

CAPITAL SANTÉ

CONDITIONS GÉNÉRALES



Communes à l'ensemble des garanties

**Le contrat est assuré par :
d'une part**

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

pour l'ensemble des garanties du contrat excepté les garanties Décès

Société anonyme au capital de 1 686 569 399 euros

Siège social : 8-10, rue d'Astorg - 75383 Paris Cedex 08

343 115 135 RCS Paris

et d'autre part

GROUPAMA GAN VIE en ce qui concerne les garanties Décès

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

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 :

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.



SOMMAIRE

LEXIQUE	p. 4
----------------	------

1. PRÉSENTATION DE VOTRE CONTRAT

1.1. De quoi se compose votre contrat ?	p. 8
1.2. Quel est l'objet de votre contrat ?	p. 8
1.3. Quelles sont les exclusions générales de votre contrat ?	p. 8
1.4. Quelles sont les limites de vos garanties ?	p. 9
1.5. Où s'exercent vos garanties ?	p. 9

2. LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE CONTRAT

2.1. La vie de votre contrat	p. 10
2.2. Vos déclarations : les bases de notre accord	p. 12
2.3. La cotisation : la contrepartie de vos garanties	p. 13
2.4. La survenance d'un événement garanti	p. 15
2.5. Dispositions diverses	p. 17

LEXIQUE

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

Ces définitions sont applicables à l'ensemble des garanties sous réserve de définitions particulières décrites au niveau des conditions générales et notice d'information spécifiques à chacune des garanties.

► DÉFINITION DES PERSONNES CONCERNÉES PAR LE CONTRAT

CONTRACTANT

Personne physique, signataire du contrat qui paie les cotisations :

- pour les garanties Décès, il s'agit de l'adhérent,
- pour les autres garanties, il s'agit du souscripteur.

Dans les pages suivantes, le terme de «contractant» désigne l'adhérent pour les garanties Décès et le souscripteur pour les autres garanties.

De même, le terme de «contrat» désigne l'adhésion pour la garantie Décès et la souscription pour les autres garanties.

ASSURÉ

Vous et/ou toute autre personne sur laquelle reposent les garanties souscrites et mentionnée dans les conditions personnelles.

VOUS

Le contractant, et le ou les éventuels assurés désigné(s) dans les conditions personnelles, ou toute autre personne qui lui serait substituée avec notre accord, ou du fait du décès du contractant précédent.

NOUS

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

En ce qui concerne les garanties Décès, l'assureur est Groupama Gan Vie, auprès duquel la Caisse Régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles a souscrit une convention d'assurance collective à laquelle vous pouvez adhérer.

► AUTRES DÉFINITIONS

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.

ACCIDENT DE LA CIRCULATION

Accident se produisant sur une voie ouverte à la circulation, du fait d'un véhicule en mouvement.

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 profession ou votre activité, rémunérée ou non, pour cause d'incapacité temporaire totale.

AVENANT

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

CONDITIONS PERSONNELLES

Document contractuel que nous remettons au contractant et qui précise les engagements réciproques, en complément des conditions générales, de la notice d'information et de ses annexes.

CONJOINT

Il s'agit de la personne avec laquelle vous êtes marié ou de la personne vivant maritalement avec vous lorsqu'elle est domiciliée chez vous, ou de la personne ayant signé un PACS (pacte civil de solidarité) avec vous.

Pour les garanties Décès, il s'agit exclusivement de la personne avec laquelle vous êtes marié (à l'exclusion de celle avec laquelle vous avez contracté un PACS ou avec qui vous êtes lié par une situation de fait).

CONVALESCENCE

Séjour dans un établissement de repos (maison de santé, établissement ou colonie à caractère sanitaire).

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 sont fixés par notre service médical à partir des documents que vous avez produits et des éventuelles expertises.

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

Document contractuel par lequel la personne à assurer atteste de son état de santé à la date de signature de la proposition et qui doit être rempli de bonne foi. Il permet, le cas échéant, une souscription sans formalité médicale complémentaire.

DÉLAI DE CARENCE

Période pendant laquelle la garantie ne joue pas. Cette période débute à la date de prise d'effet de la garantie qui figure dans les conditions personnelles. Sa durée est précisée pour chaque garantie.

DOMMAGE CORPOREL

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

ÉCHÉANCE ANNUELLE

Date à laquelle le contractant s'est engagé à payer sa cotisation pour être garanti l'année à venir.

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Somme forfaitaire que votre régime obligatoire laisse à votre charge par journée d'hospitalisation.

FRAIS DE RECHERCHE

Frais restant à votre charge pour vous-même, votre conjoint et vos descendants respectifs en cas d'intervention des services publics ou privés, ou de sauveteurs professionnels, qu'il y ait ou non accident.

FRANCHISE

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

GROSSESSE PATHOLOGIQUE

État de la future mère l'obligeant à cesser son activité professionnelle, sur prescription médicale, en vue de préserver sa santé et/ou celle de l'enfant à naître.

HOSPITALISATION

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

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE

Impossibilité temporaire et totale d'exercer sa profession ou son activité, rémunérée ou non, 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'appréciation.

INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE PERMANENTE

Réduction partielle ou totale médicalement constatée de la capacité à exercer l'activité professionnelle déclarée, 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.

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 et les garanties vous concernant.

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Questionnaire complémentaire à la proposition par lequel vous déclarez votre état de santé à la date de signature de la proposition ou de l'avenant modificatif et les événements médicaux antérieurs à cette date, en répondant précisément et de bonne foi à chacune des questions posées. Le questionnaire de santé sert à l'évaluation du risque et à l'acceptation du contrat par l'assureur. Il est adressé sous pli confidentiel à notre Médecin-conseil.

SEUIL D'INTERVENTION

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

SINISTRE

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

SOUS DÉDUCTION

Dans le cas de la souscription de la garantie Arrêt de travail «sous déduction», l'indemnisation versée au titre de cette garantie s'entend sous déduction des prestations versées par votre régime social de base et dans la limite de l'indemnité journalière prévue dans les conditions personnelles.

TARIF DE RESPONSABILITÉ

Tarif fixé pour l'ensemble des prestations en nature versées au titre de l'assurance maladie obligatoire :

- soit, par une convention, pour ce qui concerne les professionnels de santé conventionnés (tarif de convention), ou à défaut par un acte réglementaire pour les professionnels de santé non conventionnés (tarif d'autorité);
- ou par acte réglementaire pour toute autre prestation (fournitures médicales, pharmaceutiques ou frais hospitaliers...).

Ce tarif sert de base de remboursement aux caisses d'assurance maladie obligatoire.

▶ 1.1. DE QUOI SE COMPOSE VOTRE CONTRAT ?

Votre contrat est composé :

- des présentes conditions générales communes à l'ensemble des garanties,
- des conditions générales et de la notice d'information spécifiques à chacune des garanties,
- du tableau des montants de garanties et des franchises,
- des conditions personnelles.

▶ 1.2. QUEL EST L'OBJET DE VOTRE CONTRAT ?

Ce contrat a pour objet d'accorder les garanties ci-dessous :

- **Arrêt de travail.**
- **Invalidité.**
- **Décès** (garanties délivrées par Groupama Gan Vie).
- **Accidents corporels des collaborateurs bénévoles et des prestataires d'entraide agricole.**
- **Protection intégrale accident.**
- **Service de Remplacement**, si vous exercez une activité agricole.
- **Frais de recherche** : si l'une des garanties ci-dessus a été souscrite, nous garantissons le remboursement des frais de recherche, à concurrence de la somme indiquée dans le tableau des montants de garanties et des franchises.

Les garanties que vous avez choisies sont indiquées dans les conditions personnelles.

Elles vous permettent d'être couvert en cas d'accident ou en cas de maladie survenu durant vos activités professionnelles et personnelles.

Si mention en est faite dans les conditions personnelles, elles sont limitées aux seuls événements d'origine accidentelle, sauf en ce qui concerne les garanties Décès.

La garantie Assurance des Accidents corporels des collaborateurs bénévoles et des prestataires d'entraide agricole est, quant à elle, toujours limitée, par définition, aux seuls événements d'origine accidentelle.

La garantie Protection intégrale accident est toujours limitée aux seuls événements d'origine accidentelle et aux maladies professionnelles pour les personnes affiliées au régime social de base des travailleurs non salariés agricoles.

▶ 1.3. 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;
- 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 de tout sport à titre professionnel.

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.

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

▶ 1.4. QUELLES SONT LES LIMITES DE VOS GARANTIES ?

Les limites des garanties sont indiquées au tableau des montants de garanties et des franchises et dans les conditions personnelles.

▶ 1.5. OÙ S'EXERCENT VOS GARANTIES ?

GARANTIES	TERRITORIALITÉ	PARTICULARITÉS
<ul style="list-style-type: none"> • Arrêt de travail • Invalidité • Protection intégrale accident • Assurance des accidents corporels des collaborateurs bénévoles et des prestataires d'entraide agricole • Frais de recherche 	<ul style="list-style-type: none"> • France métropolitaine • Départements et collectivités d'outre-mer, Nouvelle Calédonie et Terres australes et antarctiques françaises • Principautés d'Andorre et de Monaco 	<p>Monde entier pour des séjours ou voyages n'excédant pas 3 mois consécutifs*</p>
Décès	Monde Entier	

*Voir les modalités d'application spécifiques à chaque garantie.

2

LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE CONTRAT

▶ 2.1. LA VIE DE VOTRE CONTRAT

QUAND PREND-IL EFFET ?

Le contrat ainsi que les garanties prennent effet sous réserve de notre accord et du paiement de la première cotisation.

La date d'effet figure dans les conditions personnelles.

Garantie temporaire accident

Tant que nous ne nous sommes pas prononcés sur la proposition, les garanties que vous avez demandées sont accordées en cas d'accident, et uniquement dans ce cas, pendant 3 mois au maximum à compter de la date d'effet figurant sur la proposition.

Cette garantie temporaire prend fin soit par notre accord sur la garantie définitive, soit par votre décision ou la nôtre de ne pas donner suite à la proposition.

POUR COMBIEN DE TEMPS ?

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

COMMENT LE MODIFIER ?

Par lettre recommandée. Si nous n'avons pas refusé la demande de modification dans les 10 jours à compter de sa réception, le contractant doit la considérer comme acceptée.

Disposition spécifique aux garanties Décès

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

COMMENT Y METTRE FIN À L'ÉCHÉANCE ANNUELLE ?

Par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée au moins 2 mois avant l'échéance annuelle, à l'adresse qui figure dans les conditions personnelles.

Si nous résilions, nous en avisons le contractant par lettre recommandée adressée à son dernier domicile connu.

QUEL PRÉAVIS POUR LE DÉNONCER À L'ÉCHÉANCE ANNUELLE ?

Au moins 2 mois avant la date d'échéance figurant 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.

Pour ce qui nous concerne, 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.

Nous ne pouvons pas résilier les garanties, "Protection intégrale accident", qui ont une durée viagère, dès la souscription du contrat.

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

Dans quelles circonstances peut-il être résilié en cours d'année ?

Il peut être mis fin au 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 de régime matrimonial, domicile, profession ou activité; • votre départ en retraite ou la cessation de votre activité.	LE CONTRACTANT	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 d'1 mois à compter de la date de réception de la lettre de résiliation.
Vous nous déclarez une diminution du risque.	LE CONTRACTANT	Si nous n'avons pas informé le contractant de la réduction de cotisation en découlant ou si nous ne consentons pas à réduire la cotisation en conséquence, le contractant peut résilier son contrat.	À l'expiration d'un délai d'1 mois à compter de la date d'envoi de la lettre de résiliation.
Nous modifions le tarif à l'échéance annuelle.	LE CONTRACTANT	La résiliation doit nous être notifiée dans le délai d'1 mois à compter du moment où le contractant a été informé de la modification. Il est 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 d'1 mois à compter de la date de réception de la lettre de résiliation.
Nous modifions la franchise ou le seuil d'intervention à l'échéance annuelle.	LE CONTRACTANT	La résiliation doit nous être notifiée dans le délai d'1 mois à compter du moment où le contractant a été informé de la modification. La garantie reste acquise dans les conditions antérieures jusqu'à la date de résiliation du contrat.	À l'expiration d'un délai d'1 mois à compter de la date de réception de la lettre de résiliation.
Nous décidons de résilier un autre de vos contrats après sinistre.	LE CONTRACTANT	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 d'1 mois à compter de la date d'envoi de la lettre de résiliation.
Le contractant n'a pas payé la cotisation.	NOUS	Nous devons au préalable avoir adressé au contractant 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.	NOUS	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.
Le contractant refuse le nouveau tarif que nous pouvons vous proposer à la suite d'une aggravation du risque.	NOUS	Si le contractant ne donne pas suite ou refuse notre proposition dans un délai de 30 jours à compter de la proposition.	À l'expiration d'un délai d'1 mois à compter de la date à laquelle nous avons proposé au contractant ce nouveau tarif.
Survenance d'un sinistre.	NOUS* * Jusqu'à l'expiration d'un délai de 2 ans, suivant la date d'effet du contrat.	Par lettre recommandée avec avis de réception, après la survenance du sinistre.	À l'expiration d'un délai d'1 mois à compter de la date d'envoi de la lettre de résiliation.

La résiliation des garanties Décès est automatique lorsque les autres garanties du contrat sont résiliées. Toutefois, les garanties Décès sont acquises jusqu'au terme de l'année d'assurance pour laquelle la cotisation a été payée.

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 à une échéance, auquel cas les garanties cessent à la date de prise d'effet de la suspension (Cf. paragraphe 2.3 - la cotisation).

POUVONS-NOUS RÉCLAMER UNE INDEMNITÉ 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.

CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION DU CONTRAT SUR LE VERSEMENT DES PRESTATIONS

- Si nous résilions le contrat pour :
 - non-paiement de la première cotisation,
 - 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.

▶ 2.2. VOS DÉCLARATIONS : LES BASES DE NOTRE ACCORD

À LA SOUSCRIPTION

Vous devez répondre exactement et en toute sincérité aux questions que nous vous posons à la souscription et notamment sur :

- votre profession : la souscription est réservée aux personnes exerçant une activité professionnelle effective et régulière ;
- votre état de santé : vous devez remplir soit une déclaration d'état de santé, soit un questionnaire de santé. Vous êtes, par ailleurs, tenu de nous déclarer également 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, 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.

EN COURS DE CONTRAT

Vous devez nous informer, dans les 15 jours qui suivent la date à laquelle vous en avez eu connaissance, de tout changement affectant votre situation.

Vous devez notamment impérativement nous prévenir en cas de :

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

Si ce changement entraîne :

■ **Une aggravation du risque**

nous pouvons proposer au contractant un nouveau tarif correspondant à la situation nouvelle. S'il ne donne pas suite à cette proposition ou s'il refuse 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 exclusivement aux garanties arrêt de travail et invalidité.

■ **Une diminution du risque**

nous informons le contractant dans les 30 jours de la réduction de la cotisation. Si à l'issue de ce délai de 30 jours, nous ne l'avons pas informé ou si nous ne réduisons pas la cotisation, il peut résilier son contrat.

LA DÉCLARATION DES AUTRES ASSURANCES

Disposition concernant la garantie Complémentaire frais de soins des garanties Protection intégrale accident et Accidents corporels des collaborateurs bénévoles et des prestataires d'entraide agricole.

Si les risques garantis par ce contrat sont ou viennent à être couverts par une autre assurance, vous devez nous le faire savoir dans les 8 jours.

SANCTIONS POUR OMISSION OU FAUSSE DÉCLARATION

Les bases de notre accord reposant sur vos déclarations, toute inexactitude ou toute omission intentionnelle peuvent nous amener à invoquer la nullité du contrat, conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances.

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 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 intérêts.

▶ 2.3. LA COTISATION : LA CONTREPARTIE DE VOS GARANTIES

QUAND ET COMMENT LE CONTRACTANT DOIT-IL RÉGLER LA COTISATION ?

Nous avons établi le montant de la cotisation en fonction 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 payable annuellement et d'avance à l'échéance indiquée dans les conditions personnelles.

Le contractant doit l'acquitter par tout moyen convenu entre nous.

SI LE CONTRACTANT NE RÉGLE PAS SA COTISATION

Si le contractant ne règle pas sa cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, nous adressons à son dernier domicile connu de nous, sous pli recommandé, une lettre de mise en demeure qui prévoit, s'il n'a pas réglé entre temps :

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

L'envoi de cette mise en demeure est indépendant de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice.

Si le contractant a payé la cotisation due :

- avant que le contrat ne soit résilié, les garanties reprennent leurs effets le lendemain à midi du jour du paiement;

- après que le contrat a été résilié pour non-paiement de la cotisation, le contrat reste résilié.

Au cas où la cotisation annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non paiement d'une des fractions de la cotisation, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La suspension de la garantie pour non-paiement de la cotisation ne dispense pas le contractant de l'obligation de payer, à leurs échéances, les cotisations appelées.

COMMENT PEUVENT ÉVOLUER LES MONTANTS DE LA COTISATION ET DES GARANTIES ?

■ Comment évoluent les garanties ?

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} avril précédent, pour les garanties Arrêt de travail, Invalidité, Frais de recherche et Décès ;
- du **salaires plafond de la Sécurité sociale** fixé au 1^{er} janvier précédent pour les garanties Complémentaire frais de soins des garanties Protection intégrale accident et Accidents corporels des collaborateurs bénévoles et des prestataires d'entraide agricole.

■ Comment évolue votre cotisation ?

A chaque échéance annuelle, la cotisation est déterminée en fonction de votre âge.

Pour chacune des garanties souscrites, la cotisation est modifiée à l'échéance annuelle selon l'évolution :

- du **point AGIRC** pour les garanties Arrêt de travail, Invalidité, Décès et frais de recherche ;
- du **salaires plafond de la Sécurité sociale** pour les garanties Complémentaire frais de soins des garanties Protection intégrale accident et Accidents corporels des collaborateurs bénévoles et des prestataires d'entraide agricole.

En ce qui concerne les garanties Arrêt de travail, Invalidité et Décès, vous conservez, ainsi que nous, 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.

Disposition spécifique à la garantie Complémentaire frais de soins des garanties Protection intégrale accident et Accidents corporels des collaborateurs bénévoles et des prestataires d'entraide agricole.

En cas de modification des dispositions législatives ou réglementaires ayant des incidences sur les garanties frais de soins du contrat, les cotisations peuvent être révisées soit immédiatement, soit à la prochaine échéance annuelle. Si le contractant n'accepte pas les nouvelles conditions que nous proposons, il peut demander la résiliation des garanties frais de soins du contrat.

La révision peut être effectuée à effet immédiat en fonction des nouvelles dispositions.

Modification du tarif

Indépendamment de l'évolution de la cotisation résultant de la variation du point AGIRC ou du salaire plafond de la Sécurité sociale, nous nous réservons le droit d'augmenter la cotisation si une décision législative ou réglementaire venait modifier nos engagements ou si les résultats techniques des garanties le nécessitaient.

Dans ce cas, le contractant en est informé au début de chaque période annuelle du contrat avec l'appel de cotisation.

S'il refuse cette modification, il peut résilier son contrat dans un délai d'1 mois à compter du moment où il en a été informé ; il est 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, le contractant en est informé au début de la période annuelle du contrat avec l'appel de cotisation.

S'il refuse cette modification, il peut résilier son contrat dans un délai d'1 mois à compter de la date à laquelle il en a été informé, la garantie 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.

▶ 2.4. LA SURVENANCE D'UN ÉVÉNEMENT GARANTI

QUE FAIRE DANS LES CAS SUIVANTS ?

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**.

Vous devez en outre accomplir les formalités et respecter les délais de transmission des pièces détaillés ci-après.

NATURE DE L'ÉVÉNEMENT OUVRANT DROIT À PRESTATIONS	FORMALITÉS À ACCOMPLIR ET PIÈCES A 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 du 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'examens éventuels que nous pourrions vous demander de passer auprès de 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 du 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 logement 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>
Changement de profession	<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	<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, <p>Pour chaque bénéficiaire :</p> <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>Groupama Gan Vie 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>

NATURE DE L'ÉVÈNEMENT OUVRANT DROIT À PRESTATIONS

FORMALITÉS À ACCOMPLIR ET PIÈCES A NOUS TRANSMETTRE

DELAI DE TRANSMISSION DES PIÈCES (SAUF CAS DE FORCE MAJEURE)

Complémentaire frais de soins
des garanties Protection intégrale accident et Accidents corporels des collaborateurs bénévoles et des prestataires d'entraide agricole

- Original du décompte du remboursement de votre régime social de base.
- Factures acquittées concernant les frais d'hospitalisation, d'examen, de laboratoire, d'optique, de prothèse, d'orthopédie...
- Décomptes établis par les organismes ayant servi des prestations au titre de tout autre régime complémentaire.

1 mois

au plus tard après la réception du décompte de remboursement du régime social de base ou après la fin du séjour de l'assuré dans un établissement hospitalier.

Hospitalisation ou séjour de convalescence

- Acte nous indiquant la nature de la maladie ou de l'accident.
- Bulletins d'entrée et de sortie délivrés par l'établissement (les pièces doivent indiquer le nom et le prénom de la personne soignée).

1 mois

au plus tard après la fin du séjour.

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.

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.

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.

ASSURANCES MULTIPLES

Quand plusieurs assurances contre un même risque sont contractées de manière frauduleuse ou dans l'intention de nous tromper, nous pouvons invoquer la nullité du contrat et demander des dommages et intérêts.

Dispositions spécifiques à la garantie Complémentaire frais de soins des garanties Protection intégrale accident et Accidents corporels des collaborateurs bénévoles et des prestataires d'entraide agricole.

En cas de sinistre garanti par plusieurs assurances, vous pouvez obtenir l'indemnisation de vos dommages en vous adressant à l'assureur de votre choix, quelle que soit la date à laquelle l'assurance a été souscrite.

Vous devez dans ce cas nous déclarer le nom des assureurs concernés et les montants des sommes assurées chez eux.

Toutefois, les garanties du contrat ne produisent leurs effets que dans les limites fixées au tableau des montants de garanties et des franchises et dans les conditions personnelles.

EXPERTISE

Vous devez nous communiquer tous les renseignements que nous jugeons utiles de connaître en vue du règlement. 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 vous soustraire à cet examen et à la production des documents que notre expert jugerait utile à la réalisation de son mandat.

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.

DÉLAI DE RÈGLEMENT DE L'INDEMNITÉ

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 service médical 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 changement de profession** : 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 logement ou les travaux d'aménagement;
- **en cas de décès** : dans le délai d'un mois qui suit la réception du dossier complet.

SUBROGATION (RECOURS DE L'ASSUREUR APRÈS SINISTRE)

Disposition spécifique à la garantie Complémentaire frais de soins des garanties Protection intégrale accident et Accidents corporels des collaborateurs bénévoles et des prestataires d'entraide agricole et à l'option Frais d'adaptation de la garantie Invalidité.

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.

Si cette transmission ne peut s'opérer de votre fait et que nous ne pouvons pas exercer un recours, la garantie n'est pas acquise.

2.5. DISPOSITIONS DIVERSES

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.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance;
- 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'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).

FACULTÉ DE RENONCIATION

Le contractant 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 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 émis 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 prendra effet le lendemain à zéro heure de la date d'envoi de la présente lettre, le cachet de la poste faisant foi.

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, le contractant 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).

Les conditions personnelles sont adressées au contractant dans un délai maximum de quatre vingt dix jours décomptés à partir de la date de signature de la proposition. S'il n'a pas reçu ses conditions personnelles dans ce délai, il doit en aviser sa Caisse Régionale Groupama par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse mentionnée sur la proposition.

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 de conclusion

du contrat, c'est-à-dire à la date à laquelle le contractant reçoit ses conditions personnelles. Celles-ci sont considérées reçues sept jours calendaires après leur date d'envoi.

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données personnelles vous concernant sont traitées par l'Assureur dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion de votre contrat et de vos garanties. À l'exception de celles relatives à votre santé, elles sont destinées à votre conseiller, aux services de l'assureur de chacune de vos garanties, à ses partenaires, mandataires ou sous traitants, réassureurs, ainsi qu'aux organismes professionnels et administratifs concernés.

Elles peuvent notamment être utilisées à des fins d'évaluation et acceptation des risques, de contrôle interne (surveillance du portefeuille) et dans le cadre de dispositions légales, notamment concernant la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, vos données peuvent être transmises à des organismes professionnels de lutte contre la fraude ainsi qu'à des enquêteurs certifiés.

Vous disposez, en justifiant de votre identité, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition aux données traitées, sans frais, en vous adressant par courrier postal au siège de votre assureur (voir adresse dans vos conditions personnelles).

Vous êtes susceptible de recevoir des offres commerciales de votre Assureur pour des produits et services analogues (assurance, 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.

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 par courrier au siège de votre assureur. Il vous sera délivré, sans frais, copie de l'enregistrement téléphonique ou retranscription du contenu de la conversation, dans les limites de la durée de conversation de ces enregistrements.

Vous acceptez expressément le recueil et le traitement des données concernant votre santé. Nécessaires à la gestion de vos garanties, ces données sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées au Médecin-conseil de l'assureur en charge de la gestion de vos garanties et à son service médical, ou personnes internes ou externes habilitées (notamment experts médicaux). Vous disposez d'un droit d'accès de rectification et d'opposition à vos informations médicales en vous adressant par courrier postal accompagné de la photocopie de votre pièce d'identité au Médecin-conseil de votre assureur.

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 cette demande n'est pas satisfaite, 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. Celle-ci sera traitée dans les deux mois au plus.

Si tel n'est pas le cas, vous en serez informé.

En dernier lieu, vous pouvez recourir au Médiateur Groupama en écrivant 5/7 Rue du Centre 93199 Noisy le Grand, sans préjudice de votre droit de saisir éventuellement la justice.

Le détail des modalités de traitement de la réclamation (adresse précise et numéro de téléphone) est accessible auprès de votre interlocuteur habituel, en agence, et sur www.groupama.fr dans la rubrique « mentions légales ».

Caisse Régionale des Assurances Mutuelles Agricoles

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

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

Visuels non contractuels - Réf. 3350-201120-012014

Photos : Matton : OEM Images © Doug Menuez

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

CAPITAL SANTÉ

CONDITIONS GÉNÉRALES



Contrat
de Prévoyance



**Garantie Assurance des accidents corporels
des collaborateurs bénévoles et des prestataires
d'entraide agricole**

► 1. QUE SIGNIFIENT CERTAINS TERMES DE VOTRE CONTRAT ?

COLLABORATEURS BÉNÉVOLES

Toute personne ne résidant pas sous votre toit, victime d'un accident corporel survenu au cours de travaux non rémunérés effectués pour vous à titre occasionnel sur ou hors de votre exploitation et ne relevant pas pour cet accident :

- ni de l'assurance obligatoire des salariés agricoles contre les accidents du travail et les maladies professionnelles ;
- ni de la loi sur l'entraide agricole au titre de prestataire d'entraide ;
- ni de l'A.A.Ex.A. (Assurance obligatoire des Accidents des Exploitants Agricoles).

PRESTATAIRES D'ENTRAIDE AGRICOLE

Toute personne ne résidant pas sous votre toit, victime d'un accident corporel survenu au cours de travaux non rémunérés effectués pour vous à titre occasionnel sur ou hors de votre exploitation, dans le cadre d'un échange de services entre agriculteurs.

Cette personne ne doit pas relever pour cet accident de l'assurance obligatoire des salariés agricoles contre les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Les collaborateurs bénévoles et prestataires d'entraide agricole sont dénommés « assurés » dans les paragraphes suivants.

► 2. OBJET DE LA GARANTIE

Nous garantissons

pour tout accident survenu alors que l'assuré exerçait une activité en tant que collaborateur bénévole ou prestataire d'entraide agricole :

EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ

Nous garantissons aux bénéficiaires le paiement du capital mentionné dans le tableau des montants de garanties et des franchises.

Les bénéficiaires sont dans l'ordre :

- le conjoint de l'assuré,
- à défaut, ses enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés dans les conditions définies par les articles 751 et 752 du Code civil,
- à défaut, ses héritiers.

En aucun cas, l'indemnité en cas de décès ne se cumule avec celle prévue en cas d'invalidité.

EN CAS D'INVALIDITÉ

En cas d'invalidité fonctionnelle permanente, totale ou partielle consécutive à un accident, nous garantissons à l'assuré le versement du capital mentionné dans le tableau des montants de garanties et des franchises, proportionnel au pourcentage d'invalidité déterminé par notre Médecin-conseil.

Notre Médecin-conseil détermine le taux d'invalidité fonctionnelle permanente de l'assuré 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. Il est estimé à partir de la capacité restante de l'assuré 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, les mesures prévues au paragraphe 2.4 - la survenance d'un événement garanti - expertise - des conditions générales communes à l'ensemble des garanties sont applicables.

Le capital invalidité, une fois versé, ne peut plus être modifié en cas d'aggravation ou d'atténuation de l'invalidité.

EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

En cas d'arrêt de travail total, nous garantissons à l'assuré le paiement d'une indemnité journalière. Le montant de l'indemnité journalière est mentionné dans le tableau des montants de garanties et des franchises.

L'indemnité est servie pendant la durée de l'arrêt de travail dans la limite de **365 jours**.

EN CAS DE FRAIS DE SOINS

Nous garantissons le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, d'appareillage, de prothèses optiques ou dentaires, dans la limite d'une fois le tarif de responsabilité sous déduction du remboursement du régime social de base de l'assuré.

Les frais de transport ne sont garantis que s'il s'agit d'un transport de secours intervenant immédiatement après l'accident ou d'un transport rendu nécessaire et urgent par l'état du blessé et les conditions locales d'hébergement et des soins.

Outre les exclusions figurant aux conditions générales communes à l'ensemble des garanties, nous ne garantissons pas les accidents survenus :

- à vous et aux membres non salariés de votre famille vivant sur l'exploitation ;
- aux membres d'un G.A.E.C. ou d'une association agricole de fait, dans le cadre de l'activité de ce groupement ou de cette association ;

- aux artisans et entrepreneurs ainsi qu'à leurs salariés pendant l'exercice de leur activité à votre profit ;
- au cours du trajet tel que défini à l'article L 751-6 du Code rural.

▶ 3. MODALITÉS D'INDEMNISATION

ÉVALUATION

Les dispositions prévues dans les dispositions générales au paragraphe 2.4 - Expertise - s'appliquent.

CUMUL D'INDEMNITÉS

En aucun cas, nous ne pouvons être tenus de prendre en charge les suites d'un accident déjà réglé sur les bases de la présente garantie et pour lequel quittance régulière aura été donnée, même en cas d'aggravation.

Cependant, en cas de décès résultant d'un accident ayant donné lieu au paiement des indemnités pour invalidité permanente et si le décès survient dans les 24 mois à compter du jour de l'accident, nous versons la différence existant éventuellement entre le capital assuré en cas de décès et le montant de l'indemnité déjà réglée.

LE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les indemnités sont payées :

- en cas de décès, dans les 15 jours à compter de la date de remise des pièces justificatives ;
- en cas d'invalidité permanente, dans les 15 jours à compter de la date de consolidation fixée par notre service médical.
Toutefois, si cette consolidation n'a pu être obtenue à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date de déclaration du sinistre, des acomptes, pourront être versés à l'assuré et lui seront en tout état de cause acquis ;
- en cas d'arrêt de travail, dans les 15 jours à compter de la date de remise de toutes les pièces justificatives.

Dans tous les cas, nous devons avoir connaissance de tout document pouvant justifier que l'accident est survenu lors d'une activité en tant que collaborateur bénévole ou de prestataire d'entraide agricole.

LA REVALORISATION DES GARANTIES ET DES COTISATIONS

Le montant des garanties et des cotisations varie chaque année au 1^{er} janvier dans la même proportion que l'évolution du point AGIRC fixé au 1^{er} avril précédent.

▶ 4. FIN DE LA GARANTIE ET DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

La garantie et le versement des prestations éventuellement en cours cessent à l'échéance annuelle qui suit l'âge de fin de garantie indiqué dans les conditions personnelles du contractant.

Si le contractant fait valoir ses droits à la retraite avant cet âge, la garantie et le versement des prestations éventuellement en cours cessent à la date à laquelle sa pension de vieillesse prend effet.

Les cas de résiliation du contrat et de cessation des garanties sont détaillés au paragraphe 2.1 - La vie de votre contrat - des conditions générales communes à l'ensemble des garanties.

Caisse Régionale des Assurances Mutuelles Agricoles

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

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

Visuels non contractuels - Réf. 3350-201120-012014

Photos : Matton : OEM Images © Doug Menuez

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

CAPITAL SANTÉ

CONDITIONS GÉNÉRALES



Garanties Arrêt de travail et Invalidité





SOMMAIRE

Ces conditions générales complètent les conditions générales communes à l'ensemble des garanties.

1. GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL

1.1. Tableau de présentation des garanties Arrêt de travail	p. 4
1.2. Objet des garanties	p. 5
1.3. Entrée en vigueur des garanties (délai de carence)	p. 5
1.4. Versement des indemnités journalières	p. 6
1.5. Particularités du règlement de l'indemnité journalière sous déduction	p. 6
1.6. Exclusions spécifiques aux garanties Arrêt de travail	p. 7
1.7. Revalorisation des garanties et des prestations	p. 7
1.8. Séjours à l'étranger	p. 7
1.9. Fin des garanties et du versement des prestations	p. 7

2. GARANTIES INVALIDITÉ

2.1. Tableau de présentation des garanties Invalidité	p. 8
2.2. Objet des garanties	p. 8
2.3. Modalités d'indemnisation	p. 9
2.4. Entrée en vigueur des garanties (délai de carence)	p. 10
2.5. Revalorisation des garanties et des prestations	p. 10
2.6. Exonération de la cotisation	p. 11
2.7. Séjours à l'étranger	p. 11
2.8. Fin des garanties et du versement des prestations	p. 11

► 1.1. TABLEAU DE PRÉSENTATION DES 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	FRANCHISES	LIMITE DE VERSEMENT	DÉLAI DE CARENCE	FIN DE LA GARANTIE
OPTION	Indemnité journalière classique	Selon votre choix*	Selon votre choix* : 7, 15, 30, 60 ou 90 jours	3 ans	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, la garantie cesse à la date de prise d'effet de votre pension de vieillesse.
	Indemnité journalière pics d'activité					
	Indemnité journalière saisonnière		Selon votre choix* : 7, 28, 60 ou 90 jours			
	Indemnité journalière sous déduction					

* Vos choix (garantie(s), montant, franchise) sont mentionnés dans vos conditions personnelles.

Si vous avez le statut de travailleur non salarié agricole ou de conjoint collaborateur du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, 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 autre statut, vous ne pouvez souscrire que la garantie indemnité journalière classique.

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.

▶ 1.2. OBJET DES GARANTIES

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.

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 les 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.

GARANTIE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE SOUS DÉDUCTION

■ 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, calculées **sous déduction** des prestations versées par votre régime social de base et dans la limite de l'indemnité journalière prévue dans vos conditions personnelles.

DISPOSITION COMMUNE À L'ENSEMBLE DES GARANTIES

Nous garantissons également, 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 pathologique 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 être couvertes par le présent contrat.

▶ 1.3. ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES (DÉLAI DE CARENCE)

En cas de maladie, les garanties entrent en vigueur à l'expiration d'un délai de carence de 3 mois suivant la date de prise d'effet des garanties figurant aux conditions personnelles.

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.

► 1.4. VERSEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

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 1er 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.

Le versement des prestations cesse :

- lorsque vous reprenez votre travail ou votre activité ;
- 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 travail ou votre activité, même partiellement) ;
- au plus tard 3 ans après le 1er jour de l'arrêt de travail pour une même maladie ou un même accident ;
- 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.

À noter que la reconnaissance par l'assureur de l'incapacité temporaire totale 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.

► 1.5. 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.

Si vous êtes affilié à l'assurance obligatoire des non salariés agricoles contre les accidents du travail et les maladies professionnelles (AAEXA) comme chef d'exploitation ou assimilé, l'organisme gestionnaire de cette assurance dispose d'un délai légal d'instruction de votre dossier, à l'intérieur duquel il peut vous notifier son refus de prise en charge (délai de 30 jours en accident du travail, ou de 3 mois en maladie professionnelle, auquel peut s'ajouter un délai complémentaire de 2 mois en accident du travail, ou de 3 mois en maladie professionnelle).

De ce fait, en complément des formalités et délais prévus au paragraphe 2.4 - La survenance d'un événement garanti - des conditions générales communes à l'ensemble des garanties, et dans l'attente d'une notification de cet organisme 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.

▶ 1.6. EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL

Nous ne garantissons pas, outre les exclusions générales figurant aux conditions générales communes à l'ensemble des garanties, les arrêts de travail :

- non prescrits médicalement ;
- donnant lieu au versement des prestations en espèces de l'assurance maternité au titre d'un régime de base obligatoire ;
- prescrits à l'occasion de cure thermale ;
- survenus pendant le délai de carence de 3 mois prévu au paragraphe 1.3, même lorsque ces arrêts se prolongent ou reprennent au-delà de ce délai.

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 aérien (voltige, vol à voile, parachutisme, deltaplane, ultra léger motorisé et ailes volantes non motorisées, parapente, saut à l'élastique).

▶ 1.7. REVALORISATION DES GARANTIES

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} avril précédent.

Les prestations ne sont pas revalorisées.

▶ 1.8. SÉJOURS À L'ÉTRANGER

En cas d'arrêt de travail 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) et pour des séjours n'excédant pas 3 mois consécutifs, la garantie est acquise exclusivement en cas d'hospitalisation.

▶ 1.9. FIN DES GARANTIES ET DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

Les garanties et le versement des indemnités journalières éventuellement en cours 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 et le versement des indemnités journalières éventuellement en cours cessent 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 «La vie de votre contrat» des conditions générales communes à l'ensemble des garanties.

2

GARANTIES INVALIDITÉ

► 2.1. TABLEAU DE PRÉSENTATION DES GARANTIES INVALIDITÉ

	GARANTIES*	MONTANT	SEUILS D'INTERVENTION	DÉLAI DE CARENCE	FIN DE GARANTIE
	Capital Invalidité	Selon votre choix*	<ul style="list-style-type: none"> • 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 dans vos conditions personnelles. - Si vous faites valoir vos droits à la retraite avant cet âge, les garanties cessent à la date de prise d'effet de votre pension de vieillesse.
	Rente Invalidité				
	Indemnité forfaitaire pour changement de profession	Montant de la rente journalière choisie* X 100			
OPTION	Garantie «frais d'adaptation»	Dans la limite du montant choisi*	À partir d'un taux d'invalidité de 66%		

*Vos choix (garantie(s), montant - seuil d'intervention) sont indiqués dans vos conditions personnelles.

► 2.2. OBJET DES GARANTIES

Nous garantissons

- **le versement d'un capital ou d'une rente** en cas d'invalidité totale ou partielle consécutive à un accident ou une maladie ;
- **le 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 rente invalidité.

Nous garantissons également,

En option de la 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 totale ou partielle consécutive à un accident ou à une maladie, dans la limite du montant choisi.

Nous ne garantissons pas, outre les exclusions générales figurant aux conditions générales communes à l'ensemble des garanties, pour les enfants de moins de 18 ans, les maladies congénitales et leurs conséquences.

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 aérien (voltige, vol à voile, parachutisme, deltaplane, ultra léger motorisé et ailes volantes non motorisées, parapente, saut à l'élastique).

▶ 2.3. MODALITÉS D'INDEMNISATION

Capital ou rente

■ Adultes :

Le capital vous est versé en une seule fois.

La rente vous est versée trimestriellement à terme échu.

■ Enfants de moins de 18 ans :

- le capital est versé aux représentants légaux de l'enfant ;
- le versement de la rente à l'enfant est différé à l'échéance qui suit son 18^{ème} anniversaire.

Indemnité forfaitaire pour changement de profession

L'indemnité forfaitaire est versée si vous êtes contraint de renoncer à exercer votre profession 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 à exercer votre profession. Notre Médecin-conseil procède alors à un examen auquel un médecin de votre choix peut assister.

Option «Frais d'adaptation»

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 ou des justificatifs de dépenses.

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 non seulement votre taux d'invalidité fonctionnelle, mais aussi l'invalidité professionnelle résultant de l'événement garanti.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est 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.

L'invalidité professionnelle tient compte du retentissement de l'invalidité fonctionnelle permanente sur l'activité professionnelle agricole que vous exercez.

Elle 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.

Elle résulte de l'ajout d'une majoration au taux d'invalidité fonctionnelle déterminée selon l'importance du retentissement professionnel suivant le barème ci-dessous :

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%

Le taux d'invalidité retenu est égal au taux d'invalidité fonctionnelle augmenté de la majoration appliquée. Il ne peut être supérieur à 100%.

Détermination du taux d'invalidité si vous avez un autre statut

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.

Critères d'attribution du capital, de la rente et de l'indemnité «Frais d'adaptation»

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.

La date de consolidation fixée par notre Médecin-conseil correspond au point de départ de l'invalidité.

Pour l'attribution du capital, le taux d'invalidité est appliqué au capital garanti pour déterminer la somme qui vous est versée.

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

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

Le capital, une fois versé, ne peut être modifié en cas d'aggravation ou d'atténuation de l'invalidité.

Pour l'attribution de la rente, le taux d'invalidité peut être révisé à tout moment en fonction de l'évolution médicalement constatée de votre état initial.

Si le taux d'invalidité est ou devient :

- inférieur au seuil d'intervention indiqué dans vos conditions personnelles, la rente n'est pas due ou 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 ;
- égal ou supérieur à 66%, nous vous versons la totalité de la rente.

En ce qui concerne les enfants, le versement de la rente étant différé, dès que l'enfant atteint l'âge de 18 ans, notre Médecin-conseil fait procéder à un nouvel examen de l'invalidité dont il est atteint. C'est ce dernier taux qui sert de base au versement de la rente.

Pour l'attribution de l'indemnité «Frais d'adaptation», dès lors que le seuil d'intervention de 66% est atteint, la garantie peut être mise en jeu en tenant compte des invalidités existantes et sans pouvoir dépasser 100%.

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.

En cas de désaccord avec les conclusions de notre Médecin-conseil, un nouvel examen médical peut intervenir (cf. paragraphe 2.4 « la survenance d'un événement garanti - expertise », des conditions générales communes à l'ensemble des garanties).

▶ 2.4. ENTRÉE EN VIGUEUR DES GARANTIES (DÉLAI DE CARENCE)

En cas de maladie, les garanties entrent en vigueur à l'expiration d'un délai de carence de 3 mois. 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.

▶ 2.5. REVALORISATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

Les montants des garanties et des prestations sont revalorisés :

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

▶ 2.6. EXONÉRATION DE LA COTISATION

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 l'assuré perçoit une rente totale ;
- 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 l'assuré est atteint.

▶ 2.7. SÉJOURS À L'ÉTRANGER

Si l'accident ou la maladie 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) et pour des séjours n'excédant pas 3 mois consécutifs, la garantie est acquise à la condition que la constatation et l'estimation du taux d'invalidité de l'assuré soient effectuées en France.

▶ 2.8. FIN DES GARANTIES ET DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

ADULTES

- **Pour le capital** : 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.
- **Pour la rente** : la garantie et le versement de la rente éventuellement en cours 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 et le versement de la rente éventuellement en cours cessent à la date à laquelle votre pension de vieillesse prend effet.

ENFANTS

La garantie cesse à l'échéance annuelle qui suit le 18^{ème} anniversaire de l'enfant.

Le versement de la rente cesse à l'échéance annuelle qui suit son 60^{ème} anniversaire.

INDEMNITÉ FORFAITAIRE POUR CHANGEMENT DE PROFESSION ET FRAIS D'ADAPTATION

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 2.1 - La vie de votre contrat des conditions générales communes à l'ensemble des garanties.

Caisse Régionale des Assurances Mutuelles Agricoles

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

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

Visuels non contractuels - Réf. 3350-201120-012014

Photos : Matton : OEM Images © Doug Menuet

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

CAPITAL SANTÉ

CONDITIONS GÉNÉRALES



Garantie Service de remplacement



Cette garantie est réservée aux travailleurs non salariés agricoles qui adhèrent à un Service de Remplacement et qui sont à jour de leur cotisation auprès de celui-ci.

Sont concernés, les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, leur conjoint collaborateur, leurs associés et aides familiaux.

► 1. OBJET DE LA GARANTIE

Nous garantissons

le remboursement d'une partie des sommes réglées à une association de remplacement si vous avez fait appel à un remplaçant en cas d'arrêt de travail consécutif à un accident ou à une maladie entraînant une incapacité temporaire totale.

Nous garantissons également

si mention en est faite dans vos conditions personnelles : le remboursement d'une partie des sommes réglées à une association de remplacement par la personne qui a fait appel à un remplaçant suite à votre **décès accidentel**.

Nous ne garantissons pas

outre les exclusions générales figurant aux conditions générales communes à l'ensemble des garanties, les arrêts de travail :

- **suivis de remplacements n'ayant pas été facturés par une association de remplacement ;**
- **non prescrits médicalement ;**
- **correspondant aux congés légaux de maternité pour les personnes qui bénéficient d'un régime de protection sociale de base ;**
- **prescrits à l'occasion de cure thermale ;**
- **survenus pendant le délai de carence de 3 mois, prévu au paragraphe 2, même lorsque ces arrêts se prolongent ou reprennent au-delà de ce délai.**

► 2. ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE (DÉLAI DE CARENCE)

En cas de maladie, la garantie entre en vigueur à l'expiration d'un délai de carence de 3 mois suivant la date de prise d'effet des garanties figurant aux conditions personnelles.

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.

► 3. MODALITÉS D'INDEMNISATION

Le remboursement est calculé en fonction du nombre de jours de remplacement, dans la limite d'une durée maximum par événement, indiquée dans vos conditions personnelles.

Nous intervenons sur justificatifs des dépenses et dans les limites prévues dans vos conditions personnelles.

Lorsque l'option "Décès accidentel" est choisie, notre participation aux frais de remplacement est limitée à 90 % de la facture. Le calcul de cette prestation ne prend pas en compte un éventuel arrêt de travail précédant le décès.

▶ 4. VERSEMENT DES PRESTATIONS

Le versement des sommes dues ne débute qu'à l'expiration du délai de franchise qui est indiqué dans vos conditions personnelles.

La franchise est calculée à partir du premier jour de l'arrêt de travail, qu'il y ait remplacement ou non.

Le délai de franchise n'est pas appliqué :

- en cas d'hospitalisation chirurgicale d'au moins 1 nuit ;
- si, ayant repris votre travail, vous devez l'interrompre à nouveau pour la même cause, moins de 2 mois après la fin de l'arrêt de travail ayant fait l'objet d'une précédente indemnisation. Mais, pour toute rechute qui surviendrait au-delà de ces 2 mois, le délai de franchise serait à nouveau appliqué. Est considérée comme rechute, 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.

Le versement des prestations cesse :

- lorsque vous reprenez partiellement ou totalement votre travail ou votre activité ;
- lorsque votre état de santé étant considéré comme stabilisé, 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 travail ou votre activité même partiellement).

Si pour une maladie ou un accident, ainsi que pour leurs suites éventuelles, vous bénéficiez, en une ou plusieurs fois, des prestations correspondant à la durée maximale, vous ne pouvez prétendre à aucune nouvelle prestation au titre de cette maladie ou de cet accident.

▶ 5. SÉJOURS À L'ÉTRANGER

En cas d'arrêt de travail 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) et pour des séjours n'excédant pas 3 mois consécutifs, la garantie est acquise exclusivement en cas d'hospitalisation.

▶ 6. FIN DE LA GARANTIE ET DU VERSEMENT DES PRESTATIONS

La garantie et le versement des prestations éventuellement en cours 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, à la date à laquelle votre pension de vieillesse prend effet,
- lorsque vous n'adhérez plus à l'association de remplacement.

Les cas de résiliation du contrat et de cessation des garanties sont détaillés au chapitre 2 paragraphe 1 - La vie de votre contrat - des conditions générales communes à l'ensemble des garanties.

Caisse Régionale des Assurances Mutuelles Agricoles

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

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

Visuels non contractuels - Réf. 3350-201120-012014

Photos : Matton : OEM Images © Doug Menuez

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

CAPITAL SANTÉ

CONDITIONS GÉNÉRALES



Garantie Protection intégrale accident





SOMMAIRE

1. GARANTIE COMPLÉMENTAIRE FRAIS DE SOINS ACCIDENT

- 1.1. Objet de la garantie p. 2
- 1.2. Séjours à l'étranger p. 2
- 1.3. Fin de la garantie p. 2

2. GARANTIES DÉCÈS

- 2.1. Objet de la garantie p. 3
- 2.2. Modalités d'indemnisation p. 3
- 2.3. Cumul des indemnités capital décès et capital invalidité p. 3
- 2.4. Entrée en vigueur de la garantie p. 4
- 2.5. Séjours à l'étranger p. 4
- 2.6. Fin de la garantie P. 4

▶ 1.1. OBJET DE LA GARANTIE

En fonction de la formule que vous avez choisie et qui est indiquée dans vos conditions personnelles,

Nous garantissons

En cas d'accident (ou de maladie professionnelle pour les personnes affiliées à l'Assurance des Accidents des Exploitants Agricoles - A.A.Ex.A.) le remboursement :

■ **des frais médicaux, paramédicaux et pharmaceutiques**, c'est-à-dire :

- tous les frais de praticiens (y compris les frais de soins dentaires et d'optique), de radio, d'analyses, de pharmacie, de transport, ainsi que les frais de cure thermale sans hospitalisation ;

■ **des frais d'hospitalisation ou de chirurgie**, c'est-à-dire :

- tous les frais découlant directement d'une hospitalisation tels que les frais de séjour, d'examen, de location de salle d'opération, d'anesthésie, les honoraires de chirurgien, le transport, les cures avec hospitalisation ;

■ **des frais de prothèses et d'appareillages**, c'est-à-dire :

- prothèses dentaires et orthodontie,
- prothèses optiques,
- prothèses auditives et petits appareillages,
- autres prothèses.

Nous intervenons

- uniquement en complément et après versement des prestations de votre régime social de base et, éventuellement, d'un autre régime complémentaire ;
- dans la limite des dépenses engagées ;
- dans la limite du plafond de garantie défini dans le tableau des montants de garanties et des franchises.

Nous ne garantissons pas

Outre les exclusions générales figurant aux conditions générales communes à l'ensemble des garanties, tous les soins consécutifs à une maladie, sauf maladie professionnelle pour les affiliés au régime obligatoire A.A.ex.A.

▶ 1.2. SÉJOURS À L'ÉTRANGER

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

▶ 1.3. FIN DE LA GARANTIE

Les cas de résiliation du contrat et de cessation des garanties sont détaillés au paragraphe 2.1 - La vie de votre contrat - des conditions générales communes à l'ensemble des garanties.

▶ 2.1. OBJET DE LA GARANTIE

Nous garantissons

En cas d'accident (ou de maladie professionnelle pour les personnes affiliées à l'Assurance des Accidents des Exploitants Agricoles - A.A.Ex.A.) et en fonction de la formule que vous avez choisie et qui est indiquée dans vos conditions personnelles :

- le versement d'une allocation en cas d'hospitalisation d'au moins 1 nuit ;
- le versement d'un capital en cas d'invalidité supérieure ou égale à 30 %, et la prise en charge des frais d'adaptation en découlant dans les conditions définies au paragraphe 2.2 ;
- le versement d'un capital décès aux bénéficiaires désignés au contrat.

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 aérien (voltige, vol à voile, parachutisme, deltaplane, ultra léger motorisé et ailes volantes non motorisées, parapente, saut à l'élastique).**

▶ 2.2. MODALITÉS D'INDEMNISATION

ALLOCATION HOSPITALIÈRE

Nous intervenons :

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

CAPITAL INVALIDITÉ

Critères d'attribution du capital 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. Il 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, les dispositions du paragraphe 2.4 - la survenance d'un événement garanti - expertise - des conditions générales communes à l'ensemble des garanties sont appliquées.

Pour l'attribution du capital, ce taux est appliqué au capital garanti pour déterminer la somme qui vous est versée.

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 supérieur ou égal à 66 % donne lieu au versement de la totalité du capital.

Le capital, une fois versé, ne peut être modifié 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 des frais d'adaptation est effectué sur remise des factures 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, elle est versée selon l'ordre préférentiel suivant :

- à votre conjoint ;
- 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.

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. SÉJOURS À L'ÉTRANGER

La garantie s'exerce dans le monde entier pour des 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.

▶ 2.6. FIN DE LA GARANTIE

Les cas de résiliation du contrat et de cessation des garanties sont détaillés au paragraphe 2.1 - La vie de votre contrat - des conditions générales communes à l'ensemble des garanties.

▶ 2.3. 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 aux bénéficiaires le capital décès indiqué aux conditions personnelles.

▶ 2.4. ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE

La garantie entre en vigueur à la date d'effet qui figure dans vos conditions personnelles.



Caisse Régionale des Assurances Mutuelles Agricoles

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

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

Visuels non contractuels - Réf. 3350-201120-012014

Photos : Matton : OEM Images © Doug Menuez

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

CAPITAL SANTÉ

NOTICE D'INFORMATION



Garanties Décès

Une convention d'assurance collective a été souscrite par la Caisse Régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles identifiée dans vos conditions personnelles auprès de Groupama Gan Vie, au profit des personnes âgées de 18 ans au moins et de 60 ans au plus, qui ont souscrit une ou plusieurs autres garanties Assurance de personnes (Arrêt de travail ou Invalidité) et qui demandent une assurance en cas de décès.

Votre adhésion à cette assurance collective a lieu selon les mêmes modalités que celles décrites dans les conditions générales communes à l'ensemble des garanties.

La convention d'assurance collective est souscrite pour la durée d'un an. Elle est reconduite automatiquement d'année en année sauf dénonciation par nous au moins 3 mois avant son échéance. Dans ce cas, vous en êtes directement avisé par lettre recommandée au moins un mois avant que la dénonciation de cette convention n'entre en vigueur.

Toutefois, vous continuez à être assuré jusqu'au terme de l'année d'assurance pour laquelle vous avez payé la cotisation.

La convention d'assurance collective pourra être modifiée par avenant conclu entre la Caisse Régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles identifiée dans vos conditions personnelles et Groupama Gan Vie.

Votre Caisse Régionale vous informera des modalités d'adoption des avenants et des éventuelles modifications qui seraient apportées à vos droits et obligations 3 mois au moins avant leur date d'entrée en vigueur. Votre Caisse Régionale peut donner mandat à Groupama Gan Vie de vous en informer pour son compte.

Les garanties décès ne peuvent jamais être souscrites seules au titre du présent contrat.



SOMMAIRE

Lexique des termes spécifiques aux garanties décès p. 4

Garanties Décès

- 1. Tableau de présentation des garanties Décès p. 5
- 2. Objet des garanties p. 5
- 3. Modalités de versement p. 5
- 4. Revalorisation des garanties et des prestations p. 6
- 5. Fin des garanties p. 6

LEXIQUE

ADHÉRENT

Toute personne physique, membre du groupe assurable, qui a obtenu son adhésion au contrat entre Groupama Gan Vie et la Caisse Régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles identifiée dans les conditions personnelles.

L'adhérent aux garanties Décès est le souscripteur des garanties du contrat Capital Santé tel que défini dans les conditions générales communes à l'ensemble des garanties.

ASSURÉ

Vous et/ou toute autre personne qui a éventuellement souscrit une ou des garanties décès et qui est mentionnée dans les conditions personnelles.

VOUS

L'adhérent au contrat, et le ou les éventuels assurés désigné(s) dans les conditions personnelles, ou toute autre personne qui lui serait substituée avec notre accord, ou du fait du décès de l'adhérent précédent.

NOUS

Groupama Gan Vie.

ACTE AUTHENTIQUE

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

ACTE SOUS SEING PRIVÉ

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

BÉNÉFICIAIRE(S) EN CAS DE DÉCÈS

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

RENTE VIAGÈRE

Rente versée au bénéficiaire tant qu'il est en vie.

GARANTIES DÉCÈS

► 1. TABLEAU DE PRÉSENTATION DES GARANTIES DÉCÈS

GARANTIES	MONTANT	FIN DE LA GARANTIE
Capital	Selon votre choix*	- 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, les garanties cessent à la date de prise d'effet de votre pension de vieillesse.
Rente éducation		

* Vos choix (garanties, montant) sont indiqués dans vos conditions personnelles.

► 2. OBJET DES GARANTIES

Nous garantissons selon votre choix de garantie

le versement des prestations suivantes :

- le versement aux bénéficiaires d'un capital, transformable en rente viagère,
- et/ou le versement d'une rente éducation aux enfants jusqu'à l'âge que vous avez choisi,

si vous décédez avant 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, les garanties cessent à la date à laquelle votre pension de vieillesse prend effet.

Les garanties que vous avez choisies, leur montant par bénéficiaire et l'identité de ces derniers sont également indiqués dans vos conditions personnelles.

Nous garantissons également

si mention en est faite dans vos conditions personnelles, le doublement du capital garanti en cas de décès par accident et le triplement du capital s'il s'agit d'un accident de la circulation.

Nous ne garantissons pas

outre les exclusions générales figurant aux conditions générales communes à l'ensemble des garanties, 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 plongée sous-marine, à la spéléologie, à l'alpinisme (escalades en artificiel et grandes courses) ;**
- **à la pratique de la voile pour la course en solitaire ;**
- **à la pratique d'un sport aérien (voltige, vol à voile, parachutisme, deltaplane, ultra léger motorisé et ailes volantes non motorisées, parapente, saut à l'élastique) ;**
- **à votre participation à des compétitions et à leurs essais nécessitant l'utilisation d'un véhicule à moteur (terrestre, maritime, aérien).**

► 3. MODALITÉS DE VERSEMENT

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 sur vos conditions personnelles.

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.

CAPITAL OU RENTE

Le paiement du capital ou de la rente est effectué conformément à votre désignation du ou des bénéficiaires, dans un délai maximum d'1 mois après réception du dossier complet.

Les bénéficiaires indiquent s'ils désirent le versement sous forme d'un capital ou d'une rente.

Cette prestation est versée aux bénéficiaires désignés dans vos conditions personnelles.

La rente annuelle est 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 DÉSIGNATION DU OU DES BÉNÉFICIAIRE(S)

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

La désignation du bénéficiaire peut également être effectuée par acte sous seing privé 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 des bénéficiaires désignés par leur nom, il vous est recommandé d'indiquer les coordonnées détaillées du bénéficiaire (nom, et le cas échéant nom de jeune fille, prénom, adresse, date et lieu de naissance) et d'informer Groupama Gan Vie en cas de modification.

À défaut d'indication de votre part, la prestation est versée selon l'ordre préférentiel suivant :

- à votre conjoint ;
- 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.

MODALITÉS D'ACCEPTATION DES BÉNÉFICIAIRES

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

L'acceptation est formalisée :

- soit par un avenant que vous, le bénéficiaire et Groupama Gan Vie signez,
- soit par un acte authentique ou sous seing privé 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.

Groupama Gan Vie attire votre attention sur le fait que la désignation du ou des bénéficiaire(s) devient irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire et ne peut être modifiée sans l'accord de ce dernier.

▶ 4. REVALORISATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

■ Capital

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

■ Rente

- **Avant versement** : le montant annuel de la rente varie chaque année au 1^{er} janvier dans la même proportion que l'évolution du point AGIRC fixé au 1^{er} avril précédent.
- **Après versement** : le montant annuel de la rente est revalorisé par les participations aux bénéfices qui émanent de l'actif général de Groupama Gan Vie et qui sont déterminées annuellement par le Conseil d'administration.

▶ 5. FIN DES GARANTIES

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, les garanties cessent 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 «La vie de votre contrat» des conditions générales communes à l'ensemble des garanties.



Caisse Régionale des Assurances Mutuelles Agricoles

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

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

Visuels non contractuels - Réf. 3350-201120-012014

Photos : Matton : OEM Images © Doug Menuez

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