront être transmis soit par courrier, soit par tout autre canal (consultation en agence, ...).

Enregistrements téléphoniques

Dans le cadre de nos relations, vous pouvez être amené à nous téléphoner. Nous vous informons que ces appels téléphoniques peuvent être enregistrés afin de s'assurer de la bonne exécution de nos prestations à votre égard et plus généralement à faire progresser la qualité de service. Ces enregistrements sont destinés aux seuls services en charge de votre appel. Si vous avez été enregistré et que vous souhaitez écouter l'enregistrement d'un entretien, vous pouvez en faire la demande selon modalités décrites ci-dessus (voir § « vos droits »).

Recueil et traitement des données de santé

Vous acceptez expressément le recueil et le traitement des données concernant votre santé. Nécessaires à la gestion de votre contrat et de vos garanties, ces données sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées aux médecins-conseil de l'Assureur ou d'entités du Groupe Groupama en charge de la gestion de vos garanties, à son service médical, ou personnes internes ou externes habilitées spécifiquement (notamment nos délégués ou experts médicaux). Ces informations peuvent également être utilisées au titre de la lutte contre la fraude par des personnes habilitées.

Transferts d'informations hors de l'Union Européenne

Des données à caractère personnel, vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat), peuvent faire l'objet de transferts vers des pays situés hors Union Européenne, ce dont vous êtes informés par les présentes et autorisez de manière expresse.

Ces transferts sont réalisés dans le cadre de l'exécution des contrats et de nos relations, du respect d'obligations légales ou réglementaires, de 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 (selon exceptions visées à l'article 69 de la loi Informatique et Libertés).

Ces transferts s'effectuent conformément aux exigences légales, aux directives de la Commission Européenne et de la CNIL, et peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'encadrements juridiques spécifiques par l'Assureur (ou les entités du Groupe Groupama) pour garantir un niveau suffisant de protection des données à caractère personnel.

Ces informations (strictement limitées), sont destinées aux seuls destinataires susceptibles d'intervenir dans le cadre des finalités prévues aux présentes Conditions Générales et décrites ci-dessus.

Mise en œuvre des garanties d'assistance

La mise en œuvre des garanties d'assistance prévues au contrat peut nécessiter le traitement de données personnelles, notamment des données de santé, par Mutuaide Assistance.

Ces informations sont exclusivement destinées aux personnes en charge de la gestion de vos garanties et concernant vos données de santé, aux médecins de l'Assisteur, à ses gestionnaires habilités, et autres personnes habilitées (urgentistes, ambulanciers, médecins locaux, ...).

Certaines données, strictement nécessaires à la mise en œuvre des prestations d'assistance, sont susceptibles de faire l'objet de transferts hors Union Européenne dans l'intérêt de la personne concernée ou de la sauvegarde de la vie humaine.

Vous acceptez expressément, le recueil et le traitement de données de santé dans ce cadre.

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition à toutes informations vous concernant auprès de Mutuaide Assistance, et s'agissant de l'accès à vos données médicales auprès de son médecin-conseil (demande par courrier postal, accompagnée de la photocopie d'une pièce d'identité, à l'adresse Mutuaide Assistance précisée sur vos documents contractuels ou le site mutuaide.fr).

Tout appel téléphonique passé dans le cadre de la mise en œuvre des garanties d'assistance sera systématiquement enregistré sur les plateformes de Mutuaide Assistance aux fins d'assurer une parfaite exécution des prestations. Le droit d'accès à ces enregistrements s'effectue directement auprès de Mutuaide Assistance dans les limites de la durée de conservation de ces enregistrements.

Études, statistiques

Des données à caractère personnel vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) sont également susceptibles d'être utilisées et exploitées par l'Assureur et les entités du Groupe Groupama (ou leurs sous-traitants) à des fins statistiques ou d'études, en vue notamment de faire évoluer nos offres de produits et services, de personnalisation de nos relations, de mieux connaître le marché et la concurrence ou d'innovations.

Ces données peuvent être associées, combinées ou inclure des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) collectées automatiquement ou communiquées par vos soins lors de votre navigation sur notre site Internet, de l'usage de certaines fonctionnalités du site ou de notre application mobile (et ce conformément à nos politiques «vie privée et données personnelles» et «cookies» accessibles sur notre site Internet ou prévues aux Conditions Générales d'Utilisation du site ou de notre application mobile).

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

L'ensemble des données à caractère personnel sont traitées dans le respect des réglementations en vigueur, et notamment celles relatives au respect de la vie privée et à la protection des données à caractère personnel.

Ces mentions informatives sont visualisables à tout moment sur le site Internet de votre assureur et actualisées en fonction des évolutions de la réglementation en vigueur (rubrique «Mentions légales»).

3.5.4. RÉCLAMATION

Pour toute demande d'information ou toute réclamation (désaccord, mécontentement) relative à votre contrat d'assurance, vous pouvez vous adresser à votre interlocuteur habituel ou au siège de votre Caisse régionale dont les coordonnées figurent dans vos Conditions Personnelles.

Si la réponse ne vous satisfait pas, votre réclamation peut être adressée au service «Réclamations» de votre Caisse régionale, dont les coordonnées figurent dans vos Conditions Personnelles.

Votre Caisse régionale s'engage à accuser réception de votre réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables. La réponse définitive de votre réclamation vous sera apportée dans un délai de traitement de deux mois au plus. En cas de circonstances particulières nécessitant un délai plus long, vous en serez informé.

En dernier lieu, vous pouvez recourir à la Médiation de l'assurance dont les coordonnées sont disponibles sur le site groupama.fr ou auprès de votre interlocuteur habituel.

Si l'avis du Médiateur de l'Assurance ne vous satisfait pas, vous pouvez éventuellement saisir la justice.

Groupama SA. Société anonyme au capital de 2 088 305 152 euros. Siège social : 8-10, rue d'Astorg – 75008 Paris – 343 115 135 RCS Paris.

Groupama Gan Vie. Société anonyme au capital de 1 371 100 605 euros – 340 427 616 RCS Paris – APE : 6511Z - Siège social : 8-10 rue d'Astorg, 75008 Paris. MUTUAIDE ASSISTANCE. Société anonyme au capital de 9 590 040 euros entièrement versé. 383 974 086 RCS CRÉTEIL - Siège social 8-14, avenue des Frères Lumière – 94360 Bry sur Marne.

Entreprises régies par le Code des assurances et soumises à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 61 rue Taitbout 75009 Paris. groupama.fr

Document et visuels non contractuels – Réf. 3350-91196-042017

Photos : ©Thinkstock

Groupama participe à la protection de l'environnement en sélectionnant un imprimeur référencé «Imprim'Vert» ainsi que des papiers issus de forêts gérées durablement.



Groupama
la vraie vie s'assure ici