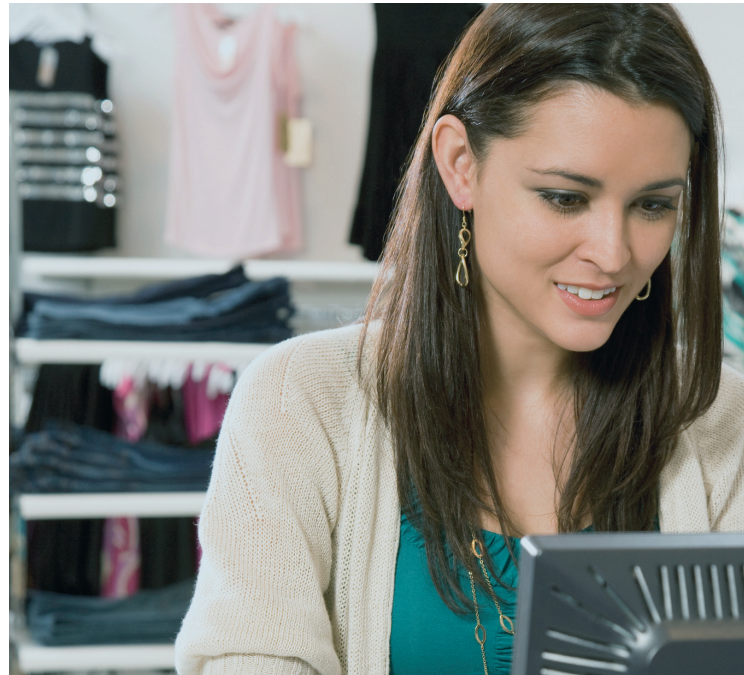


ÉNERGIE PRÉVOYANCE

NOTICE D'INFORMATION

Contrat
de prévoyance
des travailleurs
indépendants





ÉNERGIE PRÉVOYANCE

Le présent contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative est assuré par :

d'une part

Pour l'ensemble des garanties du contrat excepté les garanties Décès accident et maladie, **la Caisse locale d'Assurances Mutuelles Agricoles** (identifiée sur le certificat d'adhésion) ayant souscrit un traité de réassurance emportant substitution auprès de :

La Caisse régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles (identifiée sur le certificat d'adhésion) elle-même réassurée auprès de :

GROUPAMA SA

Société anonyme au capital de 1 686 569 399 euros

Siège social : 8-10, rue d'Astorg - 75008 Paris

343 115 135 RCS Paris

et d'autre part

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

Société anonyme au capital de 1 371 100 605 euros

Siège social : 8-10 rue d'Astorg, 75008 Paris

340 427 616 RCS Paris - APE : 6511 Z

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

MUTUAIDE ASSISTANCE

Société anonyme au capital de 9 590 040 euros entièrement versé.

383 974 086 RCS CRÉTEIL

Siège social 8-14, avenue des Frères Lumière – 94360 Bry sur Marne

Entreprises régies par le Code des assurances.

Substitution du réassureur

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

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution :
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.4/5

1. VOTRE CONTRAT

1.1. Quelle est la nature de votre contrat ?	p. 6
1.2. A qui s'adresse ce contrat ?	p. 6
1.3. De quoi se compose votre contrat ?	p. 6
1.4. Quel est l'objet de votre contrat ?	p. 6
1.5. Quelles sont les exclusions générales de votre contrat ?	p. 6
1.6. Délai de carence	p. 7
1.7. Quelles sont les limites de vos garanties ?	p. 7

2. VOS GARANTIES D'ASSURANCE PRÉVOYANCE

2.1. Garanties Arrêt de travail

p. 8

2.1.1. Le choix de vos garanties Arrêt de travail	p. 8
2.1.2. Objet des garanties	p. 9
2.1.3. Montant des garanties	p. 10
2.1.4. Franchise	p. 10
2.1.5. Limite de versement	p. 10
2.1.6. Exclusions spécifiques aux garanties Arrêt de travail	p. 10
2.1.7. Revalorisation des garanties et des prestations Arrêt de travail	p. 10
2.1.8. Étendue territoriale	p. 11
2.1.9. Fin des garanties et du versement des prestations Arrêt de travail	p. 11

2.2. Garanties Invalidité

p. 12

2.2.1. Le choix de vos garanties Invalidité	p. 12
2.2.2. Objet des garanties	p. 12
2.2.3. Seuils d'intervention et détermination du taux d'invalidité permanente	p. 12
2.2.4. Modalités d'indemnisation	p. 13
2.2.5. Revalorisation des garanties et des prestations Invalidité	p. 14
2.2.6. Étendue territoriale	p. 14
2.2.7. Fin des garanties et du versement des prestations Invalidité	p. 14

2.3. Garanties Décès

p. 15

2.3.1. Le choix de vos garanties Décès	p. 15
2.3.2. Objet des garanties	p. 15
2.3.3. Modalités de versement des garanties	p. 15
2.3.4. Modalités de désignation du ou des bénéficiaire(s)	p. 15
2.3.5. Exclusions spécifiques aux garanties Décès	p. 16
2.3.6. Revalorisation des garanties et des prestations Décès	p. 16
2.3.7. Étendue territoriale	p. 16
2.3.8. Fin des garanties Décès	p. 16

2.4. Garantie Frais de recherche

p. 16

2.4.1. Objet de la garantie	p. 16
2.4.2. Personnes couvertes	p. 16
2.4.3. Modalités d'indemnisation	p. 16
2.4.4. Étendue territoriale	p. 16

2.5. Garantie Assistance prévoyance professionnelle	p. 17
2.5.1. Présentation des prestations de la garantie Assistance prévoyance professionnelle	p. 17
2.5.2. Objet de la garantie Assistance prévoyance professionnelle	p. 18
2.5.3. Conditions de mise en œuvre de la garantie Assistance prévoyance professionnelle	p. 19
2.5.4. Étendue territoriale	p. 19

3. LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHÉSION

3.1. La vie de votre adhésion	p. 20
3.1.1. Comment fonctionne le contrat d'assurance de groupe ?	p. 20
3.1.2. Quand votre adhésion prend-elle effet ?	p. 20
3.1.3. Pour combien de temps ?	p. 20
3.1.4. Quand pouvez-vous modifier votre adhésion ?	p. 20
3.1.5. Comment y mettre fin à l'échéance annuelle ?	p. 20
3.1.6. Dans quelles circonstances votre adhésion peut-elle être résiliée en cours d'année ?	p. 21
3.1.7. Pouvons-nous réclamer une indemnité de résiliation ?	p. 22
3.1.8. Conséquences de la résiliation de l'adhésion sur le versement des prestations	p. 22
3.2. Vos déclarations : les bases de notre accord	p. 22
3.2.1. À la souscription	p. 22
3.2.2. En cours de contrat	p. 22
3.2.3. Sanctions pour omission ou fausse déclaration	p. 22
3.3. La cotisation : la contrepartie de vos garanties	p. 23
3.3.1. Quand et comment devez-vous régler la cotisation ?	p. 23
3.3.2. Si vous ne réglez pas votre cotisation	p. 23
3.3.3. Évolution de la cotisation	p. 23
3.3.4. Exonération de la cotisation rente invalidité	p. 23
3.4. La survenance d'un événement garanti	p. 23
3.4.1. Les cas concernés	p. 23
3.4.2. Non respect du délai de déclaration	p. 24
3.4.3. Non respect des formalités	p. 24
3.4.4. Fausses déclarations	p. 25
3.4.5. Expertise	p. 25
3.4.6. Délai de règlement des prestations	p. 25
3.5. Dispositions diverses	p. 25
3.5.1. Délai de prescription	p. 25
3.5.2. Faculté de renonciation	p. 26
3.5.3. Protection des données personnelles	p. 26
3.5.4. Réclamation	p. 28

STATUTS ADAPIA	p. 29
-----------------------	--------------

LEXIQUE

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

ACCIDENT

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

ACTE AUTHENTIQUE

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

ACTE SOUS 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. L'acte sous seing privé peut ou non être enregistré auprès du service des impôts.

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

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

ADAPIA (ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'ASSURANCE DES PROFESSIONS INDÉPENDANTES ET AGRICOLES)

Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901. Elle a notamment pour objet de promouvoir le développement de la couverture de la prévoyance complémentaire, des frais de soins et de la retraite, auprès des personnes non salariées des professions non agricoles, en les regroupant pour leur permettre de bénéficier de contrats d'assurance de groupe tels que définis par les articles L.141-1 à L.141-6 et L.441-1 du Code des assurances. ADAPIA est souscriptrice du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative Énergie Prévoyance. Le texte intégral des statuts de l'association ADAPIA figure à la fin de cette notice d'information.

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 suivante.

ARRÊT DE TRAVAIL

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

ASSURANCE MALADIE

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

ASSURANCE MATERNITÉ

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

ADHÉRENT/ASSURÉ

L'adhérent/assuré est la personne physique mentionnée sur le certificat d'adhésion qui adhère au contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative conclu entre l'association ADAPIA et d'une part Groupama Gan Vie et d'autre part la Caisse régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles identifiée sur le certificat d'adhésion et qui devient, de ce fait, membre de l'association ADAPIA. Les garanties souscrites reposent sur lui.

AVENANT

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

BÉNÉFICIAIRE(S) EN CAS DE DÉCÈS

Personne(s) désignée(s) par l'adhérent/assuré qui bénéficie(nt), en cas de décès de l'adhérent/assuré, des prestations prévues par les garanties Décès du contrat.

CERTIFICAT D'ADHÉSION

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

Il complète la notice d'information et ses annexes.

CONJOINT

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

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

DATE DE CONSOLIDATION

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

DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

Modalité simplifiée d'évaluation du risque médical à la date de signature de la demande d'adhésion. Les réponses aux questions qui vous sont posées permettent, le cas échéant, l'adhésion au contrat sans formalité médicale complémentaire.

DÉLAI DE CARENCE

Période pendant laquelle les garanties Arrêt de travail et Invalidité ne s'appliquent pas. Le délai de carence débute à la date de prise d'effet de la garantie qui figure sur votre certificat d'adhésion ; à son expiration le droit aux prestations est acquis.

DEMANDE D'ADHÉSION

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

DOMICILE

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

DOMMAGE CORPOREL

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

ÉCHÉANCE ANNUELLE

Date à laquelle vous vous êtes engagé à payer votre cotisation pour être garanti l'année d'assurance à venir.

FRANCHISE

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

HOSPITALISATION

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

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE

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

INVALIDITÉ FONCTIONNELLE PERMANENTE

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

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

INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE PERMANENTE

Réduction partielle ou totale médicalement constatée de la capacité à exercer votre activité professionnelle déclarée sur le certificat d'adhésion, 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 :

- par rapport à l'activité professionnelle indiquée au certificat d'adhésion et effectivement exercée au moment du sinistre,
- à partir des documents produits et des éventuelles expertises.

MALADIE

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

NOUS

L'assureur auprès duquel l'association ADAPIA a souscrit le contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative auquel vous pouvez adhérer.

En ce qui concerne les garanties Décès, cet assureur est Groupama Gan Vie. Pour les autres garanties, cet assureur est la Caisse régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles identifiée sur le certificat d'adhésion. La gestion des prestations d'assistance est confiée à Mutuaide Assistance, filiale spécialisée du groupe Groupama.

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

Point de retraite des cadres.

PROFESSION

La profession est le métier que vous exercez : activité manuelle ou intellectuelle procurant un salaire, une rémunération, des revenus. Vous la déclarez lors de l'adhésion au contrat.

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

QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

Questionnaire par lequel vous déclarez votre état de santé à la date de signature de la demande d'adhésion ou de l'avenant modificatif ainsi que les événements médicaux antérieurs à cette date, en répondant précisément et de bonne foi à chacune des questions posées. Ce questionnaire, adressé sous pli confidentiel à notre médecin-conseil, nous permet de nous prononcer sur l'acceptation du risque et votre adhésion au contrat.

RENTE VIAGÈRE

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

RENTE TEMPORAIRE

Rente versée au bénéficiaire pendant une durée maximale déterminée contractuellement en fonction de son âge au moment de la mise en service de la rente.

SEUIL D'INTERVENTION

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

SINISTRE

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

VOUS

L'adhérent/assuré au contrat, désigné sur le certificat d'adhésion.

▶ 1.1. QUELLE EST LA NATURE DE VOTRE CONTRAT ?

Énergie Prévoyance est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative. Il est régi par le Code des assurances (notamment les articles L.141-1 et suivants) et, au sens de l'article R.321-1 de ce Code, relève des branches :

- 20 (Vie-décès) pour les garanties Décès,
- 1 (Accidents) et 2 (Maladie) pour les autres garanties.

Le contrat est souscrit par l'association ADAPIA (Association pour le développement de l'assurance des professions indépendantes et agricoles, siège social : 4 square de l'Opéra Louis Jouvet 75009 Paris), au profit de ses membres exerçant une activité non salariée non agricole, auprès de Groupama Gan Vie pour les garanties Décès.

Par votre adhésion au contrat, vous devenez membre de l'association ADAPIA.

Les cotisations correspondant aux garanties du contrat entrent dans le cadre de la loi du 11 février 1994 relative à l'entreprise individuelle dite « loi Madelin », modifiée par la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites et par l'article 82 de la loi de finances pour 2004, hormis la part de ces cotisations correspondant aux garanties :

- capital décès,
- option remboursement de frais professionnels de la garantie Arrêt de travail,
- et Assistance prévoyance professionnelle.

▶ 1.2. A QUI S'ADRESSE CE CONTRAT ?

Ce contrat, qui n'admet qu'un seul assuré, est destiné à toute personne de 18 ans et plus, fiscalement domiciliée en France. Vous devez exercer une activité professionnelle non salariée non agricole.

▶ 1.3. DE QUOI SE COMPOSE VOTRE CONTRAT ?

Votre contrat est composé :

- de la présente notice d'information,
- du tableau des montants de garanties et des franchises,
- de votre certificat d'adhésion.

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

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

Il a pour objet de vous indemniser en cas :

- d'arrêt de travail,
- d'invalidité,
- de décès.

Il vous permet aussi de disposer de la prise en charge de Frais de recherche si l'une des garanties ci-dessus a été souscrite.

Il vous permet enfin de bénéficier de la prise en charge de prestations d'Assistance prévoyance professionnelle décrites dans le paragraphe 2.5 « Garantie Assistance prévoyance professionnelle » du présent document.

Les garanties que vous avez choisies sont indiquées sur votre certificat d'adhésion.

La garantie Décès doit obligatoirement être souscrite avec une garantie Arrêt de travail ou Invalidité.

Si mention en est faite sur votre certificat d'adhésion, les garanties sont limitées aux seuls événements d'origine accidentelle.

▶ 1.5. 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 l'adhésion et qui sont expressément mentionnés dans le certificat d'adhésion, 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 sur votre certificat d'adhésion, nous ne garantissons pas les accidents résultant de la pratique :

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

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

► 1.6. DÉLAI DE CARENCE

En cas de maladie, les garanties Arrêt de travail et Invalidité entrent en vigueur à l'expiration d'un délai de carence de 3 mois suivant la date d'effet des garanties figurant sur votre certificat d'adhésion.

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

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

En cas d'accident survenant après la date d'effet des garanties qui figure sur votre certificat d'adhésion, il n'y a pas de délai de carence.

► 1.7. QUELLES SONT LES LIMITES DE VOS GARANTIES ?

Les limites des garanties sont indiquées sur votre certificat d'adhésion.

2

VOUS GARANTIES D'ASSURANCE PRÉVOYANCE

2.1. GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL

2.1.1. LE CHOIX DE VOS GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL

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

	GARANTIES*	MONTANT	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	Selon votre choix* : au plus tard 1 an ou 3 ans de date à date après le 1 ^{er} jour de l'arrêt de travail pour une même maladie ou un même accident	Accident : aucun Maladie : 3 mois	- À l'échéance annuelle qui suit l'âge de fin de garantie indiqué sur votre certificat d'adhésion. - 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.
	Indemnité journalière pics d'activité		Selon votre choix* : 7, 15, 30 jours	Au plus tard 90 jours de date à date après le 1 ^{er} jour de l'arrêt de travail pour une même maladie ou un même accident		
	Remboursement de frais professionnels		Selon votre choix pour l'indemnité journalière classique			
OPTION	Indemnité journalière saisonnière		Selon votre choix* : 7, 15, 30, 60 ou 90 jours	Selon votre choix* : au plus tard 1 an ou 3 ans de date à date après le 1 ^{er} jour de l'arrêt de travail pour une même maladie ou un même accident		
	Indemnité journalière modulable		Artisans et commerçants selon votre choix* : 7, 15, 30 ou 60 jours	Au plus tard 3 ans de date à date après le 1 ^{er} jour de l'arrêt de travail pour une même maladie ou un même accident		
			Auxiliaires médicaux selon votre choix* : 7, 15 ou 30 jours	Au plus tard 3 ans de date à date après le 1 ^{er} jour de l'arrêt de travail pour une même maladie ou un même accident		
			Autres Professions libérales selon votre choix* : 7, 15 ou 30 jours	Selon votre choix* : au plus tard 1 an ou 3 ans de date à date après le 1 ^{er} jour de l'arrêt de travail pour une même maladie ou un même accident		
	OPTION	Remboursement de frais professionnels	Selon votre choix* : 15, 30, 60 ou 90 jours	Selon votre choix* : au plus tard 1 an ou 3 ans de date à date après le 1 ^{er} jour de l'arrêt de travail pour une même maladie ou un même accident		

* Vos choix (garantie(s), montant, franchise, limite de versement) sont indiqués sur votre certificat d'adhésion.

Vous ne pouvez choisir qu'un seul type de garanties Arrêt de travail parmi les trois garanties indemnité journalière classique, indemnité journalière saisonnière et indemnité journalière modulable.

L'option indemnité journalière pics d'activité peut être souscrite exclusivement avec la garantie indemnité journalière classique.

L'option remboursement de frais professionnels peut être souscrite avec la garantie indemnité journalière classique ou avec la garantie indemnité journalière modulable.

La cotisation afférente à cette option ne donne pas lieu à déduction au titre de la loi Madelin.

2.1.2. OBJET DES GARANTIES

2.1.2.1. Garantie indemnité journalière classique

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

Option indemnité journalière pics d'activité

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

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

Les mois choisis, consécutifs ou non, sont précisés dans votre certificat d'adhésion.

Option remboursement de frais professionnels

Nous garantissons le versement d'indemnités journalières pour rembourser vos frais généraux professionnels permanents réels, dans la limite du montant choisi, en cas d'arrêt de travail consécutif à un accident ou une maladie entraînant une incapacité temporaire totale.

Les frais généraux professionnels permanents sont la moyenne des frais que vous avez déclarés sur vos déclarations fiscales au cours des trois exercices civils précédant celui au cours duquel se situe la date d'arrêt de travail et figurant aux rubriques suivantes :

- salaires nets et avantages en nature ;
- charges sociales sur salaires (parts patronale et salariale) ;
- charges sociales personnelles obligatoires ;
- taxes et impôts professionnels ;
- loyers et charges locatives ;
- location de matériel et de mobilier ;
- cotisations d'assurances professionnelles ;
- cotisations syndicales et professionnelles ;
- intérêts d'emprunts, s'ils ne font pas l'objet d'un remboursement au titre d'une assurance spécifique.

Les frais généraux professionnels permanents pris en considération ne tiennent pas compte de la TVA lorsque vous pouvez la récupérer.

Ne sont pas pris en compte dans les frais généraux professionnels permanents :

- votre rémunération quel qu'en soit le mode ;
- l'acquisition de toutes matières consommables, marchandises, équipements, fournitures ;
- les capitaux empruntés ainsi que leurs amortissements ;
- les dotations aux amortissements et aux provisions ;
- les charges et les taxes de toutes natures sur les bénéfices.

Pour les créations d'entreprises, les frais généraux professionnels permanents pris en considération sont ceux

définis dans le compte de résultats prévisionnel de l'entreprise et certifiés par un expert-comptable. Tous les justificatifs comptables et fiscaux doivent être des originaux.

L'indemnité journalière versée est égale à 1/365^e des frais généraux professionnels permanents déclarés et augmentés de 20 %, dans la limite de l'indemnité journalière indiquée sur le certificat d'adhésion.

2.1.2.2. Garantie indemnité journalière modulable

Nous garantissons le versement d'indemnités journalières, dont les montants sont modulables en fonction de leur durée de versement, en cas d'arrêt de travail consécutif à un accident ou une maladie entraînant une incapacité temporaire totale.

Vous choisissez à l'adhésion deux montants d'indemnité journalière :

- Pour les artisans et les commerçants, un premier montant d'indemnité journalière versé pendant les 360 premiers jours d'arrêt de travail indemnisables, puis un second à compter du 361^{ème} jour d'arrêt de travail indemnisable.
- Pour les auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes, orthoptistes) affiliés à la CARPIMKO :
 - un premier montant d'indemnité journalière versé pendant les 90 premiers jours d'arrêt de travail indemnisables,
 - à partir du 91^{ème} jour d'arrêt de travail indemnisable, un second montant d'indemnité journalière qui prendra le relais jusqu'au 365^{ème} jour d'arrêt de travail indemnisable,
 - à partir du 366^{ème} jour d'arrêt de travail indemnisable, le premier montant d'indemnité journalière sera de nouveau versé.
- Pour les autres professionnels libéraux, un premier montant d'indemnité journalière versé pendant les 90 premiers jours d'arrêt de travail indemnisables, puis un second à compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail indemnisable.

Les montants d'indemnité journalière choisis sont indiqués sur votre certificat d'adhésion.

Option remboursement de frais professionnels

Nous garantissons le versement d'indemnités journalières dans les mêmes conditions que celles de l'option attachée à la garantie indemnités journalières classique.

2.1.2.3. Garantie indemnité journalière saisonnière

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

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

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

Les mois choisis, dénommés ci-après « période(s) saisonnière(s) », sont précisés sur votre certificat d'adhésion.

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.

Disposition commune à l'ensemble des garanties Arrêt de travail

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

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

2.1.3. MONTANT DES GARANTIES

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

2.1.4. FRANCHISE

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

Quelle que soit la garantie souscrite, 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 sur votre certificat d'adhésion.

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

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

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

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

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

2.1.5. LIMITE DE VERSEMENT

Selon le choix de garantie que vous avez fait et qui figure sur votre certificat d'adhésion, le versement des prestations cesse au plus tard 90 jours, 1 an ou 3 ans, de date à date, après le 1^{er} jour de l'arrêt de travail pour une même maladie ou un même accident.

2.1.6 EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL

Nous ne garantissons pas, outre les exclusions générales indiquées au paragraphe 1.5, le versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail :

- non prescrit médicalement ;
- donnant lieu au versement des prestations en espèces de l'assurance maternité au titre d'un régime social de base obligatoire ;
- prescrit en vue du suivi d'une cure thermale.

2.1.7. REVALORISATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS ARRÊT DE TRAVAIL

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 sous réserve de l'absence de refus de la revalorisation de la cotisation dans les conditions prévues au paragraphe 3.3.3 «Évolution de la cotisation».

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

2.1.8. ÉTENDUE TERRITORIALE

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

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

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

Fin des garanties en cas d'arrêt de travail

La garantie cesse à l'échéance annuelle qui suit l'âge de fin de garantie indiqué sur votre certificat d'adhésion.

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 d'assurance de groupe, de résiliation de l'adhésion et de cessation des garanties sont détaillés au paragraphe 3.1. «La vie de votre adhésion».

Fin du versement des prestations

Le versement des prestations cesse :

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

▶ 2.2. GARANTIES INVALIDITÉ

2.2.1 LE CHOIX DE VOS GARANTIES INVALIDITÉ

	GARANTIES	MONTANT	SEUILS D'INTERVENTION	DÉLAI DE CARENCE	FIN DE LA GARANTIE
OPTION	Rente Invalidité	Rente choisie*	Selon votre choix *: • En accident ou maladie : 15 %, 33 % ou 66 % • En accident seul : 10 %, 15 %, 33 % ou 66 %	Accident : aucun Maladie : 3 mois	- À l'échéance annuelle qui suit l'âge de fin de garantie indiqué sur votre certificat d'adhésion. - Si vous faites valoir vos droits à la retraite avant cet âge, la garantie cesse à la date à laquelle votre pension de vieillesse prend effet.
	Garantie « frais d'adaptation »	Dans la limite du montant choisi*	À partir d'un taux d'invalidité de 66 %		
INCLUSION	Indemnité forfaitaire pour arrêt de la profession déclarée au contrat	Montant de la rente journalière choisie* x 100			

* Vos choix (montant - seuil d'intervention) sont indiqués sur votre certificat d'adhésion.

2.2.2. OBJET DES GARANTIES

Nous garantissons en cas d'invalidité permanente totale ou partielle consécutive à un accident ou une maladie le versement d'une rente dont vous avez choisi le montant par jour lors de l'adhésion ou par avenant.

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

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

2.2.3. SEUILS D'INTERVENTION ET DÉTERMINATION DU TAUX D'INVALIDITÉ PERMANENTE

Choix du seuil d'intervention

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

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

Détermination du taux d'invalidité permanente

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

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

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

Après stabilisation supposée définitive de l'état de santé et expertise médicale (Cf. paragraphe 3.4.5.), notre médecin-conseil fixe la date de consolidation et détermine votre taux

d'invalidité permanente résultant de la combinaison des taux d'invalidité permanente fonctionnelle et professionnelle (Cf. lexique) selon le tableau suivant :

		TAUX D'INVALIDITÉ PERMANENTE FONCTIONNELLE (EN %)																			
		0 à 5	6 à 10	11 à 15	16 à 20	21 à 25	26 à 30	31 à 35	36 à 40	41 à 45	46 à 50	51 à 55	56 à 60	61 à 65	66 à 70	71 à 75	76 à 80	81 à 85	86 à 90	91 à 95	96 à 100
TAUX D'INVALIDITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE (EN %)	0 à 20	0	0	0	0	5	10	15	20	25	30	33	35	40	45	50	55	60	66	70	75
	21 à 40	0	5	10	15	20	25	30	33	35	40	45	50	55	60	66	70	75	80	85	90
	41 à 60	5	10	15	20	25	33	35	40	45	50	55	60	66	70	75	80	85	90	95	100
	61 à 80	10	15	20	25	33	35	40	45	50	55	60	66	70	75	80	85	90	95	100	100
	81 à 100	15	20	25	33	40	45	50	55	60	66	70	75	80	85	90	95	100	100	100	100

et tel que :

- l'invalidité permanente fonctionnelle qu'elle soit physique ou mentale, est appréciée par un taux de 0 à 100 %, en dehors de toute considération professionnelle, en référence au « Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun » édité par le Concours Médical en vigueur au moment de l'expertise.
- l'invalidité permanente professionnelle est appréciée en fonction de la profession indiquée sur le certificat d'adhésion et effectivement exercée au jour de l'événement. Cette détermination donne lieu à la fixation d'un taux, qui tient compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident et des possibilités d'exercice restantes après consolidation.

Désaccord avec les conclusions de notre médecin-conseil

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

À noter que la reconnaissance par nous 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 tous régimes d'assurance maladie obligatoire ou d'un autre assureur.

2.2.4. MODALITÉS D'INDEMNISATION

Pour l'attribution de la rente

Si le taux d'invalidité permanente est :

- inférieur au seuil d'intervention indiqué sur votre certificat d'adhésion, la rente n'est pas due ;
- égal ou supérieur au seuil d'intervention et inférieur à 66 %, nous vous versons une rente proportionnelle au taux d'invalidité permanente ;
- égal ou supérieur à 66 %, nous vous versons la totalité de la rente.

Le taux d'invalidité permanente peut être révisé à tout moment en fonction de l'évolution médicalement constatée de votre état initial dans les conditions prévues au paragraphe 2.2.3. Dans ce cas, si le taux d'invalidité permanente devient :

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

La rente vous est versée trimestriellement à terme échu.

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

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

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

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

La garantie peut être mise en jeu dès lors que le taux d'invalidité permanente déterminé par notre médecin-conseil est égal ou supérieur à 66 %.

Le règlement est effectué à concurrence des frais que vous avez engagés, dans la limite du montant que vous avez choisi, et sur présentation des factures acquittées ou des justificatifs de dépenses.

2.2.5. REVALORISATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS INVALIDITÉ

Les montants des garanties et des prestations sont revalorisés :

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

2.2.6. ÉTENDUE TERRITORIALE

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

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

2.2.7. FIN DES GARANTIES ET DU VERSEMENT DES PRESTATIONS INVALIDITÉ

Fin des garanties en cas d'invalidité

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

Fin du versement des prestations

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

Les cas de résiliation de l'adhésion et de cessation des garanties sont détaillés au paragraphe 3.1. « La vie de votre adhésion ».

▶ 2.3. GARANTIES DÉCÈS

Les garanties décès en cas d'accident et de maladie sont assurées par Groupama Gan Vie. Les garanties Décès en cas d'accident sont assurées auprès de la Caisse locale d'Assurance Mutuelle Agricole.

Elles ne peuvent jamais être souscrites seules au titre du présent contrat.

2.3.1. LE CHOIX DE VOS GARANTIES DÉCÈS

GARANTIES	MONTANT	FIN DE LA GARANTIE
Rente décès	Selon votre choix*	<ul style="list-style-type: none">- À l'échéance annuelle qui suit l'âge de fin de garantie indiqué sur votre certificat d'adhésion.- Si vous faites valoir vos droits à la retraite avant cet âge, la garantie cesse à la date à laquelle votre pension de vieillesse prend effet.
Capital décès		

*Vos choix (garantie(s), montant) sont indiqués sur votre certificat d'adhésion.

La cotisation afférente à la garantie capital décès ne donne pas lieu à déduction au titre de la loi Madelin.

2.3.2. OBJET DES GARANTIES

Nous garantissons, selon votre choix de garantie, le versement des prestations suivantes :

- le versement d'une rente temporaire ou d'une rente viagère selon l'âge du bénéficiaire,
- et/ou le versement d'un capital.

Les garanties que vous avez choisies, leur montant par bénéficiaire et l'identité de ces derniers sont indiqués sur votre certificat d'adhésion.

2.3.3. MODALITÉS DE VERSEMENT DES GARANTIES

Modalités de versement de la rente

La prestation sous forme de rente est versée au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) sur votre certificat d'adhésion trimestriellement à terme échu.

Elle prend effet le lendemain du jour du décès de l'assuré.

Si au jour du décès, l'âge du bénéficiaire est de :

- 29 ans ou moins, la rente temporaire est versée pendant une durée maximale de 20 ans ;
- 30 à 49 ans inclus, la rente temporaire est versée pendant une durée maximale de 25 ans ;
- 50 ans ou plus, la rente est versée à vie.

Modalités de versement du capital

Le paiement de la prestation est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) sur votre certificat d'adhésion, dans un délai maximum d'un mois après réception du dossier complet (cf. paragraphe « 3.4. La survenance d'un événement garanti »).

2.3.4 MODALITÉS DE DÉSIGNATION DU OU DES BÉNÉFICIAIRE(S)

Vous désignez le ou les bénéficiaire(s) sur la demande d'adhésion.

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.

Bénéficiaires acceptants

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.

La désignation du ou des bénéficiaire(s) devient irrévocable en cas d'acceptation par lui (eux) et ne peut être modifiée sans son (leur) accord.

2.3.5. EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES AUX GARANTIES DÉCÈS

Nous ne garantissons pas, outre les exclusions générales indiquées au paragraphe 1.5, 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 l'exercice des métiers de dompteur, trapéziste, équilibriste, funambule, acrobate en l'air et cascadeur;
- à l'exercice de professions avec travaux en altitude;
- à la plongée sous-marine et aux tentatives de record de profondeur en plongée amateur;
- à la pratique de la voile pour la course en solitaire;
- au base jumping;
- aux ski alpin, ski de fond et snowboard de loisir, hors piste;
- aux tentatives de record en sport automobile amateur.

2.3.6. REVALORISATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS DÉCÈS

Capital

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

Rente

- **Avant versement** : le montant annuel de la rente varie chaque année au 1er janvier dans la même proportion que l'évolution du point AGIRC fixé au 1er avril précédent.

- **En cours de 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 de Groupama Gan Vie.

2.3.7. ÉTENDUE TERRITORIALE

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

2.3.8. FIN DES GARANTIES DÉCÈS

Le versement des prestations choisies est garanti si vous décédez avant l'échéance annuelle qui suit l'âge de fin de garantie indiqué sur votre certificat d'adhésion. Si vous faites valoir vos droits à la retraite avant cet âge, 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 3.1. «La vie de votre adhésion».

2.4. GARANTIE FRAIS DE RECHERCHE

PRESTATION	MONTANT	FRANCHISE
Remboursement en cas d'intervention des services publics ou de sauveteurs professionnels ou privés à concurrence de :	4 600 €	Sans

2.4.1. OBJET DE LA GARANTIE

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

2.4.2. PERSONNES COUVERTES

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

2.4.3. MODALITÉ D'INDEMNISATION

Nous vous remboursons le montant des frais de recherche dans la limite de 4 600 €, sur présentation des factures originales acquittées par vous. Cette prestation est accordée une seule fois dans la vie du contrat.

2.4.4. ÉTENDUE TERRITORIALE

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

► 2.5. GARANTIE ASSISTANCE PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE

2.5.1. PRÉSENTATION DES PRESTATIONS DE LA GARANTIE ASSISTANCE PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE

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

2.5.2. OBJET DE LA GARANTIE ASSISTANCE PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE

La garantie Assistance prévoyance professionnelle du présent contrat est souscrite par l'association ADAPIA auprès de Mutuaide Assistance. Elle relève de la branche 18 « Assistance » du Code des assurances.

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

Nous garantissons le versement des prestations suivantes :

En cas d'arrêt de travail

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

En cas d'invalidité

- En cas d'invalidité permanente égale ou supérieure à 66 % consécutive à un accident ou une maladie de vous ou de votre conjoint :
 - **Un audit fonctionnel du logement et du local professionnel est effectué par un ergothérapeute** afin d'identifier les aménagements à réaliser. Les frais de déplacement et de prestation de l'ergothérapeute sont pris en charge dans la limite de 360 € TTC. Les frais d'aménagement sont à votre charge. Le remboursement se fait sur présentation de la facture originale acquittée par vous. La prestation est accordée une seule fois dans la vie du contrat.
 - **Une aide à la reconversion professionnelle**

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

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

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

Pendant les 5 rendez-vous téléphoniques, le conseiller Ressources Humaines aide à l'orientation et la reconversion par des sessions de coaching, par de l'information sur les formations adéquates, par de l'optimisation du curriculum

vitæ et de la lettre de motivation et par de l'aide à la préparation à l'entretien.

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

• Une assistance psychologique

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

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

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

En cas de décès

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

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

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

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

Mutuaide Assistance prend en charge la consultation avec le notaire à concurrence de 200 € TTC.

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

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

En contactant Mutuaide Assistance, votre conjoint est pris en charge par l'équipe médico-sociale, qui met en place un plan d'actions et coordonne les prestations. Mutuaide Assistance assure l'organisation et le suivi des services avec les intervenants et notamment avec le Conseiller ressources humaines afin de vérifier que les moyens ou conseils dispensés restent pertinents et établit des contacts téléphoniques réguliers avec votre conjoint.

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

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

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

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

En cas d'hospitalisation

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

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

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

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

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

2.5.3. CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DE LA GARANTIE ASSISTANCE PRÉVOYANCE PROFESSIONNELLE

Les bénéficiaires disposent des prestations d'assistance décrites ci-dessus dès la prise d'effet de l'adhésion et, le cas échéant, dans les conditions et limites indiquées dans le certificat d'adhésion.

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

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

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

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

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

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

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

Qui appeler pour bénéficier de l'assistance ?

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

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

PAR TÉLÉPHONE

de France : 01 45 16 65 68

de l'étranger : 33 1 45 16 65 68

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

PAR FAX OU TÉLÉCOPIE

de France : 01 45 16 63 92

ou 01 45 16 63 94

de l'étranger : 33 1 45 16 63 92

ou 33 1 45 16 63 94

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

Les informations suivantes vous seront demandées lors de votre appel :

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

2.5.4. ÉTENDUE TERRITORIALE

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

▶ 3.1. LA VIE DE VOTRE ADHÉSION

3.1.1. COMMENT FONCTIONNE LE CONTRAT D'ASSURANCE DE GROUPE ?

Le contrat d'assurance de groupe a été souscrit par l'association ADAPIA pour la durée d'un an et se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'association ADAPIA ou par nous au moins 2 mois avant son échéance. Dans ce cas, aucune nouvelle demande d'adhésion ne sera acceptée. Le contrat d'assurance de groupe poursuivra ses effets à l'égard de toutes les adhésions antérieures à la dénonciation et jusqu'à la fin de toutes les garanties afférentes à toutes ces adhésions.

Le contrat d'assurance de groupe peut être modifié par avenant conclu entre l'association ADAPIA et nous. Il peut également être dénoncé par l'association ADAPIA. Dans tous les cas il incombe à l'association ADAPIA d'informer par écrit les adhérents/assurés des modalités d'adoption des avenants et des éventuelles modifications qui seraient apportées à leurs droits et obligations, 3 mois au moins avant leur date d'entrée en vigueur. L'association ADAPIA peut nous donner mandat d'en informer les adhérents/assurés pour son compte.

3.1.2. QUAND VOTRE ADHÉSION PREND-ELLE EFFET ?

Les garanties prennent effet à la date que vous choisissez et sous réserve de notre accord et du paiement de la première cotisation.

La date d'effet des garanties figure sur votre certificat d'adhésion.

Si mention en est faite sur votre certificat d'adhésion, vos garanties sont limitées aux seuls événements d'origine accidentelle.

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

Cette garantie temporaire prend fin soit par notre accord sur la garantie définitive formalisé par l'envoi du certificat d'adhésion, soit par votre décision ou la nôtre de ne pas donner suite à votre demande d'adhésion.

3.1.3. POUR COMBIEN DE TEMPS ?

L'adhésion est conclue pour une année et elle se renouvelle automatiquement d'année en année sauf si vous, ou nous, décidons d'y mettre fin.

3.1.4. COMMENT POUVEZ-VOUS LA MODIFIER ?

Par lettre recommandée avec avis de réception. Si nous n'avons pas refusé la demande de modification dans les 10 jours à compter de sa réception, vous pouvez la considérer comme acceptée.

Disposition spécifique aux garanties décès

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

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

Vous

Par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée au moins 2 mois avant la date d'échéance annuelle figurant dans le certificat d'adhésion, à l'adresse de votre Caisse régionale qui figure aussi sur votre certificat d'adhésion.

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

Nous

Nous ne pouvons plus résilier l'adhésion à l'échéance annuelle après l'expiration d'un délai de 2 ans à compter de la date d'effet figurant sur votre certificat d'adhésion. Si nous résilions avant l'expiration de ce délai, nous vous en avisons par lettre recommandée adressée à votre dernier domicile connu.

Néanmoins, nous pouvons toujours résilier l'adhésion en cas de non-paiement des cotisations ou de fausse déclaration.

3.1.6. DANS QUELLES CIRCONSTANCES VOTRE ADHÉSION PEUT-ELLE ÊTRE RÉSILIÉE EN COURS D'ANNÉE?

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

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

Lorsque les garanties Arrêt de travail et/ou Invalidité sont résiliées, toutes les autres garanties du contrat sont automatiquement résiliées. Toutefois, les garanties Décès sont acquises jusqu'au terme de l'année d'assurance pour laquelle la cotisation a été payée.

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

3.1.7. POUVONS-NOUS RÉCLAMER UNE INDEMNITÉ DE RÉSILIATION ?

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

3.1.8. CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION DE L'ADHÉSION SUR LE VERSEMENT DES PRESTATIONS

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

▶ 3.2. VOS DÉCLARATIONS : LES BASES DE NOTRE ACCORD

3.2.1. À L'ADHÉSION

Vous devez répondre exactement et en toute sincérité aux questions que nous vous posons à l'adhésion et notamment à celles portant sur :

- **Votre profession** : l'adhésion est réservée aux personnes ayant le statut
 - de travailleur non salarié non agricole (artisans, industriels et commerçants, professionnels libéraux);
 - ou de conjoint collaborateur;et exerçant une activité professionnelle effective et régulière.

- **Votre état de santé** : vous devez remplir une déclaration d'état de santé et/ou un questionnaire de santé. Dans ce dernier cas, celui-ci doit être adressé sous pli confidentiel à notre médecin-conseil. Vous êtes, par ailleurs, tenu de déclarer également à notre médecin-conseil toute modification de votre état de santé qui surviendrait entre la date de signature de la déclaration d'état de santé ou du questionnaire de santé et la date d'effet de votre adhésion.

Ces documents sont des éléments essentiels pour nous permettre d'étudier votre demande d'adhésion. 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 demande d'adhésion, avec ou sans conditions particulières (surprime ou exclusion de séquelles), ou de la refuser.

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

S'agissant de prestations d'assurance ayant pour but d'assurer un maintien de revenu en cas d'arrêt de travail et/ou d'invalidité,

les montants de garantie souscrits doivent être en adéquation avec vos revenus professionnels moyens.

3.2.2. EN COURS DE CONTRAT

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

Vous devez notamment impérativement nous prévenir en cas de :

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

Si ce changement entraîne :

- **Une aggravation du risque**

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

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

- **Une diminution du risque**

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

3.2.3. SANCTIONS POUR OMISSION OU FAUSSE DÉCLARATION

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

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

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

Dispositions spécifiques 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 l'adhésion au contrat d'assurance groupe;

- 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.

▶ 3.3. LA COTISATION : LA CONTREPARTIE DE VOS GARANTIES

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

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

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

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

3.3.2. SI VOUS NE RÉGLEZ PAS VOTRE COTISATION

À défaut de paiement d'une cotisation régulière dans les dix jours de son échéance, une lettre de mise en demeure vous est adressée, sous pli recommandé, par laquelle vous êtes informé que le non-paiement des cotisations entraîne :

- conformément à l'article L.113-3 du Code des assurances,
 - la suspension des garanties du contrat 30 jours après l'envoi de cette lettre ;
 - la résiliation de ces garanties 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours.

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

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

- et en application de l'article L.141-3 du Code des assurances, son exclusion du contrat d'assurance de groupe.

3.3.3. ÉVOLUTION DE LA COTISATION

A chaque échéance annuelle, la cotisation est revalorisée :

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

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

Modification du tarif

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

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

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

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

Modification de la franchise ou du seuil d'intervention

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

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

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

3.3.4. EXONÉRATION DE LA COTISATION RENTE INVALIDITÉ

Lorsque vous bénéficiez d'une rente d'invalidité, vous êtes exonéré de tout ou partie de la cotisation relative à la garantie « Rente d'invalidité » pendant tout le temps où la rente est versée.

Cette exonération est :

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

▶ 3.4. LA SURVENANCE D'UN ÉVÉNEMENT GARANTI

3.4.1. LES CAS CONCERNÉS

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

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

NATURE DE L'ÉVÉNEMENT OUVRANT DROIT À PRESTATIONS	FORMALITÉS À ACCOMPLIR ET PIÈCES À NOUS TRANSMETTRE	DÉLAI DE TRANSMISSION DES PIÈCES (sauf cas de force majeure)
Arrêt de travail	<ul style="list-style-type: none"> • Certificat médical, mis sous pli confidentiel à l'attention de notre médecin-conseil, exposant la cause médicale de l'arrêt, son point de départ et sa durée probable. • En cas de prolongation, les certificats médicaux de prolongation d'arrêt de travail et résultats d'examens éventuels que pourrait vous demander notre médecin-conseil. • Originaux des déclarations fiscales des 3 exercices civils précédant l'incapacité temporaire totale, lorsque la garantie Remboursement de frais professionnels a été souscrite. 	<p>10 jours</p> <p>à compter de la date de début de l'arrêt de travail mentionnée sur le certificat médical</p>
Invalidité	<ul style="list-style-type: none"> • Certificat médical, mis sous pli confidentiel à l'attention de notre médecin-conseil, précisant la cause de l'invalidité et la date présumée de consolidation. 	<p>10 jours</p> <p>à compter de la date de consolidation mentionnée sur le certificat médical</p>
Frais d'adaptation en cas d'invalidité	<ul style="list-style-type: none"> • Factures acquittées concernant le 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>
Arrêt de la profession déclarée	<ul style="list-style-type: none"> • Vous devez nous apporter la preuve, attestée par un médecin, de l'obligation qui vous est faite de renoncer à exercer votre profession. Notre médecin-conseil procède alors à un examen auquel votre médecin peut assister. 	<p>1 mois</p> <p>à compter du certificat médical attestant de l'obligation qui vous est faite de renoncer à exercer votre profession</p>
Décès	<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>
Frais de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les factures acquittées concernant les frais restant à votre charge. 	<p>1 mois</p> <p>après l'avance des frais acquittés</p>

3.4.2. NON RESPECT DU DÉLAI DE DÉCLARATION

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

3.4.3. NON RESPECT DES FORMALITÉS

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

3.4.4. FAUSSES DÉCLARATIONS

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

3.4.5. EXPERTISE

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

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

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

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

En cas de désaccord sur les conclusions de l'expertise médicale, il est procédé à un arbitrage confié à un tiers expert. Celui-ci est choisi d'un commun accord, et 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 est rémunéré pour moitié par chacune des parties. Chacune des parties peut 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 est effectuée par le président du Tribunal de Grande Instance de votre domicile, sur requête et à nos frais.

3.4.6. DÉLAI DE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

La prestation 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 :
 - **rente** : à la fin de chaque trimestre ;
 - **indemnité forfaitaire pour arrêt de la profession déclarée au contrat** : sous 15 jours à compter de la réception du rapport de notre médecin-conseil constatant l'obligation qui vous est faite de renoncer à exercer votre profession ;
 - **indemnité «frais d'adaptation»** : sous 15 jours à compter de la réception des factures acquittées concernant le relogement ou les travaux d'aménagement ;

- **en cas de décès** : dans le délai d'un mois qui suit la réception du dossier complet (cf. paragraphe 3.4.1. « Les cas concernés ») ;
- **en cas de frais de recherche** : dans le délai d'un mois après l'avance des frais acquittés.

▶ 3.5. DISPOSITIONS DIVERSES

3.5.1. DÉLAI DE PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assuré en a eu connaissance ;
- 2° 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 avis de réception (par nous en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par vous en ce qui concerne le règlement de l'indemnité).

3.5.2. FACULTÉ DE RENONCIATION

Le certificat d'adhésion vous est adressé dans un délai maximum de quatre-vingt-dix jours décomptés à partir de la date de signature de la demande d'adhésion. Si vous n'avez pas reçu votre certificat d'adhésion dans ce délai, vous devez en aviser votre Caisse régionale Groupama par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse mentionnée sur la demande d'adhésion.

Vous pouvez renoncer à votre adhésion au contrat Énergie Prévoyance pendant le délai de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de votre certificat d'adhésion, 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 demande d'adhésion, selon le modèle de lettre ci-après :

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

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

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

Dès lors qu'une des garanties du contrat Énergie Prévoyance est mise en jeu, à l'exception des garanties Décès toutes causes (maladie ou accident) pendant le délai de renonciation, vous ne pouvez plus bénéficier de votre faculté de renonciation pour ces garanties. Vous conservez en revanche votre droit de renonciation pour ces garanties Décès toutes causes (maladie ou accident).

Le défaut de remise des documents et informations prévus à l'article L.132-5-2 du Code des assurances entraîne la prorogation du délai de renonciation prévu à l'article L.132-5-1 du Code des assurances jusqu'au 30ème jour calendaire révolu suivant la date de remise effective de ces documents, dans la limite de huit ans à compter de la date où vous êtes informé de la conclusion de votre adhésion au contrat, c'est-à-dire de la date à laquelle le vous recevez votre certificat d'adhésion. Celui-ci est considéré reçu sept jours calendaires après sa date d'envoi.

3.5.3. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

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

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

Vos droits

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

Concernant vos données de santé, ces droits s'exercent par courrier postal auprès du médecin-conseil de l'Assureur (adresse postale sur votre certificat d'adhésion).

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

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

Conformément à l'article L121-34 du code de la consommation, nous vous informons que vous pouvez refuser de faire l'objet de prospection commerciale par téléphone, en vous inscrivant, gratuitement, sur la liste d'opposition nationale au démarchage téléphonique.

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

Ces informations sont destinées, dans la limite de leurs attributions, aux services de l'Assureur en charge de la gestion commerciale ou de la passation, gestion et exécution des contrats de chacune de vos garanties, à ses délégués,

intermédiaires, partenaires, mandataires, sous-traitants, ou aux autres entités du Groupe Groupama dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Elles peuvent également être transmises s'il y a lieu aux organismes d'assurance des personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, aux co-assureurs, réassureurs, organismes professionnels et fonds de garanties, ainsi qu'à toutes personnes intervenant au contrat tels qu'avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs, professionnels de santé, médecins-conseils et personnel habilité, aux organismes sociaux lorsqu'ils interviennent dans le règlement des sinistres et prestations ou lorsque l'Assureur offre des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux.

Des informations vous concernant peuvent également être transmises à toutes personnes intéressées au contrat (souscripteur, assuré, adhérent et bénéficiaire du contrat, et leurs ayants droits et représentants ; aux bénéficiaires d'une cession ou d'une subrogation des droits relatifs au contrat ; et s'il y a lieu aux responsables, aux victimes et leurs mandataires, aux témoins et tiers intéressés à l'exécution du contrat), ainsi qu'à toutes personnes habilitées au titre de Tiers Autorisés (juridictions, arbitres, médiateurs, ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne).

Lutte contre la fraude à l'assurance

Vous êtes également informé que l'Assureur met en oeuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par les entités du Groupe Groupama. Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des entités du Groupe Groupama dans le cadre de la lutte contre la fraude. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

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

Communication institutionnelle et fonctionnement des instances

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

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

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

Enregistrements téléphoniques

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

Recueil et traitement des données de santé

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

Transferts d'informations hors de l'Union Européenne

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

Ces transferts sont réalisés dans le cadre de l'exécution des contrats et de nos relations, du respect d'obligations légales ou réglementaires, de la gestion d'actions ou contentieux permettant notamment à l'Assureur d'assurer la constatation, l'exercice ou la défense de ses droits en justice ou pour les besoins de la défense des personnes concernées (selon exceptions visées à l'article 69 de la loi Informatique et Libertés).

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

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

Mise en œuvre des garanties d'assistance

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

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

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

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

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

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

Études, statistiques

Des données à caractère personnel vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) sont également susceptibles d'être utilisées et exploitées par l'Assureur et les entités du Groupe Groupama (ou leurs

sous-traitants) à des fins statistiques ou d'études, en vue notamment de faire évoluer nos offres de produits et services, de personnalisation de nos relations, de mieux connaître le marché et la concurrence ou d'innovations.

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

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

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

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

3.5.4. RÉCLAMATION

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

Si la réponse ne vous satisfait pas, votre réclamation peut être adressée au service «réclamations» de votre Caisse régionale, dont les coordonnées figurent sur votre certificat d'adhésion.

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 de l'Assurance dont les coordonnées sont disponibles sur le site www.groupama.fr ou auprès de votre Interlocuteur habituel. Si l'avis du Médiateur de l'Assurance ne vous satisfait pas, vous pouvez éventuellement saisir la justice.

Association pour le Développement de l'Assurance des Professions Indépendantes et Agricoles (ADAPIA)

L'Association pour le Développement de l'Assurance des Professions Indépendantes et Agricoles (ADAPIA) est issue de la fusion absorption de l'Association GAMAPI (Groupement des Assurances Mutuelles Agricoles pour les Professions Indépendantes) par l'Association ADARCA (Association pour le Développement de l'Assurance Retraite Complémentaire des Agriculteurs).

Ces deux Associations avaient été créées respectivement en 1994 et 1997 pour permettre à leurs adhérents de bénéficier des avantages fiscaux prévus par la loi du 11 février 1994, dite loi Madelin, et la loi du 18 novembre 1997.

Article 1. Constitution

Il est formé entre les Soussignées et les autres personnes qui adhéreront aux présents statuts, une Association, régie par la loi du 1er juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901, « Association pour le Développement de l'Assurance des Professions Indépendantes et Agricoles » (ADAPIA), ci-dessous dénommée « l'Association ».

Article 2. Objet

L'Association a pour objet de promouvoir le développement de la couverture des frais de soins, de la retraite, et de la prévoyance complémentaires, auprès des personnes non salariées des professions agricoles et non agricoles, en les regroupant pour leur permettre de bénéficier de contrats d'assurance de groupe tels que définis par les articles L.141-1 à L.141-6 et L.441-1 du code des assurances.

Article 3. Durée

La durée de l'Association est de 50 ans à compter de sa déclaration. Elle peut être prorogée par décision de l'Assemblée générale dans les conditions prévues à l'article 14.

Article 4. Siège social

Le Siège social de l'Association est situé 4 Square de l'Opéra Louis Jouvet, 75009 PARIS (France).

Il pourra être transféré en tout autre lieu sur décision du Conseil d'administration.

Article 5. Membres

Les membres de l'Association GAMAPI et de l'Association ADARCA sont, de droit, membres adhérents de l'Association ADAPIA.

Peuvent adhérer à l'Association :

- les personnes non salariées des professions agricoles (les chefs d'exploitation ou d'entreprises agricoles, leur conjoint et leurs aides familiaux), sous réserve qu'ils relèvent du régime d'assurance vieillesse de base institué par le Titre 2 du Livre 7 du Code Rural et qu'ils justifient de la régularité de leur situation à l'égard de ce régime.
- les personnes exerçant une activité non salariée non agricole au sens de la législation sociale et fiscale actuelle, ou collaborant à une telle activité en qualité de conjoint collaborateur et justifiant de la régularité de leur situation à l'égard de ce régime.

La qualité de membre de l'Association s'acquiert par l'adhésion à l'un des contrats groupe souscrit par l'Association.

Le Conseil d'administration a la faculté de prononcer l'exclusion d'un membre pour défaut de paiement du droit d'entrée et de la cotisation associative annuelle.

La qualité de membre se perd, en outre :

- par la cessation, pour quelque cause que ce soit, de l'adhésion aux contrats groupe ;
- par la démission ;
- par la radiation pour motif grave, prononcée par le Conseil d'administration, le membre intéressé ayant été, au préalable, appelé à fournir ses explications.

L'exclusion entraîne, à compter de sa date, la perte de la qualité d'adhérent aux contrats d'assurance de groupe.

La perte de la qualité de membre entraîne la cessation immédiate des fonctions exercées au sein de l'Association.

Le Conseil d'administration peut décider d'un droit d'entrée, destiné à participer au financement de la gestion de l'Association et des actions conformes à son objet, que les membres adhérents devront alors acquitter. Le montant et les modalités de perception du droit d'entrée sont fixés par le Conseil d'administration.

L'admission à l'Association et par voie de conséquence aux bénéficiaires des contrats groupe, ne devient effective qu'après paiement conjoint du droit d'entrée éventuel ou de la cotisation associative annuelle fixée par le Conseil d'administration et de la première prime due au titre du contrat d'assurance de groupe auquel adhère le membre.

Article 6. Ressources

Les ressources de l'Association, nécessaires à son fonctionnement et à la réalisation de son objet, se composent :

- des droits d'entrée éventuels perçus auprès de tout nouveau membre adhérent à l'Association dans les conditions prévues à l'article 5 et dont le montant est fixé par le Conseil d'administration ;
- des cotisations annuelles perçues auprès des membres adhérents dans les conditions précisées par le règlement intérieur et dont le montant est fixé par le Conseil d'administration ;
- des subventions qui peuvent lui être accordées ;
- d'un éventuel prélèvement annuel effectué par l'assureur sur

le compte de résultat des contrats d'assurance vie en euros, dont le taux sera fixé par le conseil d'administration dans les limites prévues par le contrat collectif ;

ainsi que de tout autre ressource non interdite par la loi et les règlements en vigueur.

Le patrimoine de l'Association répond seul des engagements contractés par elle, sans qu'aucun des membres de cette Association, même ceux qui participent à son administration, puissent en être tenus personnellement responsables.

Article 7. Fonds de secours

Il est créé un Fonds de secours destiné à financer les cotisations aux contrats groupe de retraite complémentaire souscrits par l'Association au profit de ses adhérents, lorsque ceux-ci se trouvent dans l'impossibilité temporaire ou totale d'exercer leur activité.

Le Fonds est alimenté par un prélèvement sur les cotisations versées par les adhérents selon une quote-part fixée dans le règlement intérieur.

Article 8. Le Conseil d'administration

L'Association est administrée par un conseil composé de sept à quinze membres.

Les membres du conseil sont élus par l'Assemblée générale. Le Conseil d'administration est composé pour plus de la moitié de membres ne détenant ou n'ayant détenu au cours des deux années précédant leur désignation, aucun intérêt ni aucun mandat dans l'organisme d'assurance signataire du contrat d'assurance de groupe, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période, aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes ou sociétés.

Nul ne peut être membre du Conseil d'administration de l'Association ni, directement ou indirectement ou par personne interposée, administrer, diriger ou gérer à un titre quelconque l'Association, ni disposer du pouvoir de signer pour le compte de l'Association s'il relève de l'une des conditions énoncées aux alinéas 1 à 3 de l'article L.322-2 du code des assurances.

La durée du mandat des administrateurs est de trois ans. Tout membre sortant est rééligible.

Le premier conseil est composé des membres désignés par les membres fondateurs jusqu'à la première réunion de l'Assemblée générale annuelle qui élira les membres.

En cas de vacance par décès, démission ou autre cause, d'un ou plusieurs administrateurs, ceux-ci peuvent être provisoirement remplacés par le conseil jusqu'à la prochaine Assemblée générale, qui procède à l'élection définitive.

Les administrateurs ainsi élus ne demeurent en fonction que pendant le temps qui restait à courir du mandat de leur prédécesseur.

Les membres du Conseil d'administration et les membres du bureau peuvent recevoir une indemnité de temps passé dont le montant sera soumis à l'approbation de l'Assemblée générale

ainsi que le remboursement des frais exposés pour l'exercice de leur mandat.

Article 9. Le Bureau du Conseil d'administration

Le conseil désigne, parmi ses membres, un bureau composé d'un Président, d'un vice-Président, d'un secrétaire et d'un trésorier. La durée du mandat des membres du bureau est de 3 ans. Le bureau se réunit, sur convocation de son Président, aussi souvent que l'exige l'intérêt de l'Association.

Article 10. Délibérations du Conseil d'administration

Le Conseil d'administration se réunit, sur convocation de son Président, aussi souvent que l'exige l'intérêt de l'Association et au minimum une fois par an.

Les décisions sont prises à la majorité des membres présents ou représentés. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante.

Un administrateur peut se faire représenter à une séance du Conseil d'administration uniquement par un autre administrateur. Chaque administrateur ne peut disposer au cours d'une même séance que d'un pouvoir en sus de sa voix.

Article 11. Pouvoirs du Conseil d'administration

Le Conseil d'administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour faire ou autoriser tous actes et opérations permis à l'Association et qui ne sont pas réservés à l'Assemblée générale. Il fixe notamment les taux ou les montants du droit d'entrée et des cotisations prévues aux articles 5 et 6.

Il établit un rapport annuel sur le fonctionnement du ou des contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association. Ce rapport est présenté à l'Assemblée générale annuelle et tenu à la disposition des adhérents.

Le conseil peut nommer un commissaire aux comptes et un suppléant choisis sur la liste mentionnée à l'article L 822-1 du code du commerce, qui exercent leur mission dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur et par les normes et règles de la profession.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le Conseil d'administration lors de la prochaine séance. Il est tenu un registre des délibérations du Conseil d'administration dont les procès-verbaux sont signés du Président et du Secrétaire. Les copies ou extraits de ces procès-verbaux sont signés par le Président ou par un administrateur mandaté à cet effet.

Article 12. Le Président du Conseil d'administration

Le Conseil d'administration élit en son sein un Président. Le mandat du Président est d'une durée de trois ans. Le Président est rééligible.

En cas de vacance en cours de mandat par décès, démission, perte de la qualité de membre ou tout autre cause, le Conseil d'administration procède à une nouvelle élection dans les deux mois.

Le Président représente l'Association dans tous les actes de la vie civile et est investi de tous pouvoirs à cet effet. Il a notamment qualité pour ester en justice au nom de l'Association, ainsi que pour consentir toute transaction.

Le Président peut déléguer tout ou partie de ses tâches à tout mandataire de son choix. En cas de représentation en justice, il ne peut être remplacé que par un mandataire agissant en vertu d'une procuration.

En cas d'indisponibilité, le Président délègue l'exercice de sa fonction pendant la durée de son indisponibilité au Vice-Président; à défaut, un administrateur est désigné par le Conseil d'administration.

Article 13. L'Assemblée générale Ordinaire

a) Composition

Les membres adhérents disposent d'un droit de vote à l'Assemblée générale.

Tout membre de l'Association peut proposer une résolution à l'Assemblée générale par lettre recommandée avec avis de réception adressée au Président du Conseil d'administration.

Ces résolutions doivent être présentées par le dixième au moins, ou par cent adhérents si le dixième est supérieur à cent, et communiquées au Conseil d'administration 60 jours au moins avant la date fixée pour la réunion de l'assemblée.

b) Réunion

L'Assemblée générale est convoquée par le Président du Conseil d'administration.

Elle se réunit, chaque année, aux lieux, jour et heure, indiqués dans l'avis de convocation.

Elle peut, en outre, être convoquée extraordinairement, soit par le conseil, soit par le commissaire aux comptes, soit par 10% des adhérents.

Les convocations sont faites par lettres individuelles ou par courriers électroniques adressés au moins trente jours avant la date fixée pour l'assemblée. La convocation individuelle mentionne l'ordre du jour et contient les projets de résolutions présentés par le Conseil d'administration ainsi que ceux communiqués par les adhérents dans les délais requis.

Tout membre de l'Assemblée générale peut se faire représenter par son conjoint ou par un autre membre de cette même assemblée. Les mandataires peuvent remettre les pouvoirs qui leur ont été conférés à d'autres mandataires ou adhérents. Le nombre de pouvoirs dont un même adhérent peut disposer ne peut excéder 5% des droits de vote.

Le Conseil d'administration peut décider que les adhérents puissent voter par correspondance ou par tout autre moyen permettant d'assurer l'authenticité du vote et le contrôle de l'identité des votants.

L'Assemblée est présidée par le Président ou un vice-Président du Conseil d'administration ou, à défaut, par un administrateur désigné par le conseil. Son bureau est celui du conseil.

L'Assemblée générale ne peut valablement délibérer que si au moins mille adhérents ou un trentième des adhérents sont présents ou représentés ou ont fait usage de la faculté de vote par correspondance si celle-ci est prévue pour la consultation. Si ce quorum n'est pas atteint lors de la première convocation, une seconde assemblée est convoquée et délibère alors valablement, quel que soit le nombre de membres présents ou représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance si celle-ci est prévue pour la consultation.

Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents ou représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance si celle-ci est prévue pour la consultation. En cas de partage, la voix du Président est prépondérante.

c) Attributions

L'Assemblée générale ordinaire entend les rapports sur la gestion du Conseil d'administration, sur la situation financière et morale de l'Association, et le rapport du commissaire aux comptes.

Elle entend le rapport annuel du conseil sur le fonctionnement du ou des contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association.

Elle statue sur les comptes de l'exercice clos au 31 décembre précédent; pourvoit au renouvellement des membres du conseil; autorise toutes acquisitions d'immeubles, nécessaires à l'accomplissement du but de l'Association, tous échanges et ventes de ces immeubles, ainsi que toutes constitutions d'hypothèques et tous emprunts; procède à la nomination du commissaire aux comptes, choisi sur la liste des commissaires agréés, et, d'une manière générale, délibère sur toutes autres propositions inscrites à l'ordre du jour.

Elle décide de l'affectation des excédents de l'exercice sur proposition du Conseil d'administration.

L'Assemblée générale a seule qualité pour autoriser la signature d'avenants aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association. Elle peut toutefois déléguer au Conseil d'administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants dans des matières que la résolution définit.

Le Conseil d'administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'Assemblée générale et, en cas de signature d'un ou plusieurs avenants, il en est fait rapport à la plus proche assemblée.

Article 14. L'Assemblée générale Extraordinaire

Seule l'Assemblée générale extraordinaire peut modifier les statuts sur proposition du Conseil d'administration. Elle peut également décider de la dissolution de l'Association.

L'Assemblée générale ne peut valablement délibérer que si au moins mille adhérents ou un trentième des adhérents sont présents ou représentés ou ont fait usage de la faculté de vote par correspondance si celle-ci est prévue pour la consultation. Si ce quorum n'est pas atteint lors de la première convocation, une seconde assemblée est convoquée et délibère alors valablement, quel que soit le nombre de membres présents ou représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance si celle-ci est prévue pour la consultation.

Les délibérations doivent être prises à la majorité des deux tiers des voix des membres présents ou représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance si celle-ci est prévue pour la consultation.

Article 15. Délibérations des Assemblées Générales

Les délibérations de l'Assemblée générale sont constatées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial.

Les copies ou extraits de ces procès-verbaux sont signés par le Président du Conseil d'administration ou par un administrateur mandaté à cet effet.

Les procès-verbaux de l'Assemblée générale peuvent être consultés sur rendez-vous au siège de l'Association ou obtenus sur demande écrite adressée au Président du Conseil d'administration.

Article 16. Règlement intérieur

Le conseil est chargé d'établir le règlement intérieur ayant pour objet de préciser et de compléter les règles de fonctionnement de l'Association. Il peut être modifié par délibération du conseil.

Article 17. Dissolution de l'Association

La dissolution de l'Association ne peut être prononcée que par l'Assemblée générale Extraordinaire convoquée à cet effet.

En cas de dissolution, l'Assemblée générale, délibérant dans les conditions définies à l'article 14, désigne un ou plusieurs liquidateurs chargés des opérations de liquidation. Le conseil se prononce sur la dévolution de l'actif net, après reprise des apports, conformément à l'article 9 de la loi du 1^{er} juillet 1901 et de son décret d'application du 16 août 1901.

Article 18. Formalités

Le Conseil d'administration par l'intermédiaire de son Président remplira les formalités de déclaration et de publication prescrites par la loi du 1^{er} juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901. A cet effet, tous pouvoirs sont conférés au Président ou au mandataire désigné par lui.

Le Président, ou son mandataire, fera connaître dans les trois mois à la préfecture du département du siège social tous les changements intervenus dans l'administration de l'Association, ainsi que toutes les modifications apportées aux statuts de celle-ci.

Il veillera à la tenue du registre spécial sur lequel sont consignés les modifications statutaires et les changements de dirigeants.



**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. 3350-223554-042016

Photos : Matton : © Wilkosz & Way / © DreamPictures

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