

**Notice  
d'information**

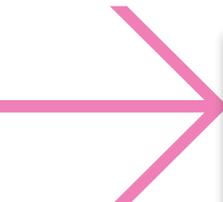


**Gan  
Prévoyance  
Sécurité  
Professionnel**

Assuré d'avancer







**La présente notice d'information régit l'ensemble des garanties du contrat Gan Prévoyance Sécurité Professionnel souscrit par :**

**L'A3P** (Association pour la Protection du Patrimoine et de la Personne)

Siège social : 4 square de l'opéra Louis Jouvet- 75009 Paris

**auprès de :**

**Groupama Gan Vie**, pour les garanties de prévoyance et la Garantie des Accidents de la Vie.

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 : 6511Z

**Mutuaide Assistance** (filiale spécialisée du Groupe Groupama).

Société anonyme au capital de 9 590 040 euros (entièrement versé)

Siège social : 8-14, avenue des Frères Lumière – 94368 Bry-Sur-Marne Cedex

383 974 086 RCS Créteil

**Société Française de Protection Juridique (SFPJ)**, pour les garanties de protection juridique.

Société anonyme au capital de 1 550 000 euros

Siège social : 14-16, rue de la République - 92800 Puteaux

B 321 776 775 RCS Nanterre

Entreprises régies par le Code des assurances.

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.

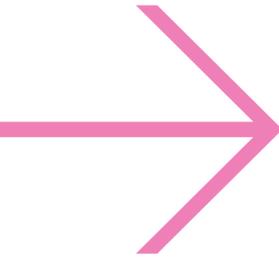
Gan Prévoyance Sécurité Professionnel est distribué par Gan Prévoyance, intermédiaire en assurance, inscrit à l'ORIAS sous le numéro 09 051 779 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)), mandataire de Groupama Gan Vie, de Mutuaide Assistance et de la Société Française de Protection Juridique (SFPJ).

**Gan Prévoyance**

Société anonyme d'intermédiation en assurance au capital de 13 800 000 euros

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

410 569 776 RCS Paris – APE : 6622Z



# Sommaire général

Lexique général.....	9
<b>I. PRÉSENTATION DU CONTRAT.....</b>	<b>11</b>
1. Nature du contrat.....	12
2. Composition de l'adhésion au contrat.....	12
3. Objet de l'adhésion.....	12
4. Entrée en vigueur des garanties.....	12
5. Exclusions de l'adhésion.....	13
5.1. Sports à risque.....	13
5.2. Exclusions spécifiques aux garanties en cas de décès.....	13
5.3. Exclusions spécifiques aux autres garanties de prévoyance.....	14
5.4. Exclusions spécifiques à la garantie hospitalisation.....	14
6. Où s'exercent les garanties.....	15
7. Indexation des garanties et revalorisation des prestations de prévoyance et de la Garantie des Accidents de la Vie.....	16
7.1. Indexation des garanties de prévoyance.....	16
7.2. Revalorisation des prestations de prévoyance.....	16
7.3. Indexation de la Garantie des Accidents de la Vie.....	16
<b>II. LES GARANTIES DE PRÉVOYANCE.....</b>	<b>17</b>
Lexique spécifique aux garanties de prévoyance.....	19
1. Garanties de base de l'adhérent.....	21
1.1. Garantie Rente Décès.....	21
1.2. Garantie Capital Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).....	21
1.3. Dispositions communes aux garanties décès.....	22
1.4. Garantie Exonération du paiement des cotisations en cas de décès.....	22
2. Garanties complémentaires.....	22
2.1. Garanties de l'adhérent.....	23
2.1_1 Garantie Triplement du capital en cas de décès ou PTIA accidentel.....	23
2.1_2 Garantie Rente éducation en cas de décès.....	23
2.1_3 Garanties Invalidité permanente totale / partielle.....	23
2.1_4 Garanties Incapacité temporaire totale.....	28
2.1_5 Garanties hospitalisation.....	31
2.1_6 Garanties exonération du paiement des cotisations.....	32

<b>2.2. Garanties du conjoint assuré</b>	<b>33</b>
2.2_1 Garanties Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	33
2.2_2 Garantie Double effet	33
2.2_3 Garanties Invalidité permanente totale / partielle	34
2.2_4 Garanties hospitalisation	34
<b>2.3. Garantie des enfants assurés</b>	<b>34</b>
2.3_1 Allocations journalières en cas d'hospitalisation	34

### **III. LES GARANTIES D'ASSISTANCE** **35**

Lexique spécifique aux garanties d'assistance	37
<b>1. Assistance Santé à domicile</b>	<b>38</b>
1.1. Qui bénéficie de la garantie	38
1.2. Où s'exerce la garantie	38
1.3. Ce que recouvre la garantie	38
1.4. Prestations mises en œuvre	38
1.4_1 Organisation de services et missionnement de prestataires (24 h/24)	38
1.4_2 En cas d'immobilisation ou d'hospitalisation de l'assuré	40
1.4_3 En cas de décès	40
1.4_4 Soutien psychologique	40
1.5. Exclusions de l'Assistance santé à domicile	41
1.6. Limites de la garantie	41
<b>2. Assistance aux personnes en déplacement</b>	<b>42</b>
2.1. Qui bénéficie de la garantie	42
2.2. Où s'exerce la garantie	42
2.3. Ce que recouvre la garantie	42
2.4. Prestations mises en œuvre	42
2.4_1 En cas de maladie ou d'accident lors d'un déplacement	42
2.4_2 En cas de décès lors d'un déplacement	43
2.5. Exclusions de l'Assistance aux personnes en déplacement	43
2.6. Limites de la garantie	44
<b>3. L'assistance aux professionnels</b>	<b>44</b>
3.1. Services d'information professionnels	44
3.2. Aide à la recherche de solutions de recouvrement des impayés	45
<b>4. Formalités à accomplir pour la mise en jeu des garanties</b>	<b>45</b>
4.1. Qui contacter	45
4.2. Quelles informations rassembler	46
4.3. Comment être remboursé	46
<b>5. Dispositions générales</b>	<b>46</b>
5.1. Intervention réglementée	46
5.2. Exclusions de l'Assistance aux professionnels	47
5.3. Engagements financiers de Gan Prévoyance Assistance	47
5.4. Subrogation	47

## **IV. LES GARANTIES DE PROTECTION JURIDIQUE** 49

---

Lexique spécifique à la garantie protection juridique	51
<b>1. Garantie Consultation Juridique et Recours contre l'Administration</b>	<b>52</b>
<b>1.1. Objet des prestations</b>	<b>52</b>
1.1_1 Garantie consultation juridique	52
1.1_2 Garantie recours contre l'Administration	52
<b>1.2. Exclusions</b>	<b>52</b>
1.2_1 Exclusions applicables à la garantie consultation juridique	52
1.2_2 Exclusions applicables à la garantie recours contre l'Administration	52
<b>2. Garantie Protection Juridique en cas de décès</b>	<b>53</b>
<b>2.1. Objet des prestations</b>	<b>53</b>
<b>2.2. Nature des litiges garantis</b>	<b>53</b>
<b>2.3. Exclusions applicables</b>	<b>53</b>
<b>3. Montants et modalités financières de la garantie</b>	<b>54</b>
<b>3.1. Plafonds de garantie (TTC)</b>	<b>54</b>
<b>3.2. Seuils d'intervention (TTC)</b>	<b>54</b>
<b>3.3. Modalités de paiement et montant des budgets de prise en charge</b>	<b>54</b>
3.3_1 Modalités de paiement	54
3.3_2 Montants maxima des budgets par litige	54
<b>4. Libre choix de l'avocat</b>	<b>55</b>
<b>5. Arbitrage</b>	<b>56</b>
<b>6. Subrogation</b>	<b>56</b>
<b>7. Dispositions communes</b>	<b>56</b>
<b>7.1. Formalités à accomplir pour la mise en jeu des garanties</b>	<b>56</b>

## **V. LA GARANTIE DES ACCIDENTS DE LA VIE (GAV)** 57

---

Lexique spécifique à la Garantie des Accidents de la Vie	59
<b>1. La Garantie des Accidents de la Vie</b>	<b>61</b>
<b>1.1. Objet de la garantie</b>	<b>61</b>
<b>1.2. Limites de la garantie</b>	<b>61</b>
<b>1.3. Exclusions de la garantie</b>	<b>61</b>
<b>2. La protection des personnes</b>	<b>62</b>
<b>2.1. Accidents de la vie privée</b>	<b>62</b>
<b>2.2. Accidents médicaux</b>	<b>62</b>
<b>2.3. Accidents de la circulation automobile à l'étranger</b>	<b>62</b>
<b>2.4. Clause particulière</b>	<b>63</b>
<b>2.5. Modalités d'indemnisation de la protection des personnes</b>	<b>63</b>

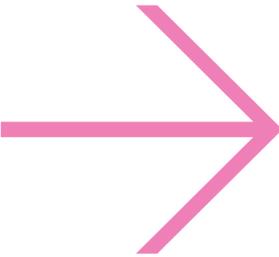
<b>3.</b>	<b>La défense des intérêts de l'assuré</b>	<b>63</b>
3.1.	Objet de la garantie	64
3.2.	Modalités d'indemnisation	64
3.3.	Gestion des litiges	65
3.4.	Choix du conseil	65
3.5.	Arbitrage	65
3.6.	Plafonds et seuils d'indemnisation de la défense des intérêts de l'assuré	66
<b>4.</b>	<b>L'intervention en cas de sinistre</b>	<b>68</b>
4.1.	Indemnisation	68
4.1_1	<i>En cas d'atteinte à l'intégrité physique et psychique</i>	68
4.1_2	<i>En cas de décès</i>	69
4.1_3	<i>Subrogation</i>	69
4.1_4	<i>Cumul des indemnités</i>	69
4.1_5	<i>Fin de la Garantie</i>	70
4.2.	Délai de règlement de l'indemnité	70
4.3.	Séjours à l'étranger	70

## **VI. LE FONCTIONNEMENT DE L'ADHÉSION** **71**

---

<b>1.</b>	<b>La vie de l'adhésion</b>	<b>73</b>
1.1.	Fonctionnement du contrat d'assurance de groupe	73
1.2.	Prise d'effet de l'adhésion	73
1.3.	Modification des garanties	73
1.4.	Résiliation de l'adhésion	73
1.5.	Préavis pour dénoncer l'adhésion à l'échéance annuelle	73
1.6.	Circonstances de résiliation de l'adhésion en cours d'année	73
1.7.	Conséquences de la résiliation de l'adhésion sur le versement des prestations	75
<b>2.</b>	<b>Les déclarations : les bases de l'accord</b>	<b>76</b>
2.1.	À l'adhésion	76
2.2.	En cours d'adhésion	76
2.3.	Sanctions pour omission ou fausse déclaration	76
<b>3.</b>	<b>La cotisation : la contrepartie des garanties</b>	<b>77</b>
3.1.	Quand et comment l'adhérent doit régler la cotisation	77
3.2.	Si l'adhérent ne règle pas la cotisation	77
3.3.	Évolution du montant de la cotisation	77
3.4.	Modification du tarif	77
<b>4.</b>	<b>La survenance d'un événement garanti</b>	<b>78</b>
4.1.	Formalités à accomplir et pièces à transmettre	78
4.2.	Revalorisation du capital à compter du décès	79
4.3.	Dispositions communes	80
4.4.	Non-respect du délai de déclaration	80
4.5.	Non-respect des formalités	80
4.6.	Assurances multiples	80
4.7.	Expertise	80

<b>5.</b>	<b>Dispositions diverses</b>	<b>81</b>
<b>5.1.</b>	<b>Délai de prescription</b>	<b>81</b>
<b>5.2.</b>	<b>Faculté de renonciation</b>	<b>81</b>
<b>5.3.</b>	<b>Loi informatique et libertés</b>	<b>82</b>
<b>5.4.</b>	<b>Réclamations – Médiation</b>	<b>84</b>
<b>5.5.</b>	<b>Internet – Service de consultation et de gestion en ligne – Courriers électroniques</b>	<b>85</b>



## Lexique général

Définitions communes à l'ensemble des garanties complétées par des définitions particulières intégrées au niveau de chaque garantie. Si les définitions particulières sont différentes, elles prévalent.

### DÉFINITION DES PERSONNES CONCERNÉES PAR L'ADHÉSION

---

#### Adhérent

Personne physique qui adhère au contrat conclu entre l'A3P (Association pour la Protection du Patrimoine et de la Personne), Groupama Gan Vie, la Société Française de Protection Juridique (SFPJ) et Mutuaide Assistance, identifiée sur le certificat d'adhésion et qui devient, de ce fait, membre de l'A3P. L'adhérent est obligatoirement l'assuré principal.

#### Assuré(s)

Personne physique sur laquelle reposent les garanties souscrites et mentionnées sur le certificat d'adhésion.

#### Assureur

Les assureurs auprès desquels les garanties du contrat sont souscrites.

### AUTRES DÉFINITIONS

---

#### Accident

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

#### Âge

Il est calculé à tout moment par différence entre le millésime de l'année en cours et celui de l'année de naissance de l'assuré.

#### Avenant

Acte qui constate un accord nouveau intervenu en cours d'adhésion. Il obéit aux mêmes règles que l'adhésion elle-même.

#### Certificat d'adhésion

Document contractuel remis par Gan Prévoyance à l'adhérent, en complément de la notice d'information.

#### Délai de carence

Période pendant laquelle la garantie ne joue pas. Cette période débute à la date de prise d'effet de la garantie qui figure sur le certificat d'adhésion ou sur l'avenant.

#### Dommage corporel

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

#### Garanties de prévoyance

Garanties décès, perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), invalidité permanente, incapacité temporaire totale, exonération du paiement des cotisations, allocations journalières hospitalisation et post-hospitalisation. Les garanties d'Assistance, de Protection juridique et des Accidents de la Vie ne sont pas des garanties de prévoyance au titre de ce contrat.

#### Maladie

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

#### PASS

Plafond annuel de la Sécurité sociale, servant de référence au calcul de l'indexation des cotisations et des garanties de prévoyance.





# **I. Présentation du contrat**



## 1. Nature du contrat

Gan Prévoyance Sécurité Professionnel est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative. Il est régi par le Code des assurances et relève des branches :

- 20 (Vie-décès) pour les garanties Décès,
- 1 (Accidents) et 2 (Maladie) pour les autres garanties de prévoyance et la Garantie des Accidents de la Vie,
- 18 pour les garanties d'assistance,
- 17 pour les garanties de protection juridique.

Le contrat est souscrit par l'A3P (Association pour la Protection du Patrimoine et de la Personne), au profit de ses membres exerçant une activité non salariée, auprès de Groupama Gan Vie, de Mutuaide Assistance et de la Société Française de Protection Juridique (SFPJ).

La garantie capital décès bénéficie de la fiscalité de l'assurance-vie.

Les garanties suivantes du contrat peuvent être souscrites 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 :

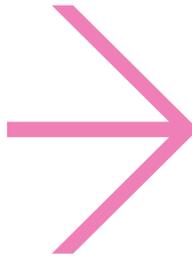
- Rente décès
- Rente invalidité permanente
- Incapacité temporaire totale classique
- Incapacité temporaire totale pics d'activité
- Incapacité temporaire totale saisonnière
- Incapacité temporaire totale modulable
- Exonération du paiement des cotisations en cas d'invalidité permanente totale
- Exonération du paiement des cotisations en cas d'incapacité temporaire totale

La fiscalité applicable aux garanties du contrat dépend du statut professionnel de l'adhérent et du choix opéré par lui lors de l'adhésion. Lorsque l'adhérent est travailleur Non Salarié Non Agricole (artisan, commerçant ou profession libérale) et que les garanties sont souscrites dans le cadre de la loi Madelin :

- les cotisations sont déductibles du revenu professionnel,
- les prestations sont soumises à l'impôt sur le revenu, conformément aux dispositions prévues dans la "Note d'Information sur la fiscalité", jointe à la présente Notice d'Information.

Lorsque les garanties ne sont pas souscrites dans le cadre de la loi Madelin :

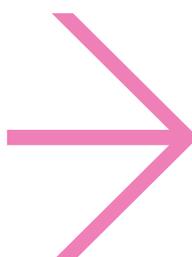
- les cotisations ne sont pas déductibles du revenu professionnel,
- les prestations ne sont pas soumises à l'impôt sur le revenu.



## 2. Composition de l'adhésion au contrat

L'adhésion au contrat se compose :

- de la présente notice d'information comprenant les dispositions communes et le descriptif des garanties de prévoyance, d'assistance, de protection juridique et de la Garantie des Accidents de la Vie,
- du certificat d'adhésion.



## 3. Objet de l'adhésion

Gan Prévoyance Sécurité Professionnel a pour objet d'accorder les garanties ci-dessous :

- une des garanties Décès obligatoirement,
- des garanties de Protection Juridique et d'Assistance,
- et en complément les garanties :
  - Invalidité permanente
  - Incapacité temporaire totale
  - Hospitalisation et post-hospitalisation
  - Garantie des Accidents de la Vie

Les garanties choisies sont indiquées sur le certificat d'adhésion.

L'adhérent a la possibilité de souscrire uniquement la Garantie des Accidents de la Vie. Dans ce cas, il n'a pas obligation de souscrire une des garanties Décès obligatoires, ni les garanties de Protection juridique et Assistance.



## 4. Entrée en vigueur des garanties

**Garantie avant acceptation de l'assureur  
Exclusivement en cas de paiement par chèque  
donnant lieu à délivrance d'une note de couverture**

Dès la signature de la demande d'adhésion et l'encaissement de la première cotisation, toutes les garanties souscrites, sauf les incapacités temporaires, sont accordées en cas d'accident.

En tout état de cause, cette garantie est limitée, au titre de la présente couverture, à une durée maximum de deux mois à compter de sa date de délivrance, c'est-à-dire la date de signature de la demande d'adhésion. Par ailleurs, elle ne saurait porter le total des garanties au-delà d'un montant équivalent au plafond annuel de la Sécurité sociale.

#### Garantie après acceptation de l'assureur

Les garanties entrent en vigueur dès la prise d'effet de l'adhésion, mentionnée dans le certificat d'adhésion, pour les garanties en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Pour toutes les autres garanties de prévoyance, il est appliqué un délai de carence de :

- 3 mois en cas de maladie et de grossesse pathologique,

- 6 mois en cas d'affections rachidiennes, de troubles du comportement aigus ou chroniques, de syndromes névrotiques ou psychiques, de dépressions nerveuses, de fibromyalgie.

Aucun délai de carence n'est appliqué en cas d'accident pour toutes les garanties de prévoyance.

Toutes affections ou maladies apparues pendant le délai de carence ainsi que leurs suites et conséquences ne sont pas garanties.

Cette disposition s'applique à toute nouvelle adhésion. En cas d'avenant ayant pour but d'augmenter les garanties précédemment accordées, le point de départ du délai de carence est alors la date d'effet de l'avenant. Dans ce cas, l'assuré bénéficie des garanties pour les montants qui lui étaient précédemment accordés.

## 5. Exclusions de l'adhésion

### 5.1. Sports à risque

Est exclue de toutes les garanties de prévoyance et de la Garantie des Accidents de la Vie, la pratique des sports suivants, sauf mention contraire spécifiée au certificat d'adhésion :

- les sports automobiles : karting avec compétition, rallye cross, auto cross, course automobile, stock car, fun car, trial longue distance et trial tout terrain (4x4) ;
- les sports motocyclistes : trial, enduro, supermotard, supercross, courses de côtes ;
- les sports aériens : ULM, parapente, vol à voile, voltige, parachutisme, deltaplane, skysurfing ;
- les sports de défense et de combat en compétition, ainsi que la boxe amateur ;
- les sports nautiques : la plongée sous-marine avec appareil autonome effectuée à plus de 20 mètres de profondeur, le surf en compétition, l'hydrospeed, le rafting ;
- les sports de montagne : l'alpinisme, l'escalade (hors support artificiel sans sécurité), la varappe, la randonnée en solitaire au-delà de 3 000 mètres, le saut à ski, le bobsleigh, le skeleton, le ski (alpin, de fond ou snowboard) hors des pistes balisées ouvertes au public, le canyoning ;
- les sports extrêmes : saut à l'élastique, spéléologie, canoë ou kayak extrême (sur

torrents de classe V, rivières de classe II, sur mers et océans à plus de 2 milles des côtes), voile (transocéanique, navigation en solitaire à plus de 20 milles d'un abri), base jump, parachutisme.

Cependant les initiations à ces sports de type "baptême", lorsqu'elles sont encadrées par un professionnel ayant les diplômes et compétences requis par l'État, sont couvertes à l'exception des sports "extrêmes".

### 5.2. Exclusions spécifiques aux garanties en cas de décès

Sous réserve des éventuelles exclusions mentionnées sur le certificat d'adhésion, sont exclues, les conséquences directes ou indirectes :

- du suicide au cours de la première année de couverture. 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 ;
- des accidents survenant lorsque l'assuré a fait l'usage de substances ou plantes classées comme stupéfiants et/ou était sous l'empire d'un état 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 ;

- des accidents en cas de conduite sans permis (permis non délivré, permis faisant l'objet d'une suspension ou de restrictions d'utilisation) ou sans l'âge requis pour les engins à moteur ;
- des guerres civiles ou étrangères, émeutes, insurrections, mouvements populaires, rixes (sauf cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel), attentats, en cas de participation active de l'assuré ;
- des explosions ou radiations causées par réaction nucléaire, transmutation du noyau atomique ou radioactivité supérieure aux normes autorisées,
- d'un fait intentionnel d'une personne assurée ;
- des actes criminels d'une personne assurée.

### 5.3.

## Exclusions spécifiques aux autres garanties de prévoyance

Sont exclues les conséquences directes ou indirectes :

- des événements exclus pour les garanties en cas de décès,
- des maladies et accidents dont la première constatation médicale est antérieure à l'adhésion et qui sont expressément mentionnés sur le certificat d'adhésion,
- d'une mutilation volontaire ou d'une tentative de suicide,
- d'un tremblement de terre,
- de l'usage de stupéfiants ou produits assimilés, non prescrits médicalement ou au-delà des doses prescrites,
- de l'état d'ébriété, d'une intoxication exogène ou d'une conduite addictive,
- de la pratique d'un sport exercé à titre professionnel ou dans un but lucratif, de la participation de l'assuré en tant que

concurrent à des courses comportant l'usage d'un véhicule à moteur quelconque (sauf si l'assuré l'a expressément demandé et si cela est indiqué sur le certificat d'adhésion),

- de tentatives de records à titre amateur ou professionnel,
- des accidents de navigation aérienne, sauf lorsque l'assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat de navigation en cours de validité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmés, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même,
- des accidents dus à des travaux sous-marins ou souterrains ou nécessitant l'utilisation d'explosifs,

De plus, ne sont pas garantis :

- les séjours dans les services et établissements suivants : centre de pré-orientation ou de rééducation professionnelle, maison ou service de repos ou de convalescence, consacrés aux aliénés placés sous la direction ou la surveillance de l'Autorité publique,
- les cures de toute nature (thermales, héliomarines, de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement, de désintoxication, à visée diététique),
- les traitements esthétiques et opérations de chirurgie esthétique (sauf si l'intervention fait suite à un événement garanti).

### 5.4.

## Exclusions spécifiques à la garantie hospitalisation

Sont exclus, outre les exclusions prévues pour les garanties de prévoyance :

- les séjours dans les maisons d'enfants à caractère sanitaire ou social, dans les services de long séjour médicalisé, les unités de soins de longue durée,
- les jours de retour à domicile entre deux périodes d'hospitalisation,
- les hospitalisations de jour ou de nuit uniquement.

Les exclusions spécifiques aux garanties de prévoyance ne s'appliquent pas à la Garantie des Accidents de la Vie, ni aux garanties d'Assistance et de Protection Juridique, pour lesquelles les exclusions mentionnées à l'article correspondant à ces garanties sont seules applicables.

## 6. Où s'exercent les garanties

GARANTIES	TERRITORIALITÉ	PARTICULARITÉS
<b>Décès</b>	Monde entier	/
<b>Incapacité temporaire totale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• France Métropolitaine</li> <li>• Départements et collectivités d'outre-mer, Nouvelle Calédonie et Terres australes et antarctiques françaises</li> <li>• Principautés d'Andorre et de Monaco</li> </ul>	Monde entier pour des séjours ou voyages n'excédant pas 3 mois consécutifs, seulement en cas d'hospitalisation
<b>Incapacité permanente</b>		Monde entier pour des séjours ou voyages n'excédant pas 3 mois consécutifs, à la condition que la constatation et l'estimation du taux d'invalidité soient effectuées en France.
<b>Garantie des Accidents de la Vie</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accidents de la vie privée</li> <li>• Accidents médicaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• France métropolitaine</li> <li>• Départements et collectivités d'outre-mer, Nouvelle Calédonie et Terres australes et antarctiques françaises</li> <li>• Principautés d'Andorre et de Monaco</li> <li>• Pays membres de l'Union Européenne</li> <li>• Suisse, Islande, Liechtenstein, Norvège, Saint Marin et Vatican</li> </ul>	Monde entier pour des séjours ou voyages n'excédant pas 3 mois consécutifs
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accidents de la circulation automobile à l'étranger</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Principautés d'Andorre et de Monaco</li> <li>• Pays membres de l'Union Européenne</li> <li>• Suisse, Islande, Liechtenstein, Norvège, Saint Marin et Vatican</li> </ul>	/
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protection juridique des accidents de la vie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• France métropolitaine</li> <li>• Principautés d'Andorre et de Monaco</li> <li>• États de l'Union Européenne et Suisse</li> </ul>	/
<b>Protection Juridique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• France métropolitaine</li> <li>• Principautés d'Andorre et de Monaco</li> <li>• États de l'Union Européenne et Suisse</li> </ul>	/

GARANTIES	TERRITORIALITÉ	PARTICULARITÉS
<b>Assistance</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Assistance Santé à domicile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>France métropolitaine</li> <li>Principautés de Monaco et d'Andorre</li> </ul>	/
<ul style="list-style-type: none"> <li>Assistance aux personnes en déplacement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monde entier, au-delà d'une franchise de 100 km à partir de la résidence principale ou secondaire.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Monde entier pour des séjours ou voyages n'excédant pas 3 mois consécutifs</li> <li>Si résidence secondaire en France : <ul style="list-style-type: none"> <li>Pour une durée de 90 jours et plus, consécutifs, ce lieu de résidence est considéré, comme le domicile.</li> <li>Pour une durée inférieure à 90 jours consécutifs, la franchise de 100 km s'applique à partir du domicile déclaré sur le certificat d'adhésion.</li> </ul> </li> </ul>

## 7. Indexation des garanties et revalorisation des prestations de prévoyance et de la Garantie des Accidents de la Vie

### 7.1.

#### Indexation des garanties de prévoyance

Les montants des garanties de prévoyance sont indexés chaque année à la date anniversaire de l'adhésion proportionnellement à l'évolution du plafond annuel de la Sécurité sociale constatée au 1<sup>er</sup> janvier précédent.

L'adhérent conserve la possibilité de faire cesser les effets de cette indexation par l'envoi d'une lettre recommandée un mois avant l'échéance annuelle.

### 7.2.

#### Revalorisation des prestations de prévoyance

Pour les rentes en cas de décès et en cas d'invalidité permanente en cours de service, l'assureur fixe chaque année le taux de revalorisation selon les disponibilités du solde du compte de résultats, conformément au Code des assurances.

Les rentes versées depuis plus d'un an sont revalorisées au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

Pour les autres prestations de prévoyance, il n'y a pas de revalorisation.

### 7.3.

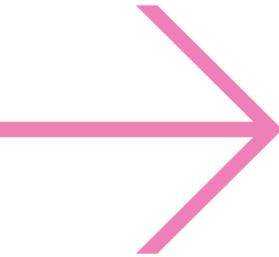
#### Indexation de la Garantie des Accidents de la Vie

Le montant des garanties varie selon :

- l'évolution de l'indice "GAV Plafond" fixé au 1<sup>er</sup> janvier précédent pour les garanties de la vie privée, accidents médicaux et accidents de la circulation automobile à l'étranger, dans la limite de la variation du plafond annuel de la Sécurité sociale,
- la variation de l'indice de la Fédération Française du Bâtiment pour la garantie Protection juridique des accidents de la vie entre l'année d'échéance et l'année d'échéance précédente.

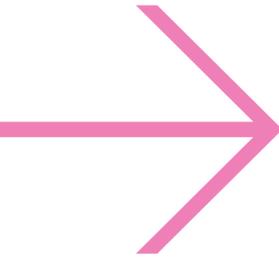


## **II. Les garanties de prévoyance**



# Sommaire

Lexique spécifique aux garanties de prévoyance.....	19
<b>1. Garanties de base de l'adhérent.....</b>	<b>21</b>
<b>1.1. Garantie Rente Décès.....</b>	<b>21</b>
<b>1.2. Garantie Capital Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).....</b>	<b>21</b>
<b>1.3. Dispositions communes aux garanties décès.....</b>	<b>22</b>
<b>1.4. Garantie Exonération du paiement des cotisations en cas de décès.....</b>	<b>22</b>
<b>2. Garanties complémentaires.....</b>	<b>22</b>
<b>2.1. Garanties de l'adhérent.....</b>	<b>23</b>
2.1_1 Garantie Triplement du capital en cas de décès ou PTIA accidentel.....	23
2.1_2 Garantie Rente éducation en cas de décès.....	23
2.1_3 Garanties Invalidité permanente totale / partielle.....	23
2.1_4 Garanties Incapacité temporaire totale.....	28
2.1_5 Garanties hospitalisation.....	31
2.1_6 Garanties exonération du paiement des cotisations.....	32
<b>2.2. Garanties du conjoint assuré.....</b>	<b>33</b>
2.2_1 Garanties Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).....	33
2.2_2 Garantie Double effet.....	33
2.2_3 Garanties Invalidité permanente totale / partielle.....	34
2.2_4 Garanties hospitalisation.....	34
<b>2.3. Garantie des enfants assurés.....</b>	<b>34</b>
2.3_1 Allocations journalières en cas d'hospitalisation.....	34



# Lexique spécifique aux garanties de prévoyance

## DÉFINITION DES PERSONNES CONCERNÉES PAR L'ADHÉSION

---

### Assureur

Groupama Gan Vie auprès de qui l'adhésion a été conclue pour les garanties de prévoyance.

### Bénéficiaire(s) en cas de décès

Personne(s) physique(s) désignée(s) lors de l'adhésion ou ultérieurement pour bénéficier des prestations prévues par les garanties en cas de décès.

### Conjoint

Pour l'application des garanties du conjoint, est considéré comme conjoint de l'adhérent, la personne désignée en cette qualité sur le certificat d'adhésion, qui a souscrit une ou des garantie(s) de l'adhésion, qu'elle soit unie ou non par les liens du mariage. C'est également la même personne qui sera considérée comme conjoint si elle est désignée par cette qualité comme bénéficiaire des garanties en cas de décès. À défaut de conjoint assuré, seul sera considéré comme conjoint, la personne avec laquelle l'adhérent est marié, s'il est désigné par cette qualité comme bénéficiaire des garanties en cas de décès.

### Enfant(s)

Par enfants de l'adhérent ou de son conjoint, il faut entendre les enfants fiscalement à charge, nommément cités sur le certificat d'adhésion, au plus tard jusqu'à leur 21<sup>e</sup> anniversaire.

## AUTRES DÉFINITIONS

---

### Acte authentique

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

### Acte sous seing privé

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

### Date de consolidation

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

### Franchise

Nombre de jours pendant lesquels l'assureur n'intervient pas en cas d'incapacité temporaire totale ou d'hospitalisation.

### Grossesse pathologique

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

### Hospitalisation

Séjour d'une durée de 24 heures consécutives dans un établissement hospitalier (public ou privé), conventionné ou agréé par la Sécurité sociale française ou son équivalent dans un autre pays, au titre d'un accident ou d'une maladie.

### Hospitalisation à domicile

Structure de soins complexes, médicaux et paramédicaux, fréquents et coordonnés au domicile de l'assuré, répondant aux critères définis à l'article R. 6121-4 du Code de la santé publique et ses décrets et circulaires d'application.

### Incapacité temporaire totale

Impossibilité totale, physique ou mentale, médicalement constatée, résultant d'une maladie ou d'un accident, d'exercer temporairement :

- soit sa profession déclarée ; on parle alors d'incapacité temporaire professionnelle ;
- soit toute activité ou occupation, même de surveillance ou de direction, pouvant procurer salaire, gain ou profit ; on parle alors d'incapacité temporaire fonctionnelle.

Cette impossibilité doit être ordonnée médicalement et justifiée par un certificat médical.

## Incapacité temporaire partielle

Situation dans laquelle l'assuré a la capacité de reprendre partiellement, sur prescription médicale, son activité professionnelle après une période d'incapacité temporaire totale.

## Invalidité fonctionnelle permanente

État physiologique médicalement constaté dans lequel l'assuré se trouve lorsque, après stabilisation supposée définitive de son état de santé suite à un accident ou une maladie, sa capacité fonctionnelle physique ou mentale, reste réduite.

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

## Ininvalidité professionnelle permanente

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

Le taux d'invalidité professionnelle permanente est apprécié :

- par rapport à l'activité professionnelle effectivement exercée au jour du sinistre,
- à partir des documents produits et des éventuelles expertises.

## Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Impossibilité définitive et totale, pour l'assuré, d'exercer une profession quelconque ou une occupation pouvant procurer gain ou profit, en raison de son état de santé physique et/ou psychique, médicalement constaté par l'assureur et l'obligant, en outre à avoir recours à l'assistance

constante d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (se nourrir, satisfaire à son hygiène corporelle, s'habiller, se déplacer).

## Questionnaire de santé

Questionnaire complémentaire à la demande d'adhésion par lequel l'assuré déclare son état de santé à la date de signature de la demande d'adhésion ou de l'avenant modificatif et les événements médicaux antérieurs à cette date, en répondant précisément et de bonne foi à chacune des questions posées. Le questionnaire de santé sert à l'évaluation du risque et à l'acceptation de l'adhésion par l'assureur. Il peut être adressé sous pli confidentiel au Médecin-conseil de l'assureur, si tel est le souhait de l'adhérent.

## Rechute

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

## Récidive

Réapparition d'une maladie ou d'un mal dont l'assuré était déjà atteint et avait complètement guéri et qui aurait été prise en charge par l'assureur.

## Seuil d'intervention

Pourcentage d'invalidité permanente liée à l'accident ou la maladie déclarée à partir duquel sont versées les prestations invalidité.

## Sinistre

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

# 1. Garanties de base de l'adhérent

Les garanties Décès toutes causes (Capital et/ou Rente) sont les garanties de base.

L'adhérent peut choisir l'une ou l'autre des garanties Rente Décès, Capital Décès/PTIA ou cumuler les deux garanties.

Les garanties choisies, leurs montants par bénéficiaire et l'identité de ces derniers sont indiqués sur le certificat d'adhésion ou l'avenant à l'adhésion.

Le versement de la prestation en cas de décès ou de PTIA met fin à l'adhésion, sous réserve des dispositions prévues à l'article 1.4. "Garantie Exonération du paiement des cotisations en cas de décès".

## 1.1. Garantie Rente Décès

### a. Objet de la garantie

L'assureur garantit le versement d'une rente viagère en cas de décès de l'assuré avant le terme de l'adhésion.

### b. Modalités de versement

En cas de décès, la rente viagère est versée au bénéficiaire nécessairement désigné lors de l'adhésion pour détermination du montant de la cotisation.

Toute modification du bénéficiaire est susceptible de changer le montant de la cotisation du contrat, en raison de l'âge du bénéficiaire lors de sa désignation au contrat. La modification doit être constatée par l'émission d'un avenant à l'adhésion.

La rente prend effet le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit le décès de l'assuré. Elle est versée trimestriellement, à terme échu. Son montant est indiqué sur le certificat d'adhésion ou par avenant à l'adhésion.

La rente est minorée de 25 %, dès que le bénéficiaire atteint 65 ans, que ce soit lors du premier versement de la rente ou ultérieurement.

Le service de la rente s'interrompt au début du trimestre au cours duquel se produit le décès du bénéficiaire.

### c. Fin de la garantie

La garantie Rente décès prend fin :

- lors du paiement de la rente en cas de décès,
- en cas de versement du capital PTIA, si la garantie a été souscrite,
- au plus tard la veille de l'échéance principale de l'adhésion qui suit le 85<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré.

## 1.2.

## Garantie Capital Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

### a. Objet de la garantie

L'assureur garantit le versement d'un capital en cas de décès ou en cas de PTIA de l'assuré avant le terme de l'adhésion.

La PTIA doit être médicalement constatée avant le 60<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré.

### b. Modalités de versement

Le paiement du capital en cas de décès ou de PTIA est effectué en une seule fois dans un délai maximum d'un mois après réception du dossier complet prévu à l'article 4.1. "En cas de sinistre" du chapitre VI "Fonctionnement de l'adhésion".

En cas de PTIA, le capital est versé à l'assuré. En cas de décès, le capital est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s).

### c. Fin de la garantie

La garantie Capital décès prend fin :

- à la date de paiement du capital décès ou PTIA,
- au plus tard la veille de l'échéance principale de l'adhésion qui suit le 85<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré.

La garantie Capital PTIA prend fin :

- à la date du paiement du capital PTIA,
- au plus tard la veille de l'échéance principale de l'adhésion qui suit le 60<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré.

1.3.

## Dispositions communes aux garanties décès

### a. Modalité de désignation du ou des bénéficiaire(s)

L'assuré désigne le ou les bénéficiaire(s) du capital et/ou de la rente en cas de décès lors de l'adhésion.

Il peut également désigner des bénéficiaires ultérieurement par avenant à l'adhésion, si la clause bénéficiaire n'est plus appropriée.

Pour faciliter la recherche des bénéficiaires désignés par leur nom, il est recommandé d'indiquer les coordonnées détaillées du ou des bénéficiaires (nom et le cas échéant nom de jeune fille, prénom, adresse, date et lieu de naissance) et d'informer l'assureur en cas de modification.

La désignation des bénéficiaires du capital décès peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique.

Le capital décès, à défaut de bénéficiaire désigné, sera versé, selon l'ordre suivant :

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

Pour la garantie rente décès, toute modification doit être notifiée à l'assureur et constatée par avenant. Toute modification du bénéficiaire est susceptible de changer le montant de la cotisation du contrat, en raison de l'âge du bénéficiaire lors de sa désignation au contrat.

### b. Modalité d'acceptation du ou des bénéficiaire(s) du capital et/ou de la rente en cas de décès

Avec l'accord de l'assuré, un bénéficiaire peut accepter la clause bénéficiaire.

L'acceptation est alors formalisée :

- soit par un avenant que l'assuré, le bénéficiaire et l'assureur signent,
- soit par un acte authentique ou sous seing privé que l'assuré et le bénéficiaire signent et notifient par écrit à l'assureur.

Lorsque la désignation de bénéficiaire est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de 30 jours à compter de la date de signature du certificat d'adhésion.

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

### c. Compte de résultats

Chaque année, l'assureur établit un compte de résultats. Les résultats de ce compte servent à la revalorisation des rentes en cours de service.

1.4.

## Garantie Exonération du paiement des cotisations en cas de décès

En cas de décès de l'adhérent, l'assureur permet sans paiement de cotisations, le maintien des garanties des autres assurés, excepté des garanties d'Assistance et de la Garantie des Accidents de la Vie, pendant une durée d'un an à compter de la date du décès.

Cette garantie est obligatoire lorsqu'il y a un autre assuré à l'adhésion (conjoint, enfant).

## 2. Garanties complémentaires

Elles peuvent être souscrites en complément des garanties de base et sont précisées sur le certificat d'adhésion. L'adhérent peut les ajouter ou les

supprimer en cours d'adhésion. Les modifications des garanties et de la cotisation ainsi que leur date d'effet sont constatées par un avenant.

## 2.1. Garanties de l'adhérent

### 2.1\_1 Garantie Triplement du capital en cas de décès ou PTIA accidentel

Lorsque le décès ou la PTIA est consécutif à un accident et survient dans le délai d'un an à compter de l'accident, l'assureur verse un capital supplémentaire qui permet au total de tripler le capital prévu à l'article 1.2. "Capital décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie" des garanties de base.

Le choix de cette garantie est conditionné par la présence de la garantie Capital décès ou PTIA.

Cette garantie prend fin au plus tard la veille de l'échéance principale de l'adhésion qui suit le 85<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré.

### 2.1\_2 Garantie Rente éducation en cas de décès

Le choix de cette garantie est conditionné à la présence d'une garantie Décès toutes causes pour l'adhérent.

#### a. Objet de la garantie

En cas de décès de l'assuré à la suite d'une maladie ou d'un accident avant le terme de la garantie, l'assureur garantit le versement d'une rente temporaire à son (ses) enfant(s) désigné(s) au certificat d'adhésion.

#### b. Modalités de versement

La rente prend effet le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit le décès de l'assuré. Elle est versée trimestriellement, à terme échu, jusqu'au 21<sup>ème</sup> ou 26<sup>ème</sup> anniversaire de l'enfant, selon le terme de service de la prestation choisi lors de l'adhésion.

Son montant est indiqué sur le certificat d'adhésion ou par avenant à l'adhésion.

Le service de la rente s'interrompt au début du trimestre au cours duquel se produit le décès du bénéficiaire.

#### c. Fin de la garantie et du versement de la prestation

La garantie Rente éducation en cas de décès prend fin :

- lors de la mise en paiement de la rente éducation en cas de décès,

- au plus tard la veille de l'échéance principale de l'adhésion qui suit le 85<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré,
- au plus tard la veille de l'échéance principale de l'adhésion qui suit le 21<sup>ème</sup> ou 26<sup>ème</sup> anniversaire de l'enfant, selon le terme de service de la prestation choisi lors de l'adhésion,
- au décès de l'enfant bénéficiaire.

Le versement de la rente éducation cesse :

- au plus tard la veille de l'échéance principale de l'adhésion qui suit le 21<sup>ème</sup> ou 26<sup>ème</sup> anniversaire de l'enfant, selon le terme choisi lors de l'adhésion,
- au décès de l'enfant bénéficiaire.

### 2.1\_3 Garanties Invalidité permanente totale / partielle

#### 2.1.3.1. Garanties Invalidité permanente toutes causes

##### a. Objet des garanties

En cas d'invalidité permanente dont le taux combiné (défini à l'article ci-après) est au moins égal à 33 % en cas de maladie ou à 10 % en cas d'accident, l'assureur verse, selon les garanties souscrites, un pourcentage de rente et/ou du capital.

Si le taux combiné d'invalidité permanente est égal ou supérieur à 66 %, l'assureur verse la totalité du montant de la prestation.

##### b. Détermination du taux combiné d'invalidité permanente

La détermination du taux d'invalidité s'effectue à la date de consolidation.

Il est évalué par le Médecin-conseil, en dehors de toute autre référence, par un taux (N) qui résulte de la combinaison des taux d'invalidité professionnelle et fonctionnelle selon le tableau suivant, tel que :

- l'invalidité fonctionnelle, qu'elle soit physique ou mentale, est appréciée par un taux de 0 à 100 %, en dehors de toute considération professionnelle, par référence au barème fonctionnel indicatif des incapacités en droit commun dit du "concours médical" en vigueur au moment de l'événement.
- l'invalidité professionnelle est appréciée en fonction de la profession 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.

Exemples de taux d'invalidité retenus, à partir d'un taux d'invalidité fonctionnelle et d'un taux d'invalidité professionnelle, allant de 10 % à 100 % :

Taux d'invalidité permanente (N)										
TAUX D'INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE	TAUX D'INVALIDITÉ FONCTIONNELLE									
	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
10 %	10,00	15,87	20,80	25,20	29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20 %	12,60	20,00	26,21	31,75	36,84	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30 %	14,42	22,89	30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40 %	15,87	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50 %	17,10	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60 %	18,17	28,84	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70 %	19,13	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80 %	20,00	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90 %	20,80	33,02	43,27	52,41	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100 %	21,54	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

Est considéré en invalidité permanente totale, l'assuré dont la combinaison des taux d'invalidité professionnelle et fonctionnelle (N), évalués selon le tableau ci-dessus est supérieure ou égale à 66 %.

### c. Détermination de la prestation versée

Le pourcentage d'indemnisation applicable au capital ou à la rente est déterminé de la façon suivante :

- [N-10]/[66-10] sans pouvoir dépasser 100 % du montant souscrit et précisé sur le certificat d'adhésion, si l'invalidité est la conséquence d'un accident,

- [N-33]/[66-33] sans pouvoir dépasser 100 % du montant souscrit et précisé sur le certificat d'adhésion, si l'invalidité est la conséquence d'une maladie.

Les tableaux suivants résultent de l'application des formules ci-dessus et proposent une lecture directe du pourcentage d'indemnisation selon que l'invalidité a pour origine une maladie ou un accident.

En cas de maladie :

TAUX D'INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE	TAUX D'INVALIDITÉ FONCTIONNELLE									
	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
10 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	0 %	11 %	21 %	31 %	41 %
20 %	0 %	0 %	0 %	0 %	12 %	26 %	40 %	53 %	65 %	77 %
30 %	0 %	0 %	0 %	10 %	28 %	44 %	60 %	75 %	89 %	100 %
40 %	0 %	0 %	0 %	21 %	41 %	59 %	76 %	92 %	100 %	100 %
50 %	0 %	0 %	8 %	31 %	52 %	71 %	90 %	100 %	100 %	100 %
60 %	0 %	0 %	15 %	39 %	61 %	82 %	100 %	100 %	100 %	100 %
70 %	0 %	0 %	21 %	46 %	69 %	91 %	100 %	100 %	100 %	100 %
80 %	0 %	0 %	26 %	53 %	77 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
90 %	0 %	0 %	31 %	59 %	84 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
100 %	0 %	4 %	36 %	65 %	91 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

En cas d'accident :

TAUX D'INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE	TAUX D'INVALIDITÉ FONCTIONNELLE									
	10 %	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
10 %	0 %	10 %	19 %	27 %	34 %	41 %	47 %	54 %	59 %	65 %
20 %	5 %	18 %	29 %	39 %	48 %	56 %	64 %	72 %	79 %	87 %
30 %	8 %	23 %	36 %	47 %	57 %	67 %	76 %	85 %	94 %	100 %
40 %	10 %	27 %	41 %	54 %	65 %	76 %	86 %	96 %	100 %	100 %
50 %	13 %	31 %	46 %	59 %	71 %	83 %	94 %	100 %	100 %	100 %
60 %	15 %	34 %	50 %	64 %	77 %	89 %	100 %	100 %	100 %	100 %
70 %	16 %	36 %	53 %	68 %	82 %	95 %	100 %	100 %	100 %	100 %
80 %	18 %	39 %	56 %	72 %	87 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
90 %	19 %	41 %	59 %	76 %	91 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
100 %	21 %	43 %	62 %	79 %	95 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

#### d. Barèmes spécifiques dédiés à la profession exercée par l'assuré(e)

Pour l'assuré(e) qui a choisi cette option au moment de l'adhésion, le taux d'indemnisation applicable au capital ou à la rente est indiqué dans les tableaux ci-après, suivant la pathologie concernée et suivant la cause de l'invalidité, maladie ou accident.

Pour les cas d'invalidité non prévus aux barèmes spécifiques, le taux d'invalidité est évalué conformément aux dispositions du paragraphe b. "Détermination du taux combiné d'invalidité permanente".

Le pourcentage d'indemnisation applicable au capital ou à la rente est déterminé suivant les dispositions du paragraphe c. "Détermination de la prestation versée".

Il en est de même si l'assuré(e) venait à changer d'activité pour une profession n'offrant pas la possibilité de bénéficier de cette option.

**La souscription de ces barèmes spécifiques n'est pas ouverte au conjoint assuré : les barèmes spécifiques ne sauraient donc, en aucun cas, lui être applicables.**

## BAREMES INVALIDITE PROFESSIONNELLE EN CAS DE MALADIE

### Taux d'indemnisation en pourcentage

BARÈMES	A		B		C	
<b>NEUROLOGIE - RACHIS</b>						
Tétraplégie haute	100		100		100	
Tétraplégie basse (en dessous de C6)	100		100		100	
Paraplégie complète	100		100		100	
Hémiplégie majeure	100		100		100	
Hémiplégie spastique	100		100		100	
<b>ORL - OPHTHALMOLOGIE</b>						
Cécité complète	100		100		100	
Perte totale d'un oeil (énucléation)	8		23		36	
Perte de la vision d'un oeil ou réduction de l'acuité visuelle à moins de 1/20	0		9		20	
Réduction de l'acuité d'un oeil de 1/10 à 3/3/10	0		0		0	
Surdité incurable et totale des 2 oreilles	100		100		100	
Surdité incurable et totale d'une oreille	8		8		8	
<b>MEMBRES SUPÉRIEURS</b>						
	D	ND	D	ND	D	ND
Amputation ou perte totale du membre supérieur	100	71	100	89	100	100
Amputation ou perte totale de l'avant bras	100	41	100	58	100	78
Perte complète des mouvements de l'épaule	36	1	36	11	36	20
Perte complète des mouvements du coude	20	0	20	0	20	4
Perte complète des mouvements du poignet	4	0	4	0	4	0
<b>MAINS</b>						
Amputation ou perte fonctionnelle totale :	D	ND	D	ND	D	ND
de la main	91	31	91	49	91	65
du pouce	4	0	4	0	4	0
de l'index	0	0	0	0	0	0
du médus	0	0	0	0	0	0
<b>MEMBRES INFÉRIEURS</b>						
Perte totale de l'usage des deux jambes compensée uniquement par l'usage d'un fauteuil roulant	100		100		100	
Amputation haute de la cuisse non appareillable ou perte totale de la fonction d'une jambe	89		100		100	
Amputation haute de la cuisse appareillable	77		91		91	
Amputation de la cuisse 1/3 moyen	39		53		53	
Amputation de la jambe 1/3 moyen	15		26		26	
Perte complète des mouvements de la hanche	26		36		36	
Perte complète des mouvements du genou	15		26		26	
Perte complète des mouvements de la cheville	0		0		0	
<b>PIEDS</b>						
Amputation ou perte fonctionnelle totale du pied	0		15		15	
Amputation partielle d'un pied, comprenant tous les orteils et métatarsiens	0		0		0	
Amputation des cinq orteils	0		0		0	
Amputation du gros orteil	0		0		0	

D = Dominant      ND = Non Dominant

## BAREMES INVALIDITE PROFESSIONNELLE EN CAS D'ACCIDENT

### Taux d'indemnisation en pourcentage

BARÈMES	A		B		C	
<b>NEUROLOGIE - RACHIS</b>						
Tétraplégie haute	100		100		100	
Tétraplégie basse (en dessous de C6)	100		100		100	
Paraplégie complète	100		100		100	
Hémiplégie majeure	100		100		100	
Hémiplégie spastique	100		100		100	
<b>ORL - OPHTHALMOLOGIE</b>						
Cécité complète	100		100		100	
Perte totale d'un oeil (énucléation)	46		55		62	
Perte de la vision d'un oeil ou réduction de l'acuité visuelle à moins de 1/20	38		46		53	
Réduction de l'acuité d'un oeil de 1/10 à 3/3/10	23		28		34	
Surdité incurable et totale des 2 oreilles	100		100		100	
Surdité incurable et totale d'une oreille	46		46		46	
<b>MEMBRES SUPÉRIEURS</b>						
	D	ND	D	ND	D	ND
Amputation ou perte totale du membre supérieur	100	83	100	93	100	100
Amputation ou perte totale de l'avant bras	100	65	100	75	100	87
Perte complète des mouvements de l'épaule	62	42	62	48	62	53
Perte complète des mouvements du coude	53	31	53	36	53	43
Perte complète des mouvements du poignet	43	19	43	24	43	32
<b>MAINS</b>						
Amputation ou perte fonctionnelle totale :	D	ND	D	ND	D	ND
de la main	95	59	95	70	95	79
du pouce	43	22	43	27	43	32
de l'index	6	0	9	0	11	4
du médius	6	0	9	1	14	7
<b>MEMBRES INFÉRIEURS</b>						
Perte totale de l'usage des deux jambes compensée uniquement par l'usage d'un fauteuil roulant	100		100		100	
Amputation haute de la cuisse non appareillable ou perte totale de la fonction d'une jambe	93		100		100	
Amputation haute de la cuisse appareillable	87		95		95	
Amputation de la cuisse 1/3 moyen	64		72		72	
Amputation de la jambe 1/3 moyen	50		56		56	
Perte complète des mouvements de la hanche	56		62		62	
Perte complète des mouvements du genou	50		56		56	
Perte complète des mouvements de la cheville	27		34		34	
<b>PIEDS</b>						
Amputation ou perte fonctionnelle totale du pied	41		50		50	
Amputation partielle d'un pied, comprenant tous les orteils et métatarsiens	29		38		38	
Amputation des cinq orteils	11		15		15	
Amputation du gros orteil	5		8		8	

D = Dominant      ND = Non Dominant

## e. Modalités de versement de la prestation

### Versement de la rente

La rente est versée trimestriellement, à terme échu, à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la date de consolidation, jusqu'au 65<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré.

L'aggravation ou l'amélioration ultérieure de l'état de santé de l'assuré médicalement constatée par l'assureur, entraînant une augmentation ou une diminution d'au moins 10 points du taux d'invalidité combiné (par exemple: augmentation de 10 points sur un taux combiné initial de 45 %, soit un nouveau taux de 55 %) donne lieu à révision de la rente d'invalidité.

L'assureur se réserve le droit, tout au long du service de la rente, de demander un justificatif de l'état de santé de l'assuré.

### Versement du capital

Le capital est versé en une seule fois, à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la date de consolidation.

Le montant du capital versé est définitif et ne donnera lieu à aucune révision en cas d'aggravation ou d'amélioration ultérieure de l'invalidité.

## f. Compte de résultats

Chaque année, l'assureur établit un compte de résultats. Les résultats de ce compte servent à la revalorisation des rentes en cours de service.

## g. Fin des garanties et du versement des prestations

La garantie invalidité permanente capital ou rente et le versement de la rente cessent :

- à la date à laquelle la pension de vieillesse de l'assuré prend effet ;
- lors du paiement du capital PTIA, si la garantie a été souscrite ;
- au plus tard la veille de l'échéance principale de l'adhésion qui suit le 65<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré.

La garantie invalidité permanente capital ou rente cesse également en cas de décès de l'assuré, la veille du 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit sa date de survenance.

Le paiement du capital met fin à la garantie capital invalidité permanente, dans la mesure où le capital n'est versé qu'une seule fois.

### 2.1.3.2. Garantie Triplement du capital en cas d'invalidité permanente accidentelle

Lorsque l'invalidité permanente résulte d'un accident et que la date de consolidation intervient dans le délai d'un an à compter de celui-ci, l'assureur verse un capital supplémentaire qui permet au total de tripler le capital invalidité dû au titre de l'article 2.1.2.1. "Garanties Invalidité permanente toutes causes".

Le choix de cette garantie est conditionné à la présence de la garantie invalidité sous forme de capital.

## 2.1\_4 Garanties Incapacité temporaire totale

### 2.1.4.1. Garantie Indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire totale

#### a. Objet des garanties

Au terme de la franchise choisie, les garanties prévoient le versement d'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale suite à une maladie ou un accident et en cas d'incapacité temporaire partielle survenant après une incapacité temporaire totale. En cas de reprise d'activité à temps partiel médicalement prescrite, l'indemnité journalière est réduite en proportion du taux de reprise de l'activité.

L'incapacité temporaire totale professionnelle n'ouvre droit à indemnisation qu'entre le 1<sup>er</sup> et le 365<sup>e</sup> jour ; au-delà, si l'incapacité se prolonge, seule l'incapacité temporaire totale fonctionnelle autorise le maintien du droit à indemnisation et ce, au plus tard, jusqu'au 1095<sup>e</sup> jour d'incapacité. L'incapacité temporaire partielle fonctionnelle ne donne pas lieu à indemnisation.

Si l'adhérent choisit la franchise de 7 jours et si l'assuré est hospitalisé au cours de cette période pendant plus de 3 jours consécutifs pour maladie, ou plus d'une journée pour accident, les indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale sont versées du jour d'entrée dans l'établissement hospitalier, sous réserve que la durée totale d'incapacité soit supérieure à la franchise.

L'assuré ne peut souscrire qu'une seule des garanties Incapacité temporaire totale suivantes :

- Incapacité temporaire totale Classique,
- Incapacité temporaire totale Pics d'activité,
- Incapacité temporaire totale Saisonnière,
- Incapacité temporaire totale Modulable.

Les garanties "Incapacité temporaire totale Pics d'activité", "Incapacité temporaire totale Saisonnière" et "Incapacité temporaire totale Modulable" sont réservées aux Travailleurs Non Salariés: artisans, commerçants, exploitants agricoles et professions libérales.

#### b. Présentation des garanties

##### Garantie Incapacité temporaire totale Classique

L'assureur garantit le versement d'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale consécutive à un accident ou une maladie.

### **Garantie Incapacité temporaire totale Pics d'activité**

L'assureur garantit une majoration de 50 % des indemnités journalières versées pendant une ou plusieurs période(s) clé(s) de l'activité professionnelle de l'assuré, en cas d'incapacité temporaire totale consécutive à un accident ou une maladie.

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

Les mois choisis, consécutifs ou non, sont précisés sur le certificat d'adhésion.

### **Garantie Incapacité temporaire totale Saisonnière**

L'assureur garantit le versement d'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale consécutive à un accident ou une maladie pendant les seuls mois de l'année où l'assuré exerce son activité professionnelle saisonnière.

L'assuré doit choisir les mois de l'année, consécutifs ou non, durant lesquels il souhaite être indemnisé :

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

Les mois choisis, dénommés ci-après "période(s) saisonnière(s)", sont précisés sur le certificat d'adhésion. Si l'incapacité temporaire débute avant la période saisonnière et se poursuit pendant celle-ci, elle pourra donner lieu à indemnisation.

L'incapacité temporaire pendant les autres mois de l'année ne donne lieu au versement d'aucune indemnité journalière de quelque nature que ce soit, au titre de la présente adhésion.

L'assuré doit déclarer à l'adhésion l'ensemble des activités professionnelles exercées en dehors des périodes saisonnières.

### **Garantie Incapacité temporaire totale Modulable**

L'assureur garantit le versement d'indemnités journalières dont les montants sont modulables en fonction de la durée du versement, en cas d'incapacité temporaire totale consécutive à un accident ou une maladie.

L'assuré choisit à l'adhésion 3 montants d'indemnité journalière, selon 3 paliers de durée de versement :

- pendant les 90 premiers jours d'incapacité temporaire totale,
- du 91<sup>e</sup> jour au 360<sup>e</sup> jour,
- à compter du 361<sup>e</sup> jour.

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

## **2.1.4.2. Garantie Remboursement des frais professionnels**

### **a. Objet de la garantie**

Cette garantie est réservée aux Travailleurs Non Salariés, Non Agricoles : artisans, commerçants et professions libérales.

L'assureur garantit le versement d'indemnités journalières pour rembourser les frais généraux professionnels permanents réels, dans la limite du montant choisi, en cas d'incapacité temporaire totale consécutive à un accident ou une maladie. En cas de reprise d'activité à temps partiel médicalement prescrite, l'indemnité journalière est réduite en proportion du taux de reprise de l'activité.

L'incapacité temporaire totale professionnelle n'ouvre droit à indemnisation qu'entre le 1<sup>er</sup> et le 365<sup>e</sup> jour ; au-delà, si l'incapacité se prolonge, seule l'incapacité temporaire totale fonctionnelle autorise le maintien du droit à indemnisation et ce, au plus tard, jusqu'au 1095<sup>e</sup> jour d'incapacité. L'incapacité temporaire partielle fonctionnelle ne donne pas lieu à indemnisation.

Les frais généraux professionnels permanents sont la moyenne des frais déclarés par l'assuré sur ses déclarations fiscales au cours des trois exercices civils précédant la date de l'incapacité temporaire totale 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, dépenses d'eau, de gaz, d'électricité, de chauffage, de téléphone ;
- location de matériel et de mobilier ;
- cotisations d'assurances professionnelles ;
- cotisations syndicales et professionnelles ;
- coût des crédits-baux

La garantie de frais professionnels ne tient pas compte des amortissements et provisions ainsi que de la TVA lorsque l'assuré peut les récupérer.

Lorsque l'assuré(e) exerce son activité professionnelle sous forme de société soumise à l'impôt sur les sociétés, les prestations sont versées à la personne morale qui a engagé les frais professionnels.

### **b. Montant de l'indemnité remboursement des frais professionnels**

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

Pour les créations d'entreprises, les frais généraux professionnels permanents pris en considération sont ceux définis dans le bilan prévisionnel de l'entreprise et certifiés par un expert-comptable. Tous les justificatifs comptables et fiscaux doivent être des originaux.

En cas de reprise d'activité à temps partiel médicalement prescrite, survenant avant la fin des douze premiers mois d'indemnisation, l'indemnité journalière est réduite en proportion du taux de reprise de l'activité. La reprise d'activité à temps partiel au-delà des 12 mois ne donne lieu à aucune indemnisation.

### **2.1.4.3. Indemnité de remboursement des frais de remplacement**

Cette garantie est réservée aux Travailleurs Non Salariés : artisans, commerçants, professions libérales et exploitants agricoles.

#### **a. Nature de la garantie**

Si l'Assuré est en incapacité temporaire totale, médicalement reconnue, consécutive à un accident, une maladie ou une maladie professionnelle telle que définie à l'article R. 461-3 du Code de la Sécurité sociale, l'assureur verse une indemnité journalière en remboursement des Frais de Remplacement dont le montant est précisé au Certificat d'Adhésion, après application d'une franchise de 3 jours en cas d'accident (supprimée en cas d'hospitalisation de plus de 3 jours) et de 15 jours en cas de maladie.

La franchise est calculée à partir du 1<sup>er</sup> jour d'incapacité temporaire totale, qu'il y ait ou non remplacement à cette date.

#### **b. Montant de la garantie**

L'indemnité journalière versée correspond aux frais journaliers de remplacement réellement exposés dans la limite du montant souscrit.

Pour donner lieu à indemnisation, les frais journaliers de remplacement doivent être justifiés par la production des pièces suivantes :

- la déclaration d'emploi adressée à la caisse d'assurance sociale obligatoire pour la période de remplacement, sur laquelle figurent les salaires nets versés au salarié occasionnel,
- les copies des factures réglées à l'organisme ayant assuré les prestations du service de remplacement pour la période d'incapacité temporaire totale,
- en cas de rétrocessions d'honoraires, la copie du contrat de remplacement pour incapacité temporaire totale, accompagnée d'une attestation de l'assuré qui mentionne la période de remplacement ainsi que le montant de la rétrocession d'honoraires.

### **c. Durée de versement de l'indemnité**

L'indemnité est versée pendant au plus 180 jours pour le même sinistre, sur présentation des justificatifs de dépenses.

Par dérogation à l'article 2.1.3.4., alinéa b, ci-après, le versement de la prestation cesse notamment :

- lorsque l'Assuré reprend partiellement ou totalement son activité professionnelle, ou
- lorsque, son état de santé étant considéré comme stabilisé, il n'est plus reconnu en incapacité temporaire totale.

### **2.1.4.4. Dispositions communes à l'ensemble des garanties Incapacité temporaire totale**

Les garanties en cas d'incapacité temporaire sont acquises si l'assuré exerce son activité professionnelle au moment de la survenance de l'événement. Leurs effets prennent fin, de plein droit, dès l'arrêt de cette activité, sauf s'il est dû à une incapacité garantie. Ils sont rétablis intégralement sitôt la reprise d'une activité professionnelle contractualisée, dans la mesure où les garanties en cause ont été maintenues à l'adhésion pendant l'intervalle d'interruption et leur cotisation régulièrement acquittée.

#### **a. Grossesse pathologique**

L'assureur garantit également, quelle que soit la garantie Incapacité temporaire totale souscrite et dans les limites indiquées pour chaque garantie, le versement d'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale résultant d'une grossesse pathologique, sous réserve de l'avis du Médecin-conseil.

Ainsi, 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 être couvertes par la présente adhésion.

#### **b. Versement des indemnités journalières**

Après expiration du délai de franchise indiqué sur le certificat d'adhésion, les indemnités journalières sont dues pour chaque jour d'incapacité temporaire totale consécutive à un même accident ou une même maladie.

En ce qui concerne la garantie indemnité journalière saisonnière, si l'incapacité temporaire totale débute en dehors de la période saisonnière et se prolonge pendant celle-ci, le délai de franchise démarre au 1<sup>er</sup> jour de l'incapacité temporaire.

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 le travail, l'assuré doit l'interrompre à nouveau en cas de rechute, moins de 60 jours après la fin de l'incapacité temporaire totale ayant fait l'objet d'une précédente indemnisation. La prise en charge de l'incapacité modulable reprend au même montant d'indemnité journalière jusqu'à épuisement, en nombre de jours, de la durée du palier considéré.

En revanche, pour toute rechute qui surviendrait au-delà de ces 60 jours, le délai de franchise serait à nouveau appliqué et la prise en charge de la garantie incapacité modulable repartirait ainsi au premier palier.

La prise en charge de l'incapacité temporaire partielle intervient uniquement à la suite d'une incapacité temporaire totale préalable.

Le versement des prestations cesse :

- lorsque l'assuré reprend une activité professionnelle (sauf en cas d'incapacité temporaire partielle) ;
- lorsque l'état de santé de l'assuré étant considéré comme stabilisé, une date de consolidation pouvant être fixée, l'assuré n'est plus reconnu en incapacité temporaire totale ou en incapacité temporaire partielle par le Médecin-conseil de l'assureur ;
- au plus tard 1 095 jours après le 1<sup>er</sup> jour d'incapacité temporaire totale pour une même maladie ou un même accident, limité à 365 jours en cas d'incapacité professionnelle ou en cas d'affection rachidienne, de troubles du comportement aigus ou chroniques, de syndromes névrotiques ou psychiques, de dépressions nerveuses, de fibromyalgie ;
- au plus tard 365 jours ou 730 jours selon précision au certificat d'adhésion, après le 1<sup>er</sup> jour d'incapacité temporaire totale pour une même maladie ou un même accident, pour les frais professionnels, limité à 365 jours en cas d'incapacité professionnelle ou en cas d'affection rachidienne, de troubles du comportement aigus ou chroniques, de syndromes névrotiques ou psychiques, de dépressions nerveuses, de fibromyalgie ;
- au plus tard à la fin de la période saisonnière ;
- au plus tard 180 jours après le 1<sup>er</sup> jour d'incapacité temporaire totale pour une même maladie ou un même accident pour les frais de remplacement ;
- au plus tard la veille de l'échéance principale de l'adhésion qui suit le 65<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré ;
- à la date à laquelle la pension de vieillesse de l'assuré prend effet ;
- lors du versement du capital en cas de PTIA, si la garantie a été souscrite.

### c. Fin des garanties

Les garanties prennent fin :

- de plein droit à l'arrêt de l'activité professionnelle, sauf si celui-ci est dû à une incapacité temporaire totale garantie ;

- à la date à laquelle la pension de vieillesse de l'assuré prend effet ;
- à la date de consolidation de l'invalidité permanente totale ;
- lors du versement du capital PTIA, si la garantie a été souscrite ;
- au plus tard la veille de l'échéance principale de l'adhésion, qui suit le 65<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré.

### d. Limitations

Les garanties Incapacité temporaire totale ne peuvent pas être souscrites sans une des deux garanties Invalidité permanente.

Le choix de ces garanties n'est possible que si l'assuré exerce une activité professionnelle depuis au moins trois mois.

La garantie n'est pas accordée en cas d'interruption d'activité professionnelle liée à la maternité, sauf grossesse pathologique.

## 2.1\_5 Garanties hospitalisation

### 2.1.5.1. Allocations journalières en cas d'hospitalisation

#### a. Objet de la garantie

Cette garantie est due en cas d'hospitalisation de plus de 3 jours sans interruption à la suite d'une maladie ou de plus d'un jour en cas d'accident, dans un établissement hospitalier de l'Union Européenne, ou au domicile de l'assuré. L'allocation est versée par journée complète d'hospitalisation à compter de la première journée. Son montant est précisé sur le certificat d'adhésion.

Le transfert de l'assuré dans un autre établissement, pour la même affection, n'est pas considéré comme une nouvelle hospitalisation.

La garantie couvre également les hospitalisations dues à la grossesse pathologique, garantie par la présente adhésion.

Le règlement des sommes dues est effectué en fin d'hospitalisation ou mensuellement sur demande de l'assuré. En cas de déclaration au-delà de 30 jours à compter du 1<sup>er</sup> jour d'hospitalisation, le droit aux prestations ne s'ouvrira qu'à compter du jour de la réception de la lettre de déclaration.

La prestation s'ajoute à celle qui peut éventuellement être versée à l'assuré par la Sécurité sociale, ou par tout autre organisme.

## b. Limites de versement des allocations journalières

La prestation est limitée pour une même maladie ou un même accident à 730 jours dont au maximum 365 jours en cas d'affection rachidienne, de troubles du comportement aigus ou chroniques, de syndromes névrotiques ou psychiques, de dépressions nerveuses, de fibromyalgie, et de rééducation fonctionnelle.

## c. Fin de la garantie

La garantie prend fin :

- lors du versement du capital en cas de PTIA, si la garantie a été souscrite ;
- au plus tard la veille de l'échéance principale de l'adhésion qui suit le 75<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré.

## 2.1.5.2. Post-hospitalisation

L'assuré bénéficie, à sa sortie de l'hôpital, d'une prestation forfaitaire post-hospitalisation, calculée selon l'allocation journalière garantie et le forfait nombre de jours spécifié dans le tableau ci-dessous.

Cette prestation est versée en cas d'hospitalisation de l'assuré, prise en charge au titre de la garantie allocations journalières et due à :

- une hospitalisation pour accident avec fracture, luxation, arrachement ligamentaire ou osseux, constaté radiologiquement, à l'exclusion des hospitalisations pour ablation de matériel,
- une hospitalisation pour chimiothérapie ou radiothérapie.

Affections	Forfait nombre de jours
<b>FRACTURES</b>	
Rachis (plus de 2 vertèbres)	40
Diaphyse fémorale, col du fémur, bassin	30
Jambe, genou, rotule	20
Avant-bras, coude, bras, épaule, clavicule, omoplate, avant-pied, cou-de-pied, cheville, péroné isolé, 1 ou 2 vertèbres, bimalléolaire type Dupuytren, malléole péronière sans diastasis	16
Main, poignet	12
Maxillaires, orteils	8
Côtes	6
Doigts, nez	4
<b>HOSPITALISATION POUR CHIMIOTHÉRAPIE OU RADIOTHÉRAPIE</b>	<b>30</b>

En cas d'affections ou de lésions multiples, avec ou sans intervention chirurgicale, occasionnées par une même maladie ou un même accident, le forfait d'indemnisation le plus élevé est versé ; une même maladie ou un même accident ne peut donner lieu au paiement de plusieurs forfaits.

## 2.1\_6 Garanties exonération du paiement des cotisations

Dès lors qu'une garantie exonération du paiement des cotisations est mise en jeu, l'ensemble des garanties souscrites y compris les garanties du conjoint et des enfants assurés, est maintenu sans contrepartie de cotisation.

### 2.1.6.1. Exonération du paiement des cotisations en cas d'invalidité permanente totale

L'assureur prend en charge le paiement des cotisations venant à échoir après la date de consolidation si l'assuré est atteint d'invalidité permanente

totale définie à l'article 2.1.2.1 "Garanties invalidité permanente toutes causes".

La garantie cesse au plus tard la veille de l'échéance principale de l'adhésion qui suit le 65<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré.

### 2.1.6.2. Exonération du paiement des cotisations en cas d'incapacité temporaire totale

L'assureur prend en charge le paiement des cotisations venant à échoir après le 90<sup>e</sup> jour d'incapacité temporaire totale de l'assuré, du fait d'une maladie ou d'un accident.

L'exonération dure :

- au plus 275 jours (365 jours sous déduction de la franchise de 90 jours) si l'incapacité est professionnelle ou en cas d'affection rachidienne, de troubles du comportement aigus ou chroniques, de syndromes névrotiques ou psychiques, de dépressions nerveuses, de fibromyalgies,
- au plus 1005 jours (1095 jours sous déduction de la franchise de 90 jours) si elle est fonctionnelle.

En tout état de cause, la période totale d'exonération pour une incapacité temporaire totale ne peut excéder 1005 jours au titre de la même affection ou du même accident, y compris ses suites, rechutes, récidives ou conséquences.

La reprise d'activité en incapacité temporaire partielle ne donne pas lieu à prise en charge du paiement des cotisations.

Lorsque l'incapacité se prolonge au-delà de 365 jours, seule est prise en charge l'exonération du paiement des cotisations liée à l'incapacité fonctionnelle qui oblige l'assuré à cesser temporairement toute activité.

Le choix de cette garantie est conditionné par la présence de la garantie Exonération du paiement des cotisations en cas d'invalidité permanente totale.

## Fin des garanties

La garantie prend fin dans les mêmes conditions que celles définies à l'article 2.1.4.4. paragraphe c. pour les garanties en cas d'incapacité temporaire totale.

### Limitations spécifiques à la garantie

Le choix de cette garantie n'est possible que si l'assuré exerce une activité professionnelle depuis au moins trois mois.

La garantie n'est pas accordée en cas d'interruption d'activité professionnelle liée à la maternité, sauf grossesse pathologique.

Cette garantie cesse de plein droit à l'arrêt de l'activité professionnelle, sauf si celui-ci est dû à une incapacité temporaire totale garantie.

La garantie cesse au plus tard la veille de l'échéance principale de l'adhésion qui suit le 65<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré.

## 2.2.

## Garanties du conjoint assuré

Les garanties décès pour le conjoint ne peuvent être choisies ni modifiées sans son accord.

Les définitions, modalités diverses, délais, limitations et exclusions prévus pour les garanties de l'adhérent s'appliquent aux garanties du conjoint assuré, sauf mention spécifique.

### 2.2\_1 Garanties Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

#### 2.2.1.1. Garantie Capital Décès ou PTIA toutes causes

L'assureur verse le capital précisé sur le certificat d'adhésion si, avant le terme de la garantie, le conjoint de l'adhérent décède ou est en PTIA. La PTIA doit être médicalement constatée avant le 60<sup>e</sup> anniversaire du conjoint assuré.

Le bénéficiaire du capital en cas de décès est l'adhérent, à défaut les héritiers du conjoint assuré.

En cas de PTIA, le capital est versé au conjoint assuré.

Le paiement du capital en cas de décès ou de PTIA met fin à la présente garantie.

#### 2.2.1.2 Garantie Triplement du capital en cas de décès ou PTIA accidentel

Lorsque le décès ou la PTIA est consécutif à un accident et survient dans le délai d'un an à compter de celui-ci, l'assureur verse un capital qui permet au total de tripler le capital prévu à la garantie capital décès ou PTIA toutes causes du conjoint assuré.

Le choix de cette garantie est conditionné par la présence de la garantie Capital décès ou PTIA du conjoint assuré.

### 2.2\_2 Garantie Double effet

Si, le décès ou la PTIA du conjoint assuré survient avant le terme de l'adhésion, alors que l'adhérent est déjà décédé ou en PTIA, l'assureur verse le capital précisé sur le certificat d'adhésion, aux enfants du conjoint assuré ou de l'adhérent, âgés de moins de 17 ans lors de l'évènement.

Cette garantie est également accordée en cas de décès simultané de l'adhérent et du conjoint assuré.

La garantie cesse au plus tard la veille de l'échéance principale de l'adhésion qui suit le 85<sup>e</sup> anniversaire du conjoint assuré.

## **2.2\_3 Garanties Invalidité permanente totale / partielle**

### **2.2.3.1. Garantie Capital Invalidité permanente totale / partielle toutes causes**

En cas d'invalidité permanente du conjoint assuré, avant le terme de la garantie, l'assureur verse un capital, dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article 2.1\_3 "Garanties Invalidité permanente totale/partielle" des garanties de l'adhérent.

Le paiement du capital met fin à la garantie capital invalidité permanente, dans la mesure où le capital n'est versé qu'une seule fois.

Si le conjoint n'exerce aucune profession, il sera fait référence, pour l'évaluation du taux d'invalidité professionnelle, à la profession d'employé de bureau.

### **2.2.3.2. Garantie Triplement du capital en cas d'invalidité permanente totale / partielle accidentelle**

Lorsque l'invalidité permanente résulte d'un accident et que la date de consolidation intervient dans le délai d'un an à compter de celui-ci, l'assureur verse un capital supplémentaire qui permet au total de tripler le capital invalidité dû au titre de l'article 2.2.3.1. "Capital invalidité permanente totale/partielle toutes causes".

Le choix de cette garantie est conditionné par la présence de la garantie invalidité du conjoint assuré.

## **2.2\_4 Garanties hospitalisation**

### **2.2.4.1. Allocations journalières en cas d'hospitalisation**

L'allocation journalière garantie est versée en cas d'hospitalisation du conjoint assuré dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article 2.1.5.1. "Allocations journalières en cas d'hospitalisation" des garanties de l'adhérent.

La garantie cesse, au plus tard, la veille de l'échéance principale de l'adhésion qui suit le 75<sup>e</sup> anniversaire du conjoint assuré.

### **2.2.4.2. Post-hospitalisation**

La garantie post-hospitalisation du conjoint assuré est versée dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article 2.1.5.2. "Post-hospitalisation" des garanties de l'adhérent.

La garantie cesse :

- lors du versement du capital PTIA, si la garantie a été souscrite ;
- au plus tard, la veille de l'échéance principale de l'adhésion qui suit le 75<sup>e</sup> anniversaire du conjoint assuré.

2.3.

## **Garantie des enfants assurés**

### **2.3\_1 Allocations journalières en cas d'hospitalisation**

L'allocation journalière garantie est versée en cas d'hospitalisation des enfants assurés dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article 2.1.5.1. "Allocations journalières en cas d'hospitalisation" des garanties de l'adhérent.

Les prestations et la garantie prennent fin :

- lors du versement du capital PTIA de l'adhérent, si la garantie a été souscrite ;
- lorsque l'enfant n'est plus considéré à charge fiscalement ou au plus tard la veille de l'échéance principale de l'adhésion qui suit le 21<sup>e</sup> anniversaire de l'enfant.

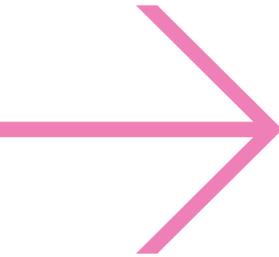
Le choix de cette garantie est conditionné par la présence de la garantie Allocations journalières en cas d'hospitalisation pour l'adhérent ou pour le conjoint assuré.

# III. Les garanties d'assistance

Avec l'adhésion du contrat d'assurance "Gan Prévoyance Sécurité Professionnel", les assurés bénéficient des garanties d'assistance décrites ci-après.

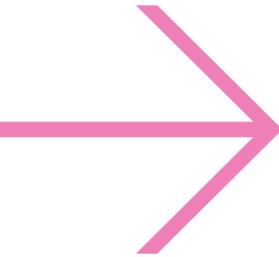
**La garantie et la gestion des prestations d'assistance est assurée par :**

**Mutuaide Assistance** (filiale spécialisée du Groupe Groupama).  
**Société anonyme au capital de 9 590 040 euros (entièrement versé)**  
**Siège social : 8-14, avenue des Frères Lumière**  
**94368 Bry-sur-Marne Cedex**  
**383 974 086 R.C.S. Créteil**



# Sommaire

Lexique spécifique aux garanties d'assistance.....	37
<b>1. Assistance Santé à domicile.....</b>	<b>38</b>
<b>1.1. Qui bénéficie de la garantie.....</b>	<b>38</b>
<b>1.2. Où s'exerce la garantie.....</b>	<b>38</b>
<b>1.3. Ce que recouvre la garantie.....</b>	<b>38</b>
<b>1.4. Prestations mises en œuvre.....</b>	<b>38</b>
1.4_1 <i>Organisation de services et missionnement de prestataires (24 h/24).....</i>	38
1.4_2 <i>En cas d'immobilisation ou d'hospitalisation de l'assuré.....</i>	40
1.4_3 <i>En cas de décès.....</i>	40
1.4_4 <i>Soutien psychologique.....</i>	40
<b>1.5. Exclusions de l'Assistance santé à domicile.....</b>	<b>41</b>
<b>1.6. Limites de la garantie.....</b>	<b>41</b>
<b>2. Assistance aux personnes en déplacement.....</b>	<b>42</b>
<b>2.1. Qui bénéficie de la garantie.....</b>	<b>42</b>
<b>2.2. Où s'exerce la garantie.....</b>	<b>42</b>
<b>2.3. Ce que recouvre la garantie.....</b>	<b>42</b>
<b>2.4. Prestations mises en œuvre.....</b>	<b>42</b>
2.4_1 <i>En cas de maladie ou d'accident lors d'un déplacement.....</i>	42
2.4_2 <i>En cas de décès lors d'un déplacement.....</i>	43
<b>2.5. Exclusions de l'Assistance aux personnes en déplacement.....</b>	<b>43</b>
<b>2.6. Limites de la garantie.....</b>	<b>44</b>
<b>3. L'assistance aux professionnels.....</b>	<b>44</b>
<b>3.1. Services d'information professionnels.....</b>	<b>44</b>
<b>3.2. Aide à la recherche de solutions de recouvrement des impayés.....</b>	<b>45</b>
<b>4. Formalités à accomplir pour la mise en jeu des garanties.....</b>	<b>45</b>
<b>4.1. Qui contacter.....</b>	<b>45</b>
<b>4.2. Quelles informations rassembler.....</b>	<b>46</b>
<b>4.3. Comment être remboursé.....</b>	<b>46</b>
<b>5. Dispositions générales.....</b>	<b>46</b>
<b>5.1. Intervention réglementée.....</b>	<b>46</b>
<b>5.2. Exclusions de l'Assistance aux professionnels.....</b>	<b>47</b>
<b>5.3. Engagements financiers de Gan Prévoyance Assistance.....</b>	<b>47</b>
<b>5.4. Subrogation.....</b>	<b>47</b>



## Lexique spécifique aux garanties d'assistance

### DÉFINITION DES PERSONNES CONCERNÉES PAR L'ADHÉSION

---

#### Assuré

L'adhérent et toute personne expressément désignée comme assuré au contrat Gan Prévoyance Sécurité Professionnel ainsi que, pour la garantie "Garde de l'enfant malade", son salarié.

#### Assureur

Mutuaide Assistance auquel les garanties et la gestion des prestations d'assistance ont été confiées.

#### Gan Prévoyance Assistance

Contrat d'assistance assuré et mis en œuvre par Mutuaide Assistance.

### AUTRES DÉFINITIONS

---

#### Domicile

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

#### Maladie chronique

Problème de santé nécessitant des soins à long terme.

#### Organiser

Accomplir les démarches nécessaires pour permettre l'accès à la prestation d'assistance mentionnée.

#### Prendre en charge

Financer la prestation d'assistance mentionnée.

#### Proche

Un membre de la famille ou toute personne physique désignée par l'adhérent ou un de ses ayants droit, domicilié en France.

# 1. Assistance Santé à domicile

## 1.1.

### Qui bénéficie de la garantie

L'adhérent d'un contrat Gan Prévoyance Sécurité Professionnel et toute personne expressément désignée comme assuré dans le contrat ainsi que le salarié de l'adhérent pour la garantie "Garde de l'enfant malade".

## 1.2.

### Où s'exerce la garantie

L'assuré bénéficie des prestations de l'Assistance Santé à domicile, si celui-ci est situé en France, dans les principautés d'Andorre et Monaco.

## 1.3.

### Ce que recouvre la garantie

L'Assistance Santé à domicile recouvre l'ensemble des prestations mises en œuvre à domicile :

- couvrir les conséquences d'une immobilisation ou d'une hospitalisation consécutive à une maladie ou un accident de la vie privée ou professionnelle ;
- ou pour faire suite à un décès.

**L'immobilisation ou l'hospitalisation devra être médicalement justifiée et prouvée** par l'envoi d'un certificat médical descriptif.

## 1.4.

### Prestations mises en œuvre

Pour tout sinistre ayant une incidence sur la vie professionnelle, Gan Prévoyance Assistance propose à l'assuré les garanties suivantes :

#### **1.4\_1 Organisation de services et missionnement de prestataires (24 h/24)**

##### **1.4.1.1. En cas de maladie d'un enfant de l'assuré ou d'un de ses salariés**

Gan Prévoyance Assistance se charge de rechercher et d'envoyer au domicile de l'assuré ou de celui du salarié un garde d'enfant auprès de son ou ses enfants malades ou blessés de moins de 15 ans.

Cette garde est effectuée pendant l'absence pour raison professionnelle d'un ou des parents et pendant 5 jours au maximum.

Cette garantie est accordée deux fois par an maximum par contrat.

##### **1.4.1.2. En cas de maladie imprévue de la nourrice agréée**

En cas de maladie de la nourrice agréée employée en contrat à durée indéterminée chez l'assuré ou gardant l'enfant de l'assuré à son propre domicile, Gan Prévoyance Assistance se charge de rechercher et d'envoyer au domicile de l'assuré un garde d'enfant afin de garder son ou ses enfants de moins de 13 ans.

Le coût de cette garde est pris en charge dans la limite des disponibilités locales et à concurrence de 12 heures par jour pendant 5 jours consécutifs maximum.

Cette garantie est accordée deux fois par an maximum par contrat.

##### **1.4.1.3. En cas de suspension des cours pour cause de grève**

En cas de grève non prévue plus de 48 heures à l'avance dans l'établissement où se trouve scolarisé l'enfant de l'assuré, Gan Prévoyance Assistance se charge de rechercher et d'envoyer au domicile de l'assuré un garde d'enfant afin de garder son ou ses enfants de moins de 13 ans.

Le coût de cette garde est pris en charge dans la limite des disponibilités locales et à concurrence de 12 heures par jour pendant 5 jours consécutifs maximum.

Cette garantie est accordée deux fois par an maximum par contrat.

#### **1.4.1.4. Conditions d'application des services et missionnement de prestataires**

La prise en charge du transport du garde sur place est supportée par Gan Prévoyance Assistance.

Cette garde est effectuée pendant l'absence pour raison professionnelle d'un ou des parents.

#### **PERMANENCE DES HEURES DE SERVICE**

Le service "Garde de l'enfant", fonctionne du lundi au samedi de 7 h 30 à 19 h 30 à l'exception des jours fériés. Pour mettre en jeu ce service, l'assuré peut joindre Gan Prévoyance Assistance, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

#### **TERRITORIALITÉ**

Les prestations sont fournies sur l'ensemble de la France, des principautés d'Andorre et de Monaco.

#### **EXÉCUTION DU SERVICE**

Les prestations sont du ressort exclusif de Gan Prévoyance Assistance, aucune dépense effectuée d'autorité par l'assuré ne sera remboursée.

Le personnel intervenant n'est pas compétent pour dispenser des soins autres que ceux généralement apportés par l'entourage familial de l'enfant.

Tout acte médical sera effectué sous le contrôle et la responsabilité du médecin prescripteur.

En cas de maladie d'un enfant de l'assuré ou de celui d'un de ses salariés, la prestation s'applique sous réserve que l'enfant ait reçu la visite préalable d'un médecin.

#### **DÉLAI DE MISE EN PLACE**

Dès réception de l'appel, Gan Prévoyance Assistance met tout en œuvre, sauf cas de force majeure, afin que le garde d'enfant soit au domicile le plus rapidement possible.

Toutefois Gan Prévoyance Assistance se réserve le droit d'utiliser un délai de 5 heures comptées à l'intérieur des heures de service, afin de rechercher et d'acheminer le garde d'enfant.

#### **CONDITIONS MÉDICALES ET ADMINISTRATIVES**

##### **En cas de maladie d'un enfant de l'assuré ou d'un de ses salariés :**

Gan Prévoyance Assistance se réserve le droit de demander un certificat médical indiquant que la présence d'une personne est nécessaire auprès de l'enfant malade ou blessé, ainsi que d'effectuer, préalablement au missionnement du garde d'enfant, un contact médical.

L'assuré devra impérativement communiquer à Gan Prévoyance Assistance ainsi qu'à la personne intervenant sur place, les coordonnées du médecin ayant établi le certificat médical, de telle sorte que Gan Prévoyance Assistance ou le garde d'enfant puisse, si l'état de l'enfant l'exigeait, se mettre en relation avec lui.

D'autre part, l'assuré s'engage également à communiquer à Gan Prévoyance Assistance, ainsi qu'au garde d'enfant, les coordonnées des services d'urgence locaux.

Les frais de nourriture et de soins de l'enfant restent à la charge de l'assuré.

Le garde malade prendra et quittera ses fonctions en présence d'un membre de la famille.

##### **En cas de maladie imprévue de la nourrice ou en cas de suspension des cours pour cause de grève :**

Gan Prévoyance Assistance se réserve le droit de réclamer à l'assuré un certificat médical justifiant l'absence de la nourrice pour maladie ainsi que la copie du contrat de travail de la nourrice.

D'autre part, l'assuré s'engage également à communiquer au garde et à Gan Prévoyance Assistance les coordonnées des services d'urgence locaux.

Les frais de nourriture et de soins de l'enfant restent à la charge de l'assuré.

Le garde d'enfant prendra et quittera ses fonctions en présence d'un membre de la famille.

#### **EXCLUSIONS**

En cas de maladie d'un enfant de l'assuré ou d'un de ses salariés, Gan Prévoyance Assistance, ne prend pas en charge :

- les maladies chroniques et l'invalidité permanente,
- les maladies relevant de l'hospitalisation à domicile,

- les maladies et accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet du contrat.

En cas de maladie imprévue de la nourrice ou en cas de suspension des cours pour cause de grève, la garantie n'est pas accordée :

- de 19 h 30 à 7 h 30,
- le dimanche et les jours fériés,
- pendant les repos hebdomadaires et les congés légaux des assurés et de la nourrice employée et déclarée,
- pendant la présence au domicile d'un membre majeur de la famille.

### **1.4\_2 En cas d'immobilisation ou d'hospitalisation de l'assuré**

En cas d'immobilisation de plus de 5 jours consécutifs au domicile ou pour une hospitalisation de plus de 2 jours consécutifs, de l'assuré, Gan Prévoyance Assistance organise et prend en charge dès le premier jour :

#### **SOIT LA PRÉSENCE AU CHEVET D'UNE PERSONNE DÉSIGNÉE PAR L'ASSURÉ**

Dans ce cas, Gan Prévoyance Assistance prend en charge les frais de transport Aller/Retour de cette personne résidant en France, principauté d'Andorre ou de Monaco ou bien résidant dans le pays limitrophe, à moins de 100 km du domicile de l'assuré, s'il est frontalier.

Gan Prévoyance Assistance organise et prend en charge les frais de transport Aller/Retour sur la base d'un billet de train 1<sup>ère</sup> classe ou d'avion classe économique et dans la limite de 230 € TTC aller/retour.

Pendant la durée d'hospitalisation, Gan Prévoyance Assistance prend en charge également les frais d'hébergement en hôtel ou les frais de mise à disposition d'un lit d'accompagnant dans l'établissement hospitalier (y compris le petit-déjeuner), de la personne désignée par l'assuré qui se rend sur place et ce, pendant la durée de l'hospitalisation, dans la limite de 80 € TTC par nuit pendant 30 nuits maximum.

Les frais de restauration de cette personne restent à sa charge.

#### **SOIT LA PRÉSENCE D'UNE AIDE MÉNAGÈRE À DOMICILE ET LA LIVRAISON DE REPAS**

Pendant, ou à la suite immédiate d'une hospitalisation de l'assuré de plus de 2 jours consécutifs, si celui-ci n'a pas fait venir un proche à ses côtés, Gan Prévoyance Assistance recherche et prend en charge dans la limite des disponibilités locales, une aide ménagère pendant 2 heures consécutives par jour pour une durée maximum de 30 heures.

Cette garantie fonctionne du lundi au vendredi (hors jours fériés) de 8 h à 19 h.

Gan Prévoyance Assistance prend en charge les frais ainsi occasionnés.

Gan Prévoyance Assistance prend également en charge la livraison d'un repas par jour, dans la limite de 15 portages, et de médicaments prescrits, dans la limite de 2 livraisons.

L'une de ces deux prestations est accordée deux fois par an et par assuré.

### **1.4\_3 En cas de décès**

#### **1.4.3.1. Assistance Obsèques**

En cas de décès d'un assuré, Gan Prévoyance Assistance met les proches en relation avec un professionnel, qui prend en charge l'organisation de la cérémonie, la toilette, l'habillement et les soins de conservation, et les accompagne lors des démarches administratives.

### **1.4\_4 Soutien psychologique**

#### **1.4.4.1. En cas d'immobilisation/hospitalisation ou de décès d'un assuré**

En cas d'immobilisation de plus de 5 jours ou d'hospitalisation de plus de 2 jours, suite à un événement traumatisant, une agression, un attentat ou le décès d'un autre assuré, Gan Prévoyance Assistance organise et prend en charge une aide psychologique au bénéfice de l'assuré en les mettant en relation téléphonique avec un psychologue, dans la limite de 3 entretiens téléphoniques.

## 1.5.

### Exclusions de l'Assistance santé à domicile

Les prestations de l'Assistance santé à domicile de Gan Prévoyance Assistance ne sont pas mises en œuvre pour :

- une hospitalisation de l'assuré de moins de 2 jours consécutifs,

- une immobilisation au domicile de l'assuré de moins de 5 jours consécutifs,
- l'hospitalisation à domicile,
- les états de grossesse, l'accouchement,
- un acte intentionnel ou dolosif de l'assuré,
- les maladies chroniques.

## 1.6.

### Limites de la garantie

Evènements	Prestations	Limites des prestations par événement garanti
<b>Maladie d'un enfant de moins de 15 ans de l'assuré, ou d'un de ses salariés</b> <sup>(1)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche et envoi d'un garde enfant au domicile de l'assuré</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 jours maximum</li> </ul>
<b>Maladie imprévue de la nourrice agréée</b> <sup>(1)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche et envoi d'un garde enfant au domicile de l'assuré pour les enfants de moins de 13 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 heures par jour pendant 5 jours consécutifs maximum</li> </ul>
<b>Suspension des cours pour cause de grève</b> <sup>(1)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche et envoi d'un garde enfant au domicile de l'assuré pour les enfants de moins de 13 ans</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 12 heures par jour pendant 5 jours consécutifs maximum</li> </ul>
<b>Immobilisation de plus de 5 jours ou hospitalisation de plus de 2 jours de l'assuré</b> <sup>(2)</sup>	Soit présence au chevet d'une personne désignée par l'assuré : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frais de transport</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Billet Aller/Retour de train 1<sup>ère</sup> classe ou d'avion classe économique, dans la limite de 230 € TTC aller/retour.</li> <li>• Dans la limite de 80 € TTC par nuit, pendant 30 nuits maximum</li> <li>• <b>Les frais de restauration ne sont pas pris en charge</b></li> </ul>
	Soit : <ul style="list-style-type: none"> <li>• présence d'une aide ménagère</li> <li>• et livraison de repas/ médicaments</li> </ul>	
<b>Immobilisation ou hospitalisation suite à un évènement traumatisant</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien psychologique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3 entretiens téléphoniques</li> </ul>
<b>Décès de l'assuré</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistance obsèques</li> </ul>	/

(1) Cette prestation est accordée 2 fois par an maximum et par contrat.

(2) L'une de ces 2 prestations est accordée 2 fois par an et par assuré.

## 2. Assistance aux personnes en déplacement

### 2.1.

#### Qui bénéficie de la garantie

L'adhérent d'un contrat Gan Prévoyance Sécurité Professionnel et toute personne expressément désignée comme assuré dans le contrat.

### 2.2.

#### Où s'exerce la garantie

L'assuré bénéficie des prestations de l'Assistance aux personnes en déplacement pour ses déplacements dans le monde entier, au-delà d'une franchise de 100 km à partir de la résidence principale ou secondaire.

Si l'assuré se trouve dans sa résidence secondaire en France :

- pour une durée de 90 jours et plus consécutifs, ce lieu de résidence est considéré, pour l'ensemble des garanties, comme le domicile de l'assuré ;
- pour une durée inférieure à 90 jours consécutifs, la franchise de 100 km s'applique à partir du domicile de l'assuré déclaré dans le contrat d'assurance.

### 2.3.

#### Ce que recouvre la garantie

L'Assistance aux personnes en déplacement recouvre l'ensemble des prestations mises en œuvre lors des déplacements de l'assuré, pour couvrir les conséquences :

- d'une maladie ou d'un accident ;
- ou pour faire suite à un décès.

### 2.4.

#### Prestations mises en œuvre

##### 2.4.1 En cas de maladie ou d'accident lors d'un déplacement

###### 2.4.1.1. Rapatriement ou transport sanitaire

Si l'état de l'assuré nécessite des soins médicaux ou examens spécifiques ne pouvant être réalisés sur place, Gan Prévoyance Assistance organise et prend en charge :

- soit le transport vers un centre régional hospitalier ou dans un pays susceptible d'assurer les soins,
- soit le rapatriement en France métropolitaine s'il n'existe pas de centre médical adapté plus proche, par avion sanitaire spécial ou de lignes régulières, train, wagon-lit, ambulance, bateau.

Dans le cas où l'hospitalisation à l'arrivée n'est pas indispensable, le transport est effectué jusqu'au domicile de l'assuré.

Si l'hospitalisation n'a pu se faire dans un établissement proche du domicile, Gan Prévoyance Assistance organise et prend en charge, lorsque l'état de santé le permet, le transport de cet hôpital au domicile.

Pour les pays autres qu'européens et riverains de la Méditerranée, y compris les Canaries, le rapatriement sanitaire ne peut être effectué que par avion sur des lignes régulières, avec aménagement spécial s'il y a lieu.

Gan Prévoyance Assistance ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence, ni prendre en charge les frais ainsi engagés (frais de secours d'urgence, frais de recherche, frais de transport primaire), à l'exception :

- des frais d'évacuation sur pistes de ski à concurrence de 230 € TTC maximum (frais de recherche exclus),
- des frais de transport en ambulance ou en taxi jusqu'au lieu le plus proche où pourront être prodigués les soins appropriés en cas d'affection bénigne ou de blessure légère ne nécessitant ni un rapatriement ni un transport médicalisé.

###### 2.4.1.2. Accompagnement lors du rapatriement ou transport sanitaire

Si l'assuré est transporté dans les conditions définies à l'article "rapatriement ou transport sanitaire" et s'il n'est pas accompagné d'un médecin ou d'un infirmier de Gan Prévoyance Assistance, Gan Prévoyance Assistance organise et prend en charge, après avis médical, le voyage d'une personne se trouvant sur place pour accompagner l'assuré.

## **2.4\_2 En cas de décès lors d'un déplacement**

### **2.4.2.1. Rapatriement ou transport du corps**

En cas de décès de l'assuré, Gan Prévoyance Assistance organise et prend en charge le rapatriement ou le transport du corps de l'assuré depuis le lieu de décès, en France ou à l'étranger, au-delà de 100 km.

### **2.4.2.2. Retour d'un membre de la famille**

Gan Prévoyance Assistance organise et prend en charge le retour en France métropolitaine, par avion classe touristique ou train 1<sup>ère</sup> classe, jusqu'au lieu d'inhumation d'un membre de la famille qui accompagnait l'assuré.

### **2.4.2.3. Venue d'un proche**

Dans le cas où des raisons administratives imposent une inhumation provisoire sur place, Gan Prévoyance Assistance organise et prend en charge le transport Aller/Retour d'un membre de la famille pour se rendre de son domicile en France jusqu'au lieu d'inhumation, ainsi que les frais d'hébergement en hôtel (maximum 46 € par nuit dans la limite de 230 € au total).

La prise en charge pour l'ensemble des prestations de rapatriement ou transport du corps et voyages des proches est limitée à 2000 €.

## **2.5.**

## **Exclusions de l'Assistance aux personnes en déplacement**

**Les prestations de l'Assistance aux personnes en déplacement de Gan Prévoyance Assistance ne sont pas mises en œuvre pour :**

- les dommages résultant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré conformément à l'art. L 113-1 du Code des Assurances,
- les dommages résultant de la participation en tant que concurrent à toute épreuve de compétition motorisée ou non (course, rallye...),
- dans tous les cas, les prestations qui n'ont pas été demandées en cours de voyage ou qui n'ont pas été organisées par Gan Prévoyance Assistance ou avec son accord,
- le rapatriement médical pour causes d'affections ou lésions bénignes qui peuvent être traitées sur place et/ou qui n'empêchent pas le patient de poursuivre son voyage,
- les convalescences et les affections en cours de traitement, non encore consolidées et comportant un risque d'aggravation brutale,
- les maladies antérieures ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les 6 mois précédant la date du départ en voyage,
- les événements liés à un traitement médical ou à une intervention chirurgicale qui ne présenteraient pas un caractère imprévu, fortuit ou accidentel,
- l'usage de stupéfiants ou produits assimilés non prescrits médicalement.

## 2.6. Limites de la garantie

Evènements	Prestations	Limites des prestations par événement garanti
<b>En cas de maladie ou d'accident lors d'un déplacement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soit le transport vers un centre hospitalier</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans la limite des frais réels</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soit le rapatriement en France métropolitaine</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans la limite des frais réels</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transport en ambulance ou en taxi</li> <li>• Si accident de ski : frais d'évacuation des pistes de ski</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la blessure ne nécessite ni transport sanitaire, ni rapatriement</li> <li>• 230 € (frais de recherche exclus)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accompagnement d'un proche lors du transport sanitaire ou du rapatriement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Billet de train 1<sup>ère</sup> classe ou d'avion classe économique, dans la limite des frais réels</li> </ul>
<b>En cas de décès lors d'un déplacement <sup>(1)</sup></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soit le transport du corps</li> <li>• Soit le rapatriement du corps</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dans la limite des frais réels</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retour d'un membre de la famille jusqu'au lieu d'inhumation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Billet de train 1<sup>ère</sup> classe ou d'avion classe économique, dans la limite des frais réels</li> </ul>
	Venue d'un proche (si inhumation provisoire sur place) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Frais de transport</li> <li>• Frais d'hébergement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Billet Aller/Retour de train 1<sup>ère</sup> classe ou d'avion classe économique, dans la limite des frais réels</li> <li>• Maximum 46 €/nuit, dans la limite de 230 € au total</li> </ul>

(1) L'ensemble des prestations de rapatriement ou transport du corps et voyages des proches est limité à 2000 €.

## 3. L'assistance aux professionnels

### 3.1. Services d'information professionnels

Du lundi au samedi, de 8 heures à 20 heures (sauf jours fériés), Gan Prévoyance Assistance communique, par téléphone, les renseignements nécessaires dans le cadre de l'activité professionnelle de l'assuré.

En dehors des heures d'ouverture du service ou si la réponse n'est pas immédiatement disponible, Gan Prévoyance Assistance prend note de la question et rappelle ultérieurement.

L'information porte sur les thèmes suivants :

- **La création et la transmission d'entreprise**
  - Formes juridiques possibles
  - Aides à la création
  - Démarches administratives
  - Choix du régime fiscal et social approprié
- **Informations juridiques**
  - Droit des sociétés
  - Droit de la concurrence
  - Droit social
  - Droit fiscal
- **Informations financières**
  - Comment obtenir les aides financières offertes par l'État ? Qui contacter ? Mise à disposition de documents administratifs

- Comment monter un dossier de demande de crédit auprès des banques ? Comment obtenir des facilités de trésorerie ?
- Informations financières sur une entreprise donnée : capital, administrateurs, bilan,...
- Placements, investissements,...
- **Informations sociales**
  - Formation : répertorier les formations professionnelles au meilleur rapport qualité/prix.
  - Gestion du personnel : contrats de travail, réglementation du travail, inspection du travail, conventions collectives, rémunérations, charges sociales.
  - Réforme de la Sécurité sociale.
- **Informations fiscales**
  - Fiscalité des entreprises
  - Fiscalité des particuliers
- **Informations commerciales et économiques**
  - Exportation : données économiques principales du pays d'exportation
  - Manifestations économiques : foires, salons, horaires, dates
  - Marketing et communication
- **Informations liées à un secteur d'activité**  
Spécificités du professionnel et de son conjoint : rôle, statut, adresses utiles, aides, formalités.

Ce service d'informations spécialisées est développé par le pôle professionnel de l'assureur constitué de personnes diplômées de maîtrise en droit. En aucun cas il ne s'agit de consultations juridiques et les renseignements fournis ne feront l'objet d'aucune confirmation écrite.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. Gan Prévoyance Assistance s'engage à y répondre dans un délai de 48 heures.

La responsabilité de Gan Prévoyance Assistance ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation

inexacte du ou des renseignements que l'assuré aura demandés.

Dans tous les cas, les informations communiquées constituent des renseignements à caractère documentaire visés par l'article 66.1 de la loi modifiée du 31 décembre 1971.

Selon le cas, Gan Prévoyance Assistance pourra orienter les assurés vers des organismes professionnels susceptibles de répondre à leurs préoccupations.

### 3.2.

## Aide à la recherche de solutions de recouvrement des impayés

Afin de prendre en charge le recouvrement des impayés professionnels de l'assuré et suivre ses retards de paiement, Gan Prévoyance Assistance organise et assure la mise en relation avec une société nationale de recouvrement.

Pour tout impayé ou retard de paiement d'un montant de plus de 500 € TTC, Gan Prévoyance Assistance organise et prend en charge les frais de mise en relation et de dossier avec une entreprise nationale de recouvrement.

La prestation est accordée du lundi au vendredi, hors jours fériés, entre 9h00 et 18h00. Selon la dette à recouvrer, le prestataire pourra retenir un pourcentage sur la créance récupérée.

Gan Prévoyance Assistance ne pourra en aucun cas se porter garant de la qualité des prestations et voir sa responsabilité engagée à ce titre.

## 4. Formalités à accomplir pour la mise en jeu des garanties

### 4.1.

### Qui contacter

Pour permettre une intervention dans les meilleures conditions, il est nécessaire de contacter Gan Prévoyance Assistance 24 heures/24, 7 jours/7.

Seul l'appel téléphonique au moment de l'évènement permet le déclenchement de l'assistance.

### PAR TÉLÉPHONE

**De France** : 01 45 16 66 41

**De l'étranger** : +33 1 45 16 66 41,  
précédé de l'indicatif local d'accès  
au réseau international

### PAR FAX

**De France** : 01 45 16 63 92

**De l'étranger** : +33 1 45 16 63 92,  
précédé de l'indicatif local d'accès  
au réseau international

4.2.

### Quelles informations rassembler

Avant d'appeler Gan Prévoyance Assistance, il est recommandé de rassembler les informations suivantes qui seront demandées pendant l'entretien :

- le numéro du contrat Gan Prévoyance Sécurité Professionnel qui figure sur le certificat d'adhésion ;
- le lieu où se trouve l'assuré au moment de l'appel ;
- le numéro de téléphone que Gan Prévoyance Assistance peut joindre ;
- la nature du problème.

Pour bénéficier d'une prestation, Gan Prévoyance Assistance peut demander à l'appelant de justifier de sa qualité et de produire, à ses frais, les pièces ou documents prouvant ce droit.

### ATTENTION

La mise en jeu des garanties de l'assistance santé doit être organisée par Gan Prévoyance Assistance ou avec son accord.

4.3.

### Comment être remboursé

Gan Prévoyance Assistance rembourse les frais engagés avec son accord, sur présentation des originaux des factures, sous réserve d'avoir été contacté dans les délais impartis.

Les demandes doivent être adressées à :

Mutuaide Assistance  
Gan Prévoyance Assistance  
8-14, rue des frères Lumière  
94366 BRY-SUR-MARNE Cedex

### ATTENTION

Si l'assuré est rentré d'urgence et qu'il n'a pas utilisé ses titres de transport d'origine, Gan Prévoyance Assistance lui demandera, dans le mois qui suit son retour, de lui en adresser le remboursement, sauf à lui justifier que ces titres ne sont pas remboursables.

## 5. Dispositions générales

5.1.

### Intervention réglementée

Pour toutes les prestations décrites ci-dessous, Gan Prévoyance Assistance intervient dans la limite des accords donnés par les autorités locales. Gan Prévoyance Assistance ne peut pas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence (SAMU, SMUR, pompiers...).

Les informations médicales relatives à la personne pour laquelle Gan Prévoyance Assistance intervient doivent être communiquées aux médecins de l'assureur.

**Ces informations seront traitées avec confidentialité et dans le respect du secret médical.**

## 5.2.

### Exclusions de l'Assistance aux professionnels

Quelles que soient les garanties choisies, Gan Prévoyance Assistance ne garantit jamais les conséquences :

- de la participation de l'assuré à un pari, un défi ou une tentative de record ;
- des traitements ou interventions chirurgicales à but esthétique qui ne seraient pas la conséquence d'un accident garanti par le contrat ;
- des traitements ou interventions chirurgicales dans un but de rajeunissement ;
- de la pratique d'un sport aérien (voltige, vol à voile, parachutisme, deltaplane, ultra léger motorisé...) ;
- d'une aggravation due à un traitement tardif liée à une négligence de l'assuré ou à l'inobservation intentionnelle par celui-ci des prescriptions du médecin.

Par ailleurs, la responsabilité de Gan Prévoyance Assistance ne peut pas être engagée pour des manquements ou contretemps à l'exécution des obligations de l'assureur qui résulteraient de cas de force majeure, ou d'événements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeute, grève saisie ou contrainte par la force publique, interdiction officielle, piraterie, explosion d'engins, effet nucléaire ou radioactif, empêchement climatique.

Les prestations ne peuvent être accordées ni dans les régions en état de guerre, civile ou étrangère, déclarée ou non, ni dans les régions touchées par des tremblements de terre, éruptions volcaniques, raz de marée ou autres cataclysmes.

Les prestations ne seront pas accordées pour couvrir les conséquences d'infractions à la législation française ou étrangère. Les prestations qui n'ont pas été demandées en cours de voyage ou qui n'ont pas été organisées par Gan Prévoyance Assistance ou en accord avec Gan Prévoyance Assistance ne donnent pas droit à un remboursement ou une indemnité compensatrice.

Toute fraude, falsification ou faux témoignage entraîne automatiquement la nullité des garanties.

## 5.3.

### Engagements financiers de Gan Prévoyance Assistance

L'organisation par l'assuré ou par son entourage de l'une des garanties énoncées dans le contrat ne peut donner lieu au remboursement que si Gan Prévoyance Assistance a été prévenu préalablement.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs, dans la limite de ceux que Gan Prévoyance Assistance aurait engagés pour organiser le service.

Lorsque Gan Prévoyance Assistance a assuré à ses frais le retour de l'assuré, il lui est demandé d'effectuer les démarches nécessaires au remboursement de ses titres de transports non utilisés et de reverser le montant perçu à Gan Prévoyance Assistance sous un délai maximum de trois mois suivant la date du retour.

## 5.4.

### Subrogation

Toute personne bénéficiant de l'assistance s'oblige à subroger la société d'Assistance et la compagnie d'Assurance agréée dans ses droits et actions, contre tout tiers responsable à concurrence des frais engagés par elles en exécution du présent contrat.



# IV. Les garanties de Protection Juridique

Pour garantir les meilleures conditions de service, avec l'adhésion au contrat d'assurance Gan Prévoyance Sécurité Professionnel l'assuré bénéficie de la garantie Consultation Juridique - **Garantie Recours contre l'Administration et Protection Juridique en cas de décès.**

Cette garantie est assurée et gérée par :

**Société Française de Protection Juridique (SFPJ)**

**Entreprise régie par le Code des assurances**

**Société anonyme au capital de 1 550 000 euros (entièrement versé) Siège**

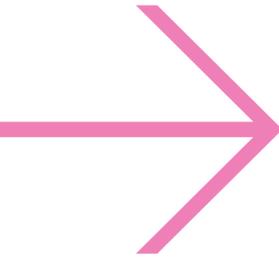
**Social : 14-16, rue de la République - 92800 Puteaux**

**RCS Nanterre B 321 776 775**

**Téléphone : 01 56 88 64 20 - Télécopie : 01 56 88 64 65**

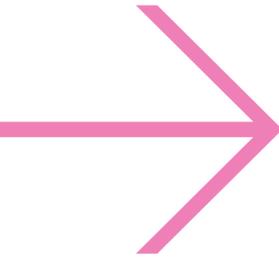
Cette garantie, conforme aux lois n° 2007-210 du 19.02.2007 et 89 1014 du 31.12.1989, ainsi qu'au décret n° 90 697 du 01.08.1990, est régie par les dispositions qui suivent ainsi que par les dispositions générales de la notice d'information et le certificat d'adhésion au contrat Gan Prévoyance Sécurité Professionnel.

**Numéro de la garantie à rappeler lors de tout appel et dans toute correspondance : 443 000**



# Sommaire

Lexique spécifique à la garantie protection juridique.....	51
<b>1. Garantie Consultation Juridique et Recours contre l'Administration.....</b>	<b>52</b>
<b>1.1. Objet des prestations.....</b>	<b>52</b>
1.1_1 Garantie consultation juridique.....	52
1.1_2 Garantie recours contre l'Administration.....	52
<b>1.2. Exclusions.....</b>	<b>52</b>
1.2_1 Exclusions applicables à la garantie consultation juridique.....	52
1.2_2 Exclusions applicables à la garantie recours contre l'Administration.....	52
<b>2. Garantie Protection Juridique en cas de décès.....</b>	<b>53</b>
<b>2.1. Objet des prestations.....</b>	<b>53</b>
<b>2.2. Nature des litiges garantis.....</b>	<b>53</b>
<b>2.3. Exclusions applicables.....</b>	<b>53</b>
<b>3. Montants et modalités financières de la garantie.....</b>	<b>54</b>
<b>3.1. Plafonds de garantie (TTC).....</b>	<b>54</b>
<b>3.2. Seuils d'intervention (TTC).....</b>	<b>54</b>
<b>3.3. Modalités de paiement et montant des budgets de prise en charge.....</b>	<b>54</b>
3.3_1 Modalités de paiement.....	54
3.3_2 Montants maxima des budgets par litige.....	54
<b>4. Libre choix de l'avocat.....</b>	<b>55</b>
<b>5. Arbitrage.....</b>	<b>56</b>
<b>6. Subrogation.....</b>	<b>56</b>
<b>7. Dispositions communes.....</b>	<b>56</b>
<b>7.1. Formalités à accomplir pour la mise en jeu des garanties.....</b>	<b>56</b>



## Lexique spécifique à la garantie protection juridique

### DÉFINITION DES PERSONNES CONCERNÉES PAR L'ADHÉSION

#### Assureur

La Société Française de Protection Juridique (SFPJ) à laquelle les garanties et la gestion des prestations de protection juridique sont confiées.

#### Bénéficiaire(s)

Pour :

- **la garantie Consultation Juridique et Recours contre l'Administration**, la personne physique, adhérente au contrat Gan Prévoyance Sécurité Professionnel, dont les coordonnées figurent sur le certificat d'adhésion. Elle sera désignée par le terme "assuré" ci-après.
- **la garantie Protection Juridique en cas de Décès**, les ayants cause de l'assuré.

#### Ayants cause

Désignent, outre les héritiers légaux, le(s) légataire(s) universel(s) ou à titre universel ou le(s) légataire(s) particulier(s) au décès de l'assuré.

#### ATTENTION

Les ayants cause de l'assuré ne sont pas tiers entre eux.

#### Tiers

Toute personne, physique ou morale, étrangère à la présente garantie.

### AUTRES DÉFINITIONS

#### Différend ou litige

Désaccord ou contestation d'un droit opposant l'assuré, y compris sur le plan amiable, à un tiers.

**Le litige doit être né pendant la période de garantie.**

#### Période de garantie

Il s'agit de la période comprise entre la date de prise d'effet du contrat et celle de sa résiliation.

#### ATTENTION

- Pour la garantie Consultation Juridique et Recours contre l'Administration, l'assuré doit toujours avoir la qualité d'adhérent au contrat Gan Prévoyance Sécurité Professionnel.
- Pour la garantie Protection Juridique en cas de décès, les ayants cause deviennent bénéficiaires de la garantie du jour du décès de l'assuré pour les litiges les opposant à des tiers, déclarés dans un délai de DEUX ANS à compter de la date du décès.

# 1. Garantie Consultation Juridique et Recours contre l'Administration

## 1.1. Objet des prestations

### 1.1\_1 Garantie consultation juridique

Lorsqu'un litige oppose l'assuré à un tiers dans le cadre de sa vie privée ou de sa vie professionnelle, l'assureur s'engage à effectuer pour son compte une consultation juridique.

Dans le cadre d'une prestation personnalisée et au vu des éléments que l'assuré communique, l'assureur lui expose soit oralement, soit par écrit, les règles de droit applicables à son cas et lui donne un conseil et / ou un avis sur la conduite à tenir.

#### ATTENTION

Cette garantie ne comporte aucune prise en charge financière.

De plus, l'intervention cesse lorsque le litige est porté soit devant une commission, soit devant une juridiction, que ce soit à l'initiative de l'assuré ou à celle de son adversaire.

### 1.1\_2 Garantie recours contre l'Administration

L'assureur garantit les recours que l'assuré est fondé à exercer contre l'Administration (exemple : collectivités territoriales, services publics).

Son intervention s'effectue tant sur un plan amiable que judiciaire dans les limites de prise en charge prévues à l'article 3 "Montants et modalités financières de la garantie".

## 1.2. Exclusions

### 1.2\_1 Exclusions applicables à la garantie consultation juridique

La garantie ne peut être accordée pour :

- les litiges se rapportant au droit de la propriété intellectuelle ou industrielle (notamment la protection des marques, brevets, droits d'auteurs, modèles et logiciels),
- les litiges en matière fiscale, douanière et ceux résultant d'un contrôle URSSAF,
- les litiges résultant de la participation de l'assuré à l'administration d'une société, d'un groupement, d'une association ainsi que les litiges liés à l'application de règles statutaires liant le bénéficiaire à ses associés ou actionnaires,
- les litiges liés à la détention, l'achat ou la vente de parts sociales et/ou d'actions,
- les litiges avec Gan Prévoyance et/ou l'assureur.

### 1.2\_2 Exclusions applicables à la garantie recours contre l'Administration

La garantie ne peut être accordée pour :

- les recours contre l'Administration fiscale ou douanière,
- les recours dans le cadre d'une procédure d'expulsion.

## 2. Garantie Protection Juridique en cas de décès

### 2.1. Objet des prestations

Lorsqu'un litige oppose un ayant cause à un tiers dans le cadre de la succession de l'assuré, l'assureur s'engage à mettre en œuvre les prestations tendant à la résolution amiable ou judiciaire du litige et à prendre en charge les frais et honoraires des intervenants dans les limites de la prise en charge prévues à l'article 3 "Montants et modalités financières de la garantie".

#### Sur un plan amiable

##### ■ La Consultation Juridique

Dans le cadre d'une prestation personnalisée et au vu des éléments que l'assuré communique, l'assureur expose soit oralement, soit par écrit, les règles de droit applicables à son cas et lui donne un conseil et/ou un avis sur la conduite à tenir.

##### ■ L'Assistance Amiable

Après étude complète de la situation de l'assuré, l'assureur intervient directement auprès de son adversaire afin de rechercher une issue négociée et conforme à ses intérêts.

Lorsque l'appui d'un intervenant extérieur (avocat, expert) est nécessaire (notamment lorsque l'adversaire est lui-même représenté par un avocat), l'assureur prend en charge les frais et honoraires de ce dernier à hauteur du budget amiable défini à l'article 3.3\_2 "Montants maxima des budgets par litige".

Lorsque l'assureur est amené à intervenir à l'amiable, le bénéficiaire lui donne mandat pour procéder à toute démarche utile pour mettre fin au litige.

#### Sur un plan judiciaire

##### ■ La Prise en charge Judiciaire

Lorsque le litige est ou doit être porté devant une commission ou une juridiction, l'assureur prend en charge les frais et honoraires des intervenants à hauteur du budget judiciaire défini à l'article 3.3\_2 "Montants maxima des budgets par litige".

### 2.2. Nature des litiges garantis

La garantie s'applique aux litiges opposant l'assuré notamment aux créanciers du défunt, à ses prestataires (assureurs, banquiers, organismes de retraite), à l'Administration fiscale, aux pompes funèbres...

### 2.3. Exclusions applicables

La garantie ne peut être accordée pour :

- toute action découlant d'une faute intentionnelle de la part de l'assuré,
- les litiges se rapportant au droit de la propriété intellectuelle ou industrielle (notamment la protection des marques, brevets, droits d'auteurs, modèles et logiciels),
- les litiges fondés sur le non-paiement de sommes que le bénéficiaire doit, dont le montant ou l'exigibilité n'est pas sérieusement contestable et toute intervention consécutive à son état d'insolvabilité ou à celui d'un tiers (notamment le redressement et la liquidation judiciaires),
- les litiges résultant de la participation de l'assuré à l'administration d'une société, d'un groupement, d'une association ainsi que les litiges liés à l'application de règles statutaires le liant à ses associés ou actionnaires,
- les litiges liés à la détention, l'achat ou la vente de parts sociales et / ou d'actions.
- les litiges avec Gan Prévoyance et/ou l'assureur.

En matière fiscale, la garantie ne sera pas due ou cessera de plein droit d'être acquise en cas de non-communication d'informations demandées par l'Administration à l'occasion d'un contrôle sur pièces et/ou de défaut total de déclarations après mise en demeure de l'Administration ainsi qu'en cas d'omission, d'insuffisance ou d'inexactitude relevée dans les déclarations lorsque la mauvaise foi ou des manœuvres frauduleuses sont établies par l'Administration fiscale.

## 3. Montants et modalités financières de la garantie

### 3.1.

#### Plafonds de garantie (TTC)

Ce sont les montants maxima de la contribution financière de l'assureur.

La contribution financière s'élève à **15 245 €** pour l'ensemble des litiges survenus au cours d'une même année d'assurance sans pouvoir dépasser **7 625 €** par litige.

### 3.2.

#### Seuils d'intervention (TTC)

Ce sont les montants des intérêts en jeu au-dessus desquels l'assureur intervient.

Si le montant des intérêts en jeu est inférieur à 230 €, la garantie n'est pas susceptible d'intervenir. Entre 230 € et 535 €, l'intervention au titre de la garantie se limite à la recherche d'une solution amiable.

Au-delà de 535 €, l'intervention au titre de la garantie peut être amiable ou judiciaire.

Toutefois, l'assureur ne retient **aucun seuil d'intervention** en matière de **consultation juridique** et lorsque l'assuré est poursuivi devant les juridictions répressives.

### 3.3.

#### Modalités de paiement et montant des budgets de prise en charge

L'assureur prend en charge les frais et honoraires d'avocat, d'avoué, d'expert, d'huissier de justice et de notaire ainsi que les frais de procédure, sous réserve qu'ils soient exposés **avec son accord préalable** ou justifiés par l'urgence, à hauteur des budgets définis à l'article 3.3\_2 "Montants maxima des budgets par litige".

#### 3.3\_1 Modalités de paiement

Elles diffèrent selon la juridiction territorialement compétente.

#### Juridiction

- **France, Principautés de Monaco et d'Andorre :**

L'assureur a seul la qualité pour saisir l'avocat de l'assuré et acquittera directement les frais garantis, sans excéder les budgets définis ci-dessous.

#### ■ **Autres pays garantis :**

Sous réserve du respect des conditions prévues à l'article 7.1. "Formalités à accomplir pour la mise en jeu des garanties", il appartient à l'assuré de saisir son avocat.

Par dérogation à l'article 3.1. "Plafond des garanties TTC", l'assureur rembourse dans les meilleurs délais, sur justificatifs, les frais et honoraires garantis au fur et à mesure des provisions acquittées dans la limite maximale de **3 049 € par litige et sans application des budgets définis ci-dessous.**

#### 3.3\_2 Montants maxima des budgets par litige

Les montants de ces différents budgets sont cumulables, sous réserve de ne pas dépasser les plafonds de garantie prévus à l'article 3.1. "Plafond des garanties TTC".

**Les budgets s'entendent toutes taxes comprises.**

#### Budget amiable

Il s'agit des diligences effectuées par l'ensemble des intervenants dans la limite de **765 €**.

#### Budget judiciaire

##### ■ **Budget Avocat**

Il comprend :

- Les frais d'avocat pris en charge sur justificatifs.
- Les honoraires, y compris d'étude du dossier, que l'assureur est susceptible de verser à l'avocat de l'assuré pour l'obtention d'une ordonnance, d'un jugement ou d'un arrêt.

##### ■ **Budget Expertise Judiciaire**

Il s'agit des frais et honoraires de l'expert judiciaire désigné à la demande de l'assuré après accord préalable de l'assureur à hauteur de **2 290 €**.

##### ■ **Budget Avoué et Huissier de justice**

Les frais et honoraires d'avoué et d'huissier de justice sont pris en charge dans la limite des textes régissant leur profession.

##### ■ **Budget Notaire**

Les frais et honoraires du notaire sont pris en charge à hauteur de **1 070 €**.

Assistance judiciaire : frais et honoraires d'avocat	euros
• Assistance à instruction (coût horaire)	125
• Ne pouvant excéder	855
• Assistance à une expertise (coût horaire)	110
• Dans la limite maximale par opération de	425
• Représentation devant commission	380
• Ordonnance sur requête	305
• Référé (par ordonnance)	475
• Médiation pénale	305
• Tribunal de police ou correctionnel	610
• Tribunal d'instance et autres juridictions	765
• Tribunal de grande instance, tribunal administratif	915
• Tribunal des affaires de Sécurité sociale	535
• Autres juridictions	765
• Appel	915
• Cour de cassation, Conseil d'État	1830
• Transaction menée à son terme	535
• Suivi de l'exécution	80

#### Ne sont jamais pris en charge :

- les frais de déplacement et vacations correspondantes, lorsque l'avocat est amené à se déplacer en dehors du ressort de la Cour d'appel dont dépend son ordre,
- les frais et honoraires de l'avocat postulant,
- les condamnations ; les amendes notamment pénales ; les dépens et frais exposés par la partie adverse que le Tribunal estime équitable de faire supporter à l'assuré s'il est condamné, ceux qu'il a accepté de

supporter dans le cadre d'une transaction amiable, en cours ou en fin de procédure judiciaire ; les droits ou pénalités fiscales ; les cautions pénales ainsi que les consignations de partie civile,

- les frais et honoraires d'enquête pour identifier ou retrouver l'adversaire de l'assuré ou connaître la valeur de son patrimoine,
- les honoraires de résultat demandés par l'avocat saisi du litige.

## 4. Libre choix de l'avocat

L'assuré a le libre choix de son avocat ou de toute personne qualifiée par la législation ou la réglementation en vigueur pour le défendre, le représenter ou servir ses intérêts dans les circonstances prévues à l'article L. 127-1 du Code des assurances. S'il n'en connaît aucun, l'assureur peut en mettre un à sa disposition, sous réserve d'obtenir une demande écrite de sa part.

Avec son défenseur, le bénéficiaire a la maîtrise de la procédure.

Le libre choix de l'avocat s'exerce aussi chaque fois que survient un conflit d'intérêt, c'est-à-dire l'impossibilité pour l'assureur de gérer, de façon indépendante, un litige qui oppose, par exemple, deux assurés.

## 5. Arbitrage

En cas de désaccord entre l'assureur et l'assuré sur les mesures à prendre pour régler le litige déclaré (ex. : désaccord sur l'opportunité de saisir une juridiction ou d'exercer une voie de recours) :

- L'assuré a la faculté de soumettre ce désaccord à une tierce personne librement désignée par lui, sous réserve :
  - que cette personne soit habilitée à donner un conseil juridique et ne soit en aucun cas impliquée dans la suite éventuelle du dossier,
  - d'informer l'assureur de cette désignation. Les honoraires de la tierce personne, librement désignée par l'assuré, sont pris en charge par l'assureur dans la limite de **200 € TTC**.
- Conformément à l'article L. 127-4 du Code des assurances, ce désaccord peut être soumis à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord avec l'assureur ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés.

Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge de l'assureur, sauf décision contraire de la juridiction saisie.

Si l'assuré engage, à ses frais, une procédure contentieuse et obtient une solution plus favorable que celle proposée par l'assureur, ou que celle proposée par l'arbitre, le premier lui rembourse les frais exposés pour l'exercice de cette action **dans la limite de la garantie**.

## 6. Subrogation

L'assureur est subrogé dans les conditions prévues à l'article L. 121-12 du Code des assurances, dans les droits et actions que l'assuré possède contre les tiers, en remboursement des sommes qui lui sont allouées notamment au titre des dépens et du montant obtenu au titre de l'article 700 du Code de Procédure Civile, de l'article 475-1 du Code de Procédure Pénale ou de l'article L. 761-1 du Code de la Justice Administrative.

Si des frais et honoraires sont restés à la charge de l'assuré et sous réserve qu'il puisse les justifier, l'assureur s'engage à ce qu'il soit désintéressé en priorité sur les sommes allouées au titre des articles précités, le solde, le cas échéant, lui revenant dans la limite des sommes engagées.

## 7. Dispositions communes

### 7.1.

### Formalités à accomplir pour la mise en jeu des garanties

Les déclarations de litige sont à envoyer par écrit à :

#### Société Française de Protection Juridique (SFPJ)

14-16, rue de la République - 92800 Puteaux  
Téléphone : 01 56 88 64 20  
Télécopie : 01 56 88 64 65

Sauf cas fortuit ou force majeure, toute déclaration de litige susceptible de relever de la présente garantie doit être transmise à l'assureur au plus tard dans les **30 jours ouvrés**, à compter de la date à laquelle l'assuré en a eu connaissance ou du refus opposé à une réclamation dont il est l'auteur ou le destinataire, **sous peine de déchéance de garantie**, s'il est établi que le retard dans la déclaration cause un préjudice à l'assureur, conformément à l'article L. 113-2 du Code des assurances.

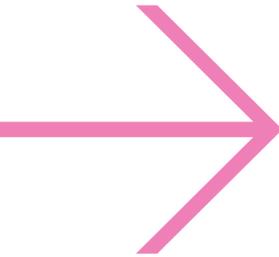
**Dans le cadre de toute déclaration, l'assuré doit mentionner le numéro de cette garantie (443 000)** et adresser à l'assureur tous renseignements, documents et justificatifs nécessaires à la défense de ses intérêts ou tendant à établir la matérialité ou l'existence du litige.

#### ATTENTION

L'assureur ne prend jamais en charge les frais et honoraires appelés ou réglés antérieurement à la déclaration, ainsi que ceux correspondant à des prestations effectuées avant la déclaration, sauf si l'assuré peut justifier d'une urgence à les avoir engagés.

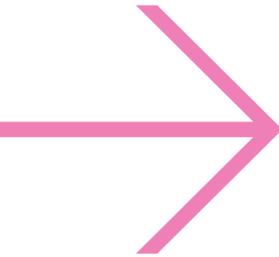


## **V. La Garantie des Accidents de la Vie (GAV)**



# Sommaire

Lexique spécifique à la Garantie des Accidents de la Vie.....	59
<b>1. La Garantie des Accidents de la Vie.....</b>	<b>61</b>
<b>1.1. Objet de la garantie.....</b>	<b>61</b>
<b>1.2. Limites de la garantie.....</b>	<b>61</b>
<b>1.3. Exclusions de la garantie.....</b>	<b>61</b>
<b>2. La protection des personnes.....</b>	<b>62</b>
<b>2.1. Accidents de la vie privée.....</b>	<b>62</b>
<b>2.2. Accidents médicaux.....</b>	<b>62</b>
<b>2.3. Accidents de la circulation automobile à l'étranger.....</b>	<b>62</b>
<b>2.4. Clause particulière.....</b>	<b>63</b>
<b>2.5. Modalités d'indemnisation de la protection des personnes.....</b>	<b>63</b>
<b>3. La défense des intérêts de l'assuré.....</b>	<b>63</b>
<b>3.1. Objet de la garantie.....</b>	<b>64</b>
<b>3.2. Modalités d'indemnisation.....</b>	<b>64</b>
<b>3.3. Gestion des litiges.....</b>	<b>65</b>
<b>3.4. Choix du conseil.....</b>	<b>65</b>
<b>3.5. Arbitrage.....</b>	<b>65</b>
<b>3.6. Plafonds et seuils d'indemnisation de la défense des intérêts de l'assuré.....</b>	<b>66</b>
<b>4. L'intervention en cas de sinistre.....</b>	<b>68</b>
<b>4.1. Indemnisation.....</b>	<b>68</b>
<b>4.1_1 En cas d'atteinte à l'intégrité physique et psychique.....</b>	<b>68</b>
<b>4.1_2 En cas de décès.....</b>	<b>69</b>
<b>4.1_3 Subrogation.....</b>	<b>69</b>
<b>4.1_4 Cumul des indemnités.....</b>	<b>69</b>
<b>4.1_5 Fin de la Garantie.....</b>	<b>70</b>
<b>4.2. Délai de règlement de l'indemnité.....</b>	<b>70</b>
<b>4.3. Séjours à l'étranger.....</b>	<b>70</b>



# Lexique spécifique à la Garantie des Accidents de la Vie

## DÉFINITION DES PERSONNES CONCERNÉES PAR L'ADHÉSION

### Assuré

Ont la qualité d'assuré, les personnes indiquées ci-après.

- pour la formule "Solo" : l'adhérent.
- pour la formule "Duo" : l'adhérent et son conjoint ou son enfant légitime, naturel, adoptif ou reconnu à sa charge.
- pour la formule "Famille" :
  - l'adhérent,
  - son conjoint,
  - les enfants légitimes, naturels, adoptifs ou reconnus, à charge de l'adhérent ou de son conjoint.
- pour la formule "Grands-parents" :
  - l'adhérent,
  - son conjoint,
  - les enfants légitimes, naturels, adoptifs ou reconnus, à charge de l'adhérent et/ou de son conjoint,
  - les petits-enfants mineurs pendant le temps où ils leur sont confiés.

### Assureur

Groupama Gan Vie auquel la garantie et la gestion des prestations sont confiées.

### Bénéficiaire

À l'exception des personnes ayant causé volontairement les dommages à l'assuré victime, ont la qualité de bénéficiaires :

- en cas d'Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP) partielle ou totale, l'assuré victime ou son représentant légal,
- en cas de décès, les personnes physiques, justifiant avoir subi un préjudice d'affection ou une perte de revenus directe du fait du décès de l'assuré.

### • Conjoint

Le conjoint non séparé de corps ou de fait ni divorcé ou la personne vivant maritalement avec l'adhérent à son domicile ou son partenaire dans le cadre du Pacte civil de solidarité (P.A.C.S.).

### Enfants fiscalement à charge

Les enfants de l'assuré que la charge soit exclusive, principale ou partagée :

- les enfants qui n'ont pas de revenus distincts, les enfants infirmes sans condition d'âge, les enfants de moins de 18 ans : légitimes, adoptifs, naturels reconnus, recueillis au foyer,
- les enfants qui sont rattachés au foyer fiscal de l'assuré, les enfants de moins de 21 ans ou de moins de 25 ans s'ils poursuivent leurs études, y compris dans des filières d'apprentissage, ou en contrat d'alternance ou par correspondance.

### Enfants économiquement à charge

- Les enfants dont les ressources sont au plus équivalentes au montant mensuel du RSA et qui, soit sont âgés de moins de 25 ans et habitent le foyer de l'assuré, soit, sont âgés de plus de 25 ans et poursuivent des études,
- Les enfants qui n'habitent pas au foyer mais perçoivent une pension alimentaire de la part de l'un des assurés.

### Petits-enfants

Les petits-enfants de l'adhérent ou de son conjoint, âgés de moins de 18 ans.

### Tiers

Toute personne autre que les assurés au contrat.

## AUTRES DÉFINITIONS

### Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP)

Réduction définitive du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel résultant d'une atteinte à l'intégrité anatomo-physiologique, constitutive d'un déficit fonctionnel permanent.

Elle s'exprime en taux par référence au barème de droit commun et est établie par le médecin expert de l'assureur.

### Barème du droit commun

"Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun" paru dans l'édition du "Concours Médical" en cours au jour de l'expertise. Ce barème est utilisé par le médecin expert de l'assureur pour établir le taux d'Atteinte Permanente à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP) dont l'assuré est atteint, en dehors de toute considération professionnelle.

### Date de consolidation

Date à partir de laquelle les lésions imputables à l'accident prennent un caractère stable et supposé définitif permettant de fixer un taux d'Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP).

### Indice

La Garantie des Accidents de la Vie fait référence aux indices suivants :

- **Indice GAV Plafond** : l'indice "GAV Plafond" est défini par l'assureur et précisé par courrier annuel. En tout état de cause, la variation de cet indice ne peut excéder la variation du Salaire plafond de la Sécurité sociale fixé au 1<sup>er</sup> janvier précédent. Les variations de cet indice sont appliquées, à l'échéance annuelle de l'adhésion, au plafond d'indemnisation des garanties des accidents de la vie privée, accidents médicaux, accidents de la circulation automobile à l'étranger.
- **Indice GAV Tarif** : l'indice "GAV tarif" est défini par l'assureur. En tout état de cause, la variation de cet indice ne peut excéder la variation du Salaire plafond de la Sécurité sociale fixé au 1<sup>er</sup> janvier précédent. Les variations de cet indice sont appliquées, à l'échéance annuelle de l'adhésion, au montant des cotisations des garanties accidents.
- **Indice FFB** : indice du prix de la construction, publié trimestriellement par la Fédération Française du Bâtiment (base 1 en 1941) ou, à défaut, par l'organisme qui lui serait substitué. Cet indice concerne la garantie protection juridique des accidents de la vie. L'indice de référence retenu est celui du mois de mars.

### Préjudice d'affection

En cas de décès de l'assuré, souffrances morales supportées par ses proches.

### Préjudice esthétique

Ensemble des disgrâces résultant d'une altération de l'aspect physique imputables à l'accident et persistant après consolidation.

### Préjudice d'agrément

Impossibilité définitive d'exercer une activité de loisir pratiquée antérieurement à l'accident du fait des séquelles de cet accident.

### Préjudice patrimonial

Perte de revenus résultant, pour les ayants droit de la victime, du décès de cette dernière consécutif à un accident.

### Prescription

Période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est plus recevable.

### Règles du droit commun

Règles utilisées par les juridictions françaises pour déterminer l'indemnisation des préjudices d'une victime d'un accident corporel causé par un tiers.

### Seuil d'intervention

Pourcentage d'Atteinte permanente à l'Intégrité Physique et Psychique (AIPP) partielle à partir duquel l'assuré peut bénéficier des indemnisations prévues au contrat ; il est indiqué sur le certificat d'adhésion.

### Souffrances endurées

Souffrances physiques et psychiques supportées par la victime, avant consolidation ou stabilisation de son état.

### Sport

Ensemble d'exercices physiques pratiqués au titre de loisirs, en dehors de toute activité professionnelle, sous forme de jeux individuels ou collectifs et pouvant donner lieu à des compétitions.

### Subrogation

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

# 1. La Garantie des Accidents de la Vie

## 1.1. Objet de la garantie

La Garantie des Accidents de la Vie a pour objet de garantir les préjudices résultant d'un accident qui survient au cours de la vie privée de l'assuré, ainsi qu'au cours de son trajet domicile-travail et qui entraîne :

- une atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique au moins égale au seuil d'intervention fixé sur le certificat d'adhésion,
- ou son décès.

Ainsi, sont assurées :

- la protection des personnes dans les situations suivantes :
  - **accidents de la vie privée,**
  - **accidents médicaux,**
  - **accidents de la circulation automobile à l'étranger** (piéton, cycliste, passager d'un véhicule terrestre à moteur),
  - la défense des intérêts avec la garantie **Protection juridique des accidents de la vie.**

## 1.2. Limites de la garantie

Les limites des garanties sont indiquées sur le certificat d'adhésion. Elles sont indexées selon les conditions prévues à l'article 7.3. "Indexation de la Garantie des Accidents de la Vie" de la Présentation du contrat du chapitre I.

## 1.3. Exclusions de la garantie

### Ne sont jamais assurés :

- les préjudices causés par des maladies n'ayant pas pour origine directe et certaine un accident garanti,
- les accidents survenus à l'occasion d'activités professionnelles, de fonctions publiques et/ou électives ou syndicales ; **cette exclusion ne concerne pas les accidents de trajet définis par la réglementation en vigueur en droit du travail,**
- les accidents de la circulation dans lesquels sont impliqués des véhicules terrestres à moteur, ainsi que leurs remorques ou semi-remorques, autres que les véhicules ferroviaires et les tramways circulant sur des voies qui leur sont propres ; **cette exclusion ne concerne pas la garantie Accidents de la circulation automobile à l'étranger,**
- les conséquences de tout dommage que l'assuré s'est causé intentionnellement,
- les accidents résultant de la participation de l'assuré à un crime, à un délit, une insurrection, une émeute, une rixe (sauf cas de légitime défense ou d'assistance à une personne en danger victime d'une agression), un attentat, un acte de terrorisme ou de vandalisme,
- les accidents occasionnés par une guerre civile ou étrangère,
- les accidents dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation, provenant de transmutations de noyaux d'atomes ou de radioactivité, ainsi que ceux dus aux effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules,
- les dommages résultant des expérimentations biomédicales.

## 2. La protection des personnes

### 2.1. Accidents de la vie privée

**L'assureur garantit toutes atteintes corporelles** consécutives à un accident subies par l'assuré au cours de sa vie privée, y compris lorsque cet accident résulte d'un événement naturel déclaré ou non catastrophe naturelle, ou d'un attentat.

La garantie s'applique également lorsque l'accident est qualifié "d'accident de trajet" par la réglementation en vigueur en droit du travail.

### 2.2. Accidents médicaux

**L'assureur garantit toutes atteintes corporelles** résultant d'un accident médical, c'est-à-dire d'un acte ou d'un ensemble d'actes à caractère médical, qui a eu sur l'assuré des conséquences dommageables pour sa santé, anormales et indépendantes de l'évolution de l'affection en cause et de son état antérieur.

On entend par acte médical, les actes de prévention, diagnostic, exploration, traitement, chirurgie, pratiqués par :

- les membres des professions médicales et les auxiliaires médicaux visés par le Code de la santé publique,
- ou des praticiens autorisés à exercer par la législation ou la réglementation du pays dans lequel a lieu l'acte, et lorsque ces actes sont assimilables à ceux référencés par la Sécurité sociale française.

#### Conditions de mise en œuvre de la garantie

La garantie des accidents médicaux est acquise si :

- le fait générateur du dommage est postérieur au premier janvier 2000,
- et si la première manifestation du dommage corporel intervient entre la date de la prise d'effet du contrat et la date d'effet de sa résiliation.

### 2.3. Accidents de la circulation automobile à l'étranger

**L'assureur garantit toutes atteintes corporelles** subies par l'assuré, en sa qualité de piéton, cycliste ou passager d'un véhicule, lorsqu'il est victime d'un accident de la circulation survenu à l'étranger et qui implique un véhicule terrestre à moteur.

Son intervention consiste au versement d'une indemnité correspondant à la différence éventuelle entre :

- ce qu'il obtiendrait dans le cadre de son recours contre la personne responsable de l'accident,
- et ce qu'il aurait pu obtenir si le droit français avait été applicable.

L'indemnité est basée sur les sommes habituellement attribuées par la Cour d'Appel du lieu du domicile de l'assuré.

#### Ne sont pas garantis, outre les exclusions générales prévues à l'article 1.3. "exclusion de la garantie" :

- les accidents de la circulation survenant dans les pays et territoires où s'applique le droit français,
- les dommages subis par l'assuré lorsqu'il est conducteur d'un véhicule terrestre à moteur, qu'il soit ou non responsable de l'accident.

L'indemnisation des atteintes corporelles telles que définies précédemment se fait après consolidation des lésions et selon les modalités précisées à l'article 4 "L'intervention en cas de sinistre".

## 2.4. Clause particulière

### Pratique de sports à risque

L'assureur garantit, moyennant surprime, les sports et activités à risque, pratiqués régulièrement dans le cadre des loisirs et précisés à l'article 5.1. "Sports à risque" de la Présentation du contrat du chapitre I.

La pratique de ces sports à risque doit être expressément déclarée à l'adhésion et en cours de contrat dès lors que cette pratique est régulière.

## 2.5. Modalités d'indemnisation de la protection des personnes

L'indemnisation est effectuée en capital dans la limite d'un plafond de garantie de 2 000 000 €. Ce plafond s'applique par assuré et par événement. Il est indexé selon les conditions prévues à l'article 7.3. "Indexation de la Garantie des Accidents de la Vie" de la Présentation du contrat.

En cas d'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique :

- lorsque le seuil d'intervention choisi (5, 10 ou 30 %) n'est pas atteint, il n'est versé aucune indemnité ;
- pour les assurés âgés de 70 ans et plus, l'indemnité n'est versée que si le seuil d'intervention de 30 % est atteint.

# 3. La défense des intérêts de l'assuré

Cette garantie est assurée et gérée par :

### Société Française de Protection Juridique (SFPJ)

Entreprise régie par le Code des assurances  
Société anonyme au capital de  
1 550 000 euros (entièrement versé)

#### Siège Social :

14-16, rue de la République - 92800 Puteaux  
RCS Nanterre B 321 776 775  
Téléphone : 01 56 88 64 20  
Télécopie : 01 56 88 64 65

Cette garantie, conforme aux lois no 2007-210 du 19/02/2007 et 89 1014 du 31/12/1989, ainsi qu'au décret no 90 697 du 01/08/1990, est régie par les dispositions qui suivent ainsi que par les dispositions générales de la notice d'information et par le certificat d'adhésion au contrat Gan Prévoyance Sécurité Professionnel.

Numéro de la garantie à rappeler lors de tout appel et dans toute correspondance :

**451 000**

#### Sont garantis :

- les litiges qui opposent l'assuré à un tiers, y compris sur le plan amiable, et qui sont la conséquence directe ou indirecte d'un dommage corporel qu'il a subi (garanti ou non par le présent contrat). Sont garantis notamment les litiges concernant :
  - le licenciement abusif de la part de l'employeur de l'assuré qui ne prend pas en compte les possibilités de reclassement suite à des séquelles liées à un accident,
  - la non prise en charge des échéances d'un prêt par l'assureur "décès-invalidité" de l'assuré,

- les malfaçons, défauts dans le cadre du réaménagement du véhicule ou de l'habitation rendu nécessaire par un handicap de l'assuré,
- une mauvaise prestation de l'aide à domicile,
- la contestation de l'assuré sur la détermination ou le versement d'une rente invalidité par un organisme de prévoyance,
- le recours contre un tiers responsable n'ayant pas la qualité d'assuré, afin d'obtenir l'indemnisation des dommages corporels subis par l'assuré et non indemnisés par le présent contrat.

**Ne sont pas garantis, outre les exclusions générales prévues à l'article 1.3. "Exclusions de la garantie", les litiges :**

- nés antérieurement à la date d'effet de la garantie et ceux résultant de faits antérieurs à la date d'effet de la garantie et dont l'assuré connaissait l'existence ;
- découlant d'une faute intentionnelle commise par l'assuré ;
- fondés sur le non-paiement de sommes dues par l'assuré dont le montant ou l'exigibilité ne sont pas sérieusement contestables ou résultant de son état d'insolvabilité ou de celui d'un tiers ;
- relatifs au droit des personnes et de la famille, aux successions ;
- consécutifs au décès de l'assuré ;
- résultant de la participation de l'assuré à l'administration d'une société, d'un groupement ou d'une association ;
- les litiges liés à des travaux immobiliers soumis à assurance obligatoire ;
- les litiges relevant de la Cour d'assises.

### Conditions de mise en œuvre de la garantie

Tout litige susceptible de mettre en jeu la garantie doit être déclaré à l'assureur, par écrit, au plus tard dans les 30 jours ouvrés, à compter de la date à laquelle l'assuré en a eu connaissance et au plus tard, au moment du refus opposé à une réclamation dont il est l'auteur ou le destinataire, sauf cas fortuit ou force majeure, sous peine de déchéance de la garantie, s'il est établi que le retard dans la déclaration cause un préjudice à l'assureur.

L'assureur ne prend pas en charge les frais et honoraires appelés ou réglés antérieurement à la déclaration, ainsi que ceux correspondant à des prestations ou procédures effectuées avant la déclaration, sauf lorsque l'assuré peut justifier d'une urgence à les avoir engagés.

## 3.1. Objet de la garantie

Les prestations peuvent prendre différentes formes :

### Sur un plan amiable

#### ■ La Consultation Juridique

L'assureur expose (soit oralement, soit par écrit), au vu des éléments communiqués dans le cadre d'une prestation personnalisée, les règles de droit applicables au cas de l'assuré et donne un avis sur la conduite à tenir.

#### ■ L'Assistance Amiable

Elle intervient, après étude complète de la situation de l'assuré, directement auprès de l'adversaire de ce dernier, afin de rechercher une issue négociée et conforme à ses intérêts.

Lorsque l'appui d'un intervenant extérieur, par exemple un expert ou un avocat, est nécessaire (notamment lorsque l'adversaire est lui-même représenté par un avocat) et permet de faciliter l'issue amiable d'un litige, l'assureur prend en charge les frais et honoraires de ce dernier dans les limites indiquées au tableau des plafonds et seuils d'indemnisation.

L'assuré donne mandat à l'assureur qui peut procéder à toute démarche ou opération tendant à mettre fin amiablement au litige déclaré et garanti.

### Sur un plan judiciaire

#### ■ La Prise en charge des frais de procédure

Lorsque le litige n'a pu se résoudre à l'amiable et est porté devant une juridiction ou une commission, l'assureur prend en charge les frais et honoraires de procédure dans les limites indiquées à l'article 3.6. "Plafonds et seuils d'indemnisation de la défense des intérêts de l'assuré".

**Il est précisé que les honoraires de l'avocat sont garantis dans la limite du barème figurant à l'article 3.6. "Plafonds et seuils d'indemnisation de la défense des intérêts de l'assuré".**

## 3.2. Modalités d'indemnisation

Elles diffèrent selon la juridiction territorialement compétente.

#### ■ France métropolitaine, principautés de Monaco et d'Andorre

L'assureur acquitte directement, sans excéder les budgets définis à l'article 3.6. "**Plafonds et seuils d'indemnisation de la défense des intérêts de l'assuré**", les frais garantis.

### ■ Autres pays garantis

Il appartient à l'assuré de saisir son conseil. L'assureur lui remboursera, dans les 10 jours ouvrés de la réception des justificatifs, les frais et honoraires garantis au fur et à mesure des provisions acquittées dans la limite spécifique prévue à l'article 3.6. "Plafonds et seuils d'indemnisation de la défense des intérêts de l'assuré".

#### ATTENTION

##### Ne sont pas pris en charge :

- les frais de déplacement et vacations correspondantes, lorsque l'avocat est amené à se déplacer en dehors du ressort de la Cour d'Appel dont dépend son ordre ;
- les condamnations, les dépens et frais exposés par la partie adverse, que le Tribunal estime équitable de faire supporter à l'assuré s'il est condamné, ceux qu'il a accepté de supporter dans le cadre d'une transaction amiable, ou en cours ou en fin de procédure judiciaire ;
- les cautions pénales ainsi que les consignations de partie civile ;
- les frais et honoraires d'enquête pour identifier ou retrouver l'adversaire de l'assuré ou connaître la valeur de son patrimoine ;
- les frais engagés sans le consentement de l'assureur pour l'obtention de constats d'huissier, d'expertise amiable ou de toutes autres pièces justificatives à titre de preuve, sauf cas d'urgence ;
- les honoraires de résultat ;
- les frais et honoraires d'avocat postulant.

### 3.3. Gestion des litiges

Les déclarations de litige sont à envoyer par écrit à :

#### Société Française de Protection Juridique (SFPJ)

14-16, rue de la République - 92800 Puteaux  
Téléphone : 01 56 88 64 20  
Télécopie : 01 56 88 64 65

Sauf cas fortuit ou force majeure, toute déclaration de litige susceptible de relever de la présente garantie doit être transmise à l'assureur, au plus tard dans les **30 jours ouvrés**, à compter de la date à laquelle l'assuré en a eu connaissance ou

du refus opposé à une réclamation dont l'assuré est l'auteur ou le destinataire, **sous peine de déchéance de garantie**, s'il est établi que le retard dans la déclaration cause un préjudice à l'assureur, conformément à l'article L. 113-2 du Code des assurances.

**Dans le cadre de toute déclaration, l'assuré doit mentionner le numéro de cette garantie (451 000)** et adresser tous renseignements, documents et justificatifs nécessaires à la défense de ses intérêts ou tendant à établir la matérialité ou l'existence du litige.

#### ATTENTION

Ne sont jamais pris en charge les frais et honoraires appelés ou réglés antérieurement à la déclaration, ainsi que ceux correspondant à des prestations effectuées avant la déclaration, sauf si l'assuré peut justifier d'une urgence à les avoir engagés.

### 3.4. Choix du conseil

L'assuré a le libre choix de l'avocat ou de toute personne qualifiée par la réglementation en vigueur, pour défendre, représenter ou servir ses intérêts, lorsque son intervention est nécessaire.

Si l'assuré n'en connaît aucun et s'il en fait la demande écrite, l'assureur peut en mettre un à sa disposition.

Avec son défenseur, l'assuré a la maîtrise de la procédure.

Le libre choix du conseil s'exerce aussi chaque fois que survient un conflit d'intérêt, c'est-à-dire l'impossibilité pour l'assureur de gérer, de façon indépendante, un litige qui oppose, par exemple, deux assurés.

### 3.5. Arbitrage

En cas de désaccord entre l'assureur et l'assuré sur les mesures à prendre pour régler le litige déclaré (ex : désaccord sur l'opportunité de saisir une juridiction ou d'exercer une voie de recours) :

- l'assuré a la faculté de soumettre ce désaccord à une tierce personne librement désignée par lui sous réserve :
  - que cette personne soit habilitée à donner un conseil juridique et ne soit en aucun cas impliquée dans la suite éventuelle du dossier ;
  - d'informer l'assureur de cette désignation.

Les honoraires de la tierce personne, librement désignée par l'assuré, sont pris en charge par l'assureur dans la limite de 200 € TTC.

- Conformément à l'article L127-4 du Code des assurances, ce désaccord peut être soumis à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord avec l'assureur ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés.

Les frais exposés pour la mise en œuvre de cette faculté sont à la charge de l'assureur sauf décision contraire de la juridiction saisie.

Si l'assuré engage, à ses frais, une procédure contentieuse et obtient une solution plus favorable que celle proposée par l'assureur ou que celle proposée par l'arbitre, le premier lui rembourse les frais exposés pour l'exercice de cette action, dans la limite de la garantie.

### 3.6.

## Plafonds et seuils d'indemnisation de la défense des intérêts de l'assuré

Garanties	Montant de garantie par sinistre	Franchise ou seuil d'intervention par sinistre
<b>Action amiable</b>	À concurrence de <b>765 €<sup>(1)</sup></b>	<b>230 €<sup>(1)</sup></b>
<b>Action judiciaire</b>	À concurrence de <b>15 245 €</b> pour l'ensemble des litiges survenus au cours d'une même année d'assurance sans pouvoir dépasser <b>7 625 €</b> par litige <sup>(1)</sup> incluant les frais et honoraires d'avocat selon le barème indiqué au tableau ci-après, les honoraires d'expert judiciaire plafonnés à <b>2 290 €</b> , les frais et honoraires d'huissier et d'avoué dans la limite fixée par les textes régissant leur profession.	<b>535 €<sup>(1)</sup></b>
<b>Défense pénale</b>	Pour les litiges relevant d'une juridiction hors de France et des principautés d'Andorre et de Monaco, le plafond d'indemnisation est de <b>3 049 €</b> et le barème des honoraires d'avocat annexé à ce tableau ne s'applique pas.	<b>Sans seuil</b>

(1) Montant indexé selon les conditions prévues à l'article "Indexation de la Garantie des Accidents de la Vie".

Interventions : frais et honoraires d'avocat	Barèmes (€ TTC)
<b>ASSISTANCE</b>	
Rédaction d'un dire d'une déclaration de créance	<b>80 €</b>
Assistance à une mesure d'instruction ou d'expertise	<b>425 €</b>
Assistance devant une commission administrative, civile ou disciplinaire	<b>380 €</b>

Interventions : frais et honoraires d'avocat	Barèmes (€ TTC)
<b>PREMIÈRE INSTANCE</b>	
Référé (par ordonnance)	475 €
Juridiction statuant avant dire droit	400 €
Tribunal d'instance – juge de proximité	765 €
Tribunal de grande instance	915 €
Tribunal administratif	915 €
Tribunal de commerce	915 €
Commission Technique de Sécurité sociale	385 €
Tribunal des affaires de la Sécurité sociale	535 €
<b>Conseil des prud'hommes</b>	
• En conciliation	305 €
• Bureau de jugement	610 €
• Département	230 €
<b>CONTENTIEUX PÉNAL</b>	
Commission d'indemnisation des victimes d'infractions	550 €
Tribunal de police ou correctionnel	610 €
Médiation pénale	305 €
Chambre de l'instruction	600 €
<b>APPEL</b>	
Cour d'appel	915 €
Requête devant le 1 <sup>er</sup> Président de la cour d'appel	460 €
<b>HAUTES JURIDICTIONS</b>	
Cour de cassation – Conseil d'État	1 830 €
<b>EXÉCUTION</b>	
Juge de l'exécution	400 €
Suivi de l'exécution	80 €

## 4. L'intervention en cas de sinistre

### 4.1. Indemnisation

Il appartient au(x) bénéficiaire(s) d'apporter la preuve de l'événement accidentel et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et l'atteinte à l'intégrité physique et psychique ou le décès. L'indemnité est déterminée en fonction des préjudices effectivement subis.

Les préjudices sont évalués suivant les règles du droit commun, c'est-à-dire selon les règles utilisées par les tribunaux français, sous déduction des prestations à caractère indemnitaire perçues ou à percevoir par l'assuré ou ses bénéficiaires, d'un organisme social ou de prévoyance ou de l'employeur.

La déduction des prestations indemnitaires s'exerce uniquement pour les postes de préjudices garantis par le présent contrat.

Le règlement de l'assureur intervient sous la forme d'un capital, dans la limite des montants de plafond de garantie, par événement garanti et par victime de l'accident.

Le cumul des indemnités successives ne peut dépasser le plafond de garantie par assuré.

Le plafond d'indemnisation des garanties accidents de la vie privée, accidents médicaux, accidents de la circulation à l'étranger est revalorisé proportionnellement à la variation de l'indice "GAV plafond" à chaque échéance anniversaire.

#### 4.1\_1 En cas d'atteinte à l'intégrité physique et psychique

L'assureur évalue le préjudice à partir des conclusions de son médecin expert et des justificatifs fournis par l'assuré.

L'expert se réfère au barème du droit commun et aux justificatifs fournis par l'assuré.

En cas de désaccord, les dispositions de la rubrique "Expertise" sont applicables.

Le règlement est déterminé après consolidation de l'état de santé de l'assuré. Il correspond :

##### **Pour les préjudices patrimoniaux :**

- à l'indemnisation du préjudice correspondant aux conséquences économiques définitives de l'accident sur la vie professionnelle de l'assuré (les pertes de gains professionnels futurs ainsi que l'incidence professionnelle sont indemnisées),

- aux frais d'adaptation du logement et/ou du véhicule que l'assuré doit exposer de manière permanente,
- aux frais d'assistance d'une tierce personne que l'assuré doit exposer, également de manière permanente, à compter de sa consolidation, selon les conclusions du médecin expert de l'assureur.

##### **Pour les préjudices à caractère personnel :**

- à l'indemnisation de l'atteinte à l'intégrité physique et psychique qui a entraîné un déficit fonctionnel permanent subsistant après consolidation,
- à l'indemnisation des souffrances endurées, du préjudice esthétique et du préjudice d'agrément.

Seuls les préjudices indiqués ci-dessus sont indemnisables au titre du présent contrat.

Les dépenses de santé actuelles et futures, les pertes de gains professionnels actuels et les frais divers exposés par l'assuré avant la date de consolidation ainsi que le préjudice sexuel ne sont pas indemnisés.

##### **Dispositions en cas de déficits fonctionnels permanents préexistants**

Le médecin expert de l'assureur détermine le taux de l'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique de l'assuré correspondant aux seules lésions, directement et exclusivement imputables à l'accident garanti, selon les règles du droit commun. Les éventuels déficits fonctionnels permanents préexistants à l'accident ne sont pas indemnisés.

##### **Dispositions en cas d'aggravation**

En cas d'aggravation résultant directement de l'événement accidentel garanti et constatée par le médecin expert de l'assureur, l'indemnisation sera calculée sur la base suivante :

- si le taux d'atteinte à l'intégrité physique et psychique initialement fixé est inférieur au seuil d'intervention et que, suite à l'aggravation, le nouveau taux vient dépasser ce seuil, la victime sera indemnisée pour la globalité de son préjudice et non pas pour le seul différentiel de taux,

- si l'assuré a été indemnisé une première fois, son taux d'atteinte à l'intégrité physique et psychique étant supérieur au seuil d'intervention, il perçoit alors un complément d'indemnisation fonction du différentiel de taux.

#### 4.1\_2 En cas de décès

L'assureur indemnise à partir des justificatifs fournis par les bénéficiaires.

Le règlement correspond :

##### **pour les préjudices patrimoniaux :**

- au remboursement des frais d'obsèques ;
- à la perte de revenus subie par les bénéficiaires ;
- aux frais divers que les proches ont pu engager à l'occasion du décès de la victime (frais de transports, d'hébergement et de restauration) ;

##### **pour les préjudices à caractère personnel :**

- à l'indemnisation du préjudice d'affection subi par les bénéficiaires.

Seuls les préjudices indiqués ci-dessus sont indemnisables au titre du présent contrat.

Les frais divers des proches ainsi que le préjudice d'accompagnement ne sont pas indemnisés.

En cas de dépassement de la limite du montant de garantie, la répartition de l'indemnité entre les bénéficiaires s'effectue au prorata des droits à indemnisation selon les règles du droit commun. En cas de désaccord sur l'indemnité proposée, une tierce personne est désignée d'un commun accord ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance.

La décision de cette tierce personne aura valeur d'arbitrage.

Les frais exposés sont à la charge de l'assureur, sauf décision contraire du Président du Tribunal de Grande Instance.

#### 4.1\_3 Subrogation

Dès que l'assureur a versé l'indemnité, le droit éventuel à recourir contre le responsable lui est transmis automatiquement à concurrence du montant de l'indemnité versée.

L'assuré subroge l'assureur dans ses droits (il lui transmet ses droits) et actions à concurrence des sommes qu'il lui a réglées à titre d'indemnité ou dont il lui a fait l'avance.

#### **Particularité de la garantie Accidents de la circulation automobile à l'étranger**

Lorsque l'assuré est victime d'un accident dont la responsabilité incombe, en tout ou partie, à un tiers, les sommes réglées, dans la proportion de la responsabilité de ce dernier, constituent, selon leur nature, une indemnité ou une avance récupérable sur le recours de l'assureur contre ce tiers responsable.

À cet effet, l'assuré subroge l'assureur dans ses droits et actions à concurrence des sommes dont il lui a fait l'avance. Si l'avance sur recours versée se révèle supérieure au montant de l'indemnité mise à la charge du responsable, l'assureur s'engage à ne pas réclamer la différence à l'assuré ou aux bénéficiaires.

#### **Particularité de la garantie Protection juridique accidents de la vie**

Dès lors que l'assureur expose des frais externes, il est susceptible de récupérer une partie ou la totalité des sommes qu'il a déboursées pour le compte de l'assuré, soit auprès de lui (s'il les a encaissées en lieu et place de l'assureur), soit auprès de son adversaire. Ainsi, l'assureur se substitue (il est subrogé) dans les droits de l'assuré pour obtenir ce remboursement, notamment sur la base de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile, de l'article 475-1 du Code de Procédure Pénale de l'article L 8-1 du Code des Tribunaux administratifs ou encore des frais d'expertise judiciaire et des dépens (frais engendrés par le procès et mis à la charge du perdant).

Si des frais et honoraires sont restés à la charge de l'assuré et sous réserve qu'il puisse les justifier, l'assureur s'engage à ce qu'il lui soit remboursés en priorité sur les sommes allouées, le solde, le cas échéant, revenant à l'assureur.

#### 4.1\_4 Cumul des indemnités

En cas de décès résultant d'un accident ayant donné lieu au paiement des indemnités pour atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique et si le décès survient dans un délai d'un an à compter du jour de l'accident, l'assureur verse la différence éventuelle entre le montant de l'indemnité due en cas de décès et le montant de l'indemnité déjà réglée.

Au cas où l'indemnité en cas de décès s'avérerait inférieure à celle déjà versée pour atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique, l'assureur s'engage à ne pas réclamer la différence aux bénéficiaires.

#### 4.1\_5 Fin de la Garantie

La qualité d'assuré cesse :

- pour les enfants assurés : à l'échéance annuelle qui suit la date à laquelle ils ne sont plus fiscalement ou économiquement à charge,
- pour les petits-enfants assurés : à l'échéance annuelle qui suit la date à laquelle ils atteignent l'âge de 18 ans,
- pour les autres personnes assurées : au plus tard la veille de l'échéance principale de l'adhésion qui suit le 85<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré.

4.2.

#### Délai de règlement de l'indemnité

Lorsque la garantie est due, l'assureur fait une offre définitive d'indemnisation au bénéficiaire dans un délai de cinq mois suivant la date à laquelle il est informé de la consolidation ou du décès de l'assuré, à condition que dans ce délai, le bénéficiaire lui ait communiqué l'état des prestations perçues ou à percevoir.

Dans le cas où le médecin expert ne peut conclure de façon définitive, mais estime que l'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique directement imputable à l'accident dépassera le seuil d'intervention prévu au contrat, l'assureur fait une offre provisionnelle au bénéficiaire dans le mois suivant la communication qui lui est faite du rapport de l'expertise médicale.

Il règle les sommes convenues dans un délai de 15 jours à partir de l'acceptation de l'offre.

4.3.

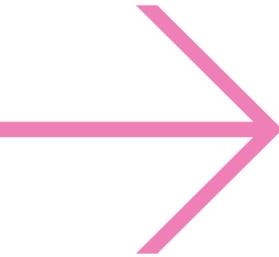
#### Séjours à l'étranger

Si l'accident à l'origine d'une atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique survient à l'étranger (c'est-à-dire hors de la France métropolitaine, des départements et collectivités d'Outre-Mer, de la Nouvelle Calédonie et des Terres australes et antarctiques, des principautés d'Andorre et de Monaco) et pour des séjours d'au maximum 3 mois consécutifs, la garantie est acquise à la condition que la constatation et l'estimation du taux d'atteinte permanente à l'intégrité physique et psychique soient effectuées en France.

Cette durée est portée à 12 mois consécutifs pour les enfants d'assuré fiscalement ou économiquement à charge effectuant un séjour à l'étranger dans le cadre de leurs études.

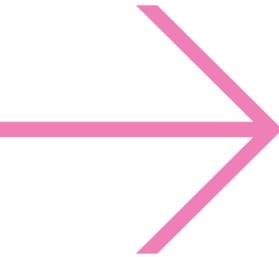


# **VI. Le fonctionnement de l'adhésion**



# Sommaire

<b>1. La vie de l'adhésion</b> .....	<b>73</b>
<b>1.1. Fonctionnement du contrat d'assurance de groupe</b> .....	<b>73</b>
<b>1.2. Prise d'effet de l'adhésion</b> .....	<b>73</b>
<b>1.3. Modification des garanties</b> .....	<b>73</b>
<b>1.4. Résiliation de l'adhésion</b> .....	<b>73</b>
<b>1.5. Préavis pour dénoncer l'adhésion à l'échéance annuelle</b> .....	<b>73</b>
<b>1.6. Circonstances de résiliation de l'adhésion en cours d'année</b> .....	<b>73</b>
<b>1.7. Conséquences de la résiliation de l'adhésion sur le versement des prestations</b> .....	<b>75</b>
<b>2. Les déclarations : les bases de l'accord</b> .....	<b>76</b>
<b>2.1. À l'adhésion</b> .....	<b>76</b>
<b>2.2. En cours d'adhésion</b> .....	<b>76</b>
<b>2.3. Sanctions pour omission ou fausse déclaration</b> .....	<b>76</b>
<b>3. La cotisation : la contrepartie des garanties</b> .....	<b>77</b>
<b>3.1. Quand et comment l'adhérent doit régler la cotisation</b> .....	<b>77</b>
<b>3.2. Si l'adhérent ne règle pas la cotisation</b> .....	<b>77</b>
<b>3.3. Évolution du montant de la cotisation</b> .....	<b>77</b>
<b>3.4. Modification du tarif</b> .....	<b>77</b>
<b>4. La survenance d'un événement garanti</b> .....	<b>78</b>
<b>4.1. Formalités à accomplir et pièces à transmettre</b> .....	<b>78</b>
<b>4.2. Revalorisation du capital à compter du décès</b> .....	<b>79</b>
<b>4.3. Dispositions communes</b> .....	<b>80</b>
<b>4.4. Non-respect du délai de déclaration</b> .....	<b>80</b>
<b>4.5. Non-respect des formalités</b> .....	<b>80</b>
<b>4.6. Assurances multiples</b> .....	<b>80</b>
<b>4.7. Expertise</b> .....	<b>80</b>
<b>5. Dispositions diverses</b> .....	<b>81</b>
<b>5.1. Délai de prescription</b> .....	<b>81</b>
<b>5.2. Faculté de renonciation</b> .....	<b>81</b>
<b>5.3. Loi informatique et libertés</b> .....	<b>82</b>
<b>5.4. Réclamations – Médiation</b> .....	<b>84</b>
<b>5.5. Internet – Service de consultation et de gestion en ligne – Courriers électroniques</b> .....	<b>85</b>



# 1. La vie de l'adhésion

1.1.

## Fonctionnement du contrat d'assurance de groupe

Le contrat d'assurance de groupe souscrit par l'A3P se renouvelle par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'A3P ou par l'assureur 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 sera définitivement résilié 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'A3P et les assureurs. Il incombe à l'association d'informer les adhérents 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 peut donner mandat aux assureurs, d'en informer les adhérents pour son compte.

Pour en savoir plus sur l'A3P, le texte intégral des statuts de l'association est joint à la présente notice d'information.

1.2.

## Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion prend effet sous réserve de l'accord de l'assureur et du paiement de la première cotisation. Cette date figure sur le certificat d'adhésion.

1.3.

## Modification des garanties

Toute demande de modification de garantie de prévoyance ou de la Garantie des Accidents de la Vie est soumise à l'acceptation de l'assureur. La modification est constatée par avenant, et prend effet à la date indiquée sur celui-ci.

1.4.

## Résiliation de l'adhésion

L'adhérent peut résilier son adhésion au contrat en envoyant une lettre recommandée avec avis de réception, au moins 2 mois avant l'échéance annuelle, à l'adresse qui figure sur le certificat d'adhésion. S'il a souscrit uniquement les garanties Décès, il peut résilier son adhésion à tout moment.

Si l'assureur résilie l'adhésion, il en avise l'adhérent par lettre recommandée adressée à son dernier domicile connu.

1.5.

## Préavis pour dénoncer l'adhésion à l'échéance annuelle

Au moins 2 mois avant la date d'échéance figurant sur le certificat d'adhésion. Ce délai commence à courir dès la date d'envoi de la lettre recommandée figurant sur le cachet de la poste.

Pour ce qui concerne l'assureur, il ne peut plus dénoncer l'adhésion à l'échéance annuelle après l'expiration d'un délai de 2 ans à compter de la date d'effet figurant sur le certificat d'adhésion, sauf en cas de non-paiement des cotisations ou de fausse déclaration.

1.6.

## Circonstances de résiliation de l'adhésion en cours d'année

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

Circonstances	Qui peut résilier ?	Conditions	Date de prise d'effet de la résiliation
L'adhérent déclare : <ul style="list-style-type: none"> <li>• un changement de situation ou régime matrimonial, domicile, profession ou activité ;</li> <li>• son départ en retraite professionnelle ou la cessation de son activité.</li> </ul>	L'adhérent	La résiliation doit être notifiée à l'assureur moins de 3 mois après la date de survenance de cet événement par lettre recommandée avec avis de réception.	À l'expiration d'un délai d'un mois à compter de la date de réception de la lettre de résiliation.
L'adhérent déclare une diminution du risque.	L'adhérent	Si l'assureur n'a pas informé l'adhérent de la réduction de cotisation en découlant ou s'il ne consent pas à réduire la cotisation en conséquence, l'adhérent peut résilier son adhésion.	À l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de la date d'envoi de la lettre de résiliation.
L'assureur modifie le tarif à l'échéance annuelle.	L'adhérent	La résiliation doit être notifiée à l'assureur dans le délai de 30 jours à compter du moment où l'adhérent a été informé de la modification. Il est néanmoins tenu de 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.
L'assureur modifie la franchise ou le seuil d'intervention à l'échéance annuelle.	L'adhérent	La résiliation doit être notifiée à l'assureur dans le délai de 30 jours à compter du moment où l'adhérent a été informé de la modification. La garantie reste acquise dans les conditions antérieures jusqu'à la date de résiliation de l'adhésion.	À l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre de résiliation.
L'assureur décide de résilier un autre des contrats de l'adhérent après sinistre.	L'adhérent	La résiliation doit être notifiée à l'assureur dans le délai d'un mois qui suit la notification de sa décision.	À l'expiration d'un délai d'un mois à compter de la date d'envoi de la lettre de résiliation.
L'adhérent n'a pas payé la cotisation.	L'assureur	L'assureur doit préalablement avoir adressé à l'adhérent une lettre de mise en demeure.	À l'expiration des délais légaux de mise en demeure.

Circonstances	Qui peut résilier ?	Conditions	Date de prise d'effet de la résiliation
L'adhérent fait une omission ou une déclaration inexacte non intentionnelle du risque.	L'assureur	Si cette circonstance change l'objet du risque ou modifie l'opinion que l'assureur a pu en avoir.	À l'expiration d'un délai de 10 jours à compter de la date d'envoi de la lettre de résiliation.
L'assureur constate une aggravation du risque (hors décès).	L'assureur	Si l'assureur refuse d'assurer l'adhérent 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.
L'adhérent refuse le nouveau tarif que l'assureur peut lui proposer à la suite d'une aggravation du risque.	L'assureur	Si l'adhérent ne donne pas suite ou refuse la 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 l'assureur a proposé ce nouveau tarif.
Survenance d'un sinistre.	L'assureur Jusqu'à l'expiration d'un délai de 2 ans, suivant la date d'effet de l'adhésion.	Par lettre recommandée avec avis de réception, après la survenance du sinistre.	À l'expiration d'un délai d'un mois à compter de la date de réception de la lettre de résiliation.

Dans tous les cas de résiliation, les garanties cessent à la date de prise d'effet de la résiliation.

Les garanties de l'adhésion cessent également de plein droit à la date à laquelle l'adhérent n'est plus membre de l'association A3P.

## 1.7.

### Conséquences de la résiliation de l'adhésion sur le versement des prestations

- Si l'assureur résilie l'adhésion pour inexactitude ou omission non intentionnelle (article L 113-9 du Code des assurances) dans la déclaration du risque (à l'adhésion ou en cours d'adhésion), 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 à la notice d'information.

## 2. Les déclarations : les bases de l'accord

### 2.1. À l'adhésion

L'adhésion repose sur la bonne foi de l'adhérent et des assurés. Ils ont notamment l'obligation de répondre exactement et avec précision à un questionnaire de santé, toute omission ou inexactitude volontaire dans ces déclarations pouvant entraîner la nullité de l'adhésion.

Le Médecin-conseil de l'assureur après analyse du questionnaire de santé peut le cas échéant, demander des compléments d'information ou la réalisation, aux frais de l'assureur, d'un examen médical effectué par un médecin qu'il aura désigné et/ou des : examens médicaux complémentaires (biologie, radiologie, etc.).

L'assureur se réserve le droit d'accepter la demande d'adhésion, avec ou sans conditions particulières (exclusion de garantie ou majoration de cotisation selon les garanties) ou de la refuser.

L'adhérent doit informer les assureurs du ou des autres contrats d'assurance de même nature qu'il a souscrit par ailleurs.

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

### 2.2. En cours d'adhésion

L'adhérent doit informer l'assureur, dans les 15 jours qui suivent la date à laquelle il en a eu connaissance, de tout changement affectant sa situation ou celle des autres assurés.

L'adhérent doit notamment impérativement prévenir l'assureur en cas de :

- changement d'adresse : à défaut, les lettres recommandées adressées à son dernier domicile connu porteront tous leurs effets,
- changement ou cessation de son activité professionnelle,
- changement de régime obligatoire,
- modification de son revenu professionnel moyen.

#### Si ce changement entraîne :

##### ■ Une aggravation du risque

L'assureur peut proposer à l'adhérent un nouveau tarif correspondant à la nouvelle situation. Si l'adhérent ne donne pas suite à cette proposition ou s'il refuse expressément ce nouveau tarif, dans un délai de 30 jours à compter de la proposition de l'assureur, ce dernier peut 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 Incapacité temporaire totale et Invalidité permanente.

##### ■ Une diminution du risque

L'assureur informe l'adhérent dans les 30 jours de la réduction de la cotisation. Si à l'issue de ce délai de 30 jours, l'assureur ne l'a pas informé ou s'il ne réduit pas la cotisation, l'adhérent peut résilier son adhésion.

##### ■ La perte du statut de Travailleur Non Salarié

Si l'adhérent en raison d'un changement de statut professionnel, n'exerce plus d'activité non salariée non agricole et n'est plus assujéti au régime des Bénéfices Industriels et Commerciaux ou Bénéfices Non Commerciaux, les garanties souscrites dans le cadre de la loi Madelin perdent le bénéfice de cette fiscalité et relèvent alors de la fiscalité de l'assurance vie.

Par ailleurs, si elles ont été souscrites, les garanties "Remboursement des frais professionnels", "Remboursement des frais de remplacement", "Incapacité temporaire totale Pics d'activité", "Incapacité temporaire totale Saisonnière" et "Incapacité temporaire totale Modulable", non adaptées à une activité autre que non salariée, sont résiliées de plein droit à la date effective du changement de statut professionnel.

En tout état de cause, les garanties précédemment souscrites doivent de ce fait être adaptées, par avenant, à la nouvelle situation professionnelle.

### 2.3.

#### Sanctions pour omission ou fausse déclaration

Les bases de l'accord entre l'assureur et l'adhérent reposent sur les déclarations de l'adhérent. Toute inexactitude ou omission intentionnelle ou non peut amener l'assureur à invoquer la nullité de l'adhésion ou la réduction des garanties conformément aux articles L.113-8, L.113-9 et L132-26 du Code des assurances.

## 3. La cotisation : la contrepartie des garanties

3.1.

### Quand et comment l'adhérent doit régler la cotisation

Le montant de la cotisation pour la période à venir est indiqué sur la situation de compte annuelle.

L'adhérent bénéficie pendant la durée de l'adhésion, sans frais, de la mensualisation par prélèvement automatique mise en place par l'assureur. Les cotisations seront majorées de toutes taxes que la loi imposerait.

3.2.

### Si l'adhérent ne règle pas la cotisation

Conformément aux articles L.141-3 et L.113-3 du Code des assurances, à défaut de paiement d'une cotisation régulière dans les dix jours de son échéance, une lettre de mise en demeure est adressée à l'adhérent, sous pli recommandé, par laquelle il est informé que le non-paiement des cotisations entraîne :

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

3.3.

### Évolution du montant de la cotisation

À chaque échéance principale, la cotisation pour la période à venir est réévaluée en fonction de l'âge atteint de l'assuré, du bénéficiaire de la rente en cas de décès, du conjoint et des enfants en fonction des garanties souscrites.

La cotisation est de plus indexée dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article 7.1. "Indexation des garanties de prévoyance" de la Présentation du contrat pour les montants des garanties de prévoyance du chapitre I.

Ces dispositions ne s'appliquent que pour les garanties de prévoyance.

La cotisation relative à la protection des personnes de la Garantie des Accidents de la Vie varie selon l'évolution de l'indice "GAV tarif" fixé au 1<sup>er</sup> janvier précédent. La cotisation relative à la protection juridique de la Garantie Accidents de la Vie varie selon l'évolution de l'indice FFB fixé au 1<sup>er</sup> janvier précédent.

Les cotisations des garanties Assistance ne sont pas réévaluées.

3.4.

### Modification du tarif

Indépendamment de l'indexation éventuelle de la cotisation selon la variation du PASS ou indice "GAV Tarif" et indice "FFB" pour la cotisation relative à la Garantie des Accidents de la Vie (cf. à l'article précédent), l'assureur se réserve le droit de modifier la cotisation si une décision législative ou réglementaire venait modifier ses engagements ou si les résultats techniques des garanties le nécessitaient.

Dans ce cas, l'adhérent en est informé au début de la période annuelle d'adhésion avec l'appel de cotisation.

Si l'adhérent refuse cette modification, il peut résilier son adhésion dans un délai de trente jours à compter du moment où il en a été informé ; il est néanmoins tenu de verser à l'assureur 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.

## 4. La survenance d'un événement garanti

### 4.1. Formalités à accomplir et pièces à transmettre

Les prestations sont payées en France dans les 30 jours qui suivent la remise aux services de l'assureur du dossier complet.

Les formalités à accomplir et les délais de déclaration de l'évènement sont détaillés ci-après. Les pièces relatives à l'évènement doivent être transmises au service de gestion de l'assureur.

Nature de l'évènement ouvrant droit à prestations	Formalités à accomplir et pièces à transmettre	Délai de déclaration de l'évènement (sauf cas de force majeure)
<b>Décès</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• L'acte de décès de l'assuré.</li><li>• Un certificat médical attestant le caractère naturel ou non du décès (accident, suicide, acte criminel).</li><li>• Un rapport de police ou un procès-verbal de gendarmerie en cas de décès accidentel.</li></ul> <p><b>Pour chaque bénéficiaire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• une photocopie de sa pièce d'identité en cours de validité [Carte Nationale d'Identité – Passeport], 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...").</li></ul> <p>L'assureur pourra également demander toutes les pièces indispensables pour l'application de la législation fiscale en vigueur lors du dénouement du contrat et se réserve le droit de demander toute autre pièce supplémentaire nécessaire à l'établissement des droits des bénéficiaires.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Les pièces fiscales nécessaires.</li><li>• Pour la GAV en plus des documents ci-dessus : pour chacun des bénéficiaires, une attestation sur l'honneur justifiant de cette qualité, accompagnée de la présentation de l'une des pièces d'état civil suivantes : livret de famille, Carte Nationale d'Identité, extrait d'acte de mariage ou attestation sur l'honneur de concubinage, ou attestation d'enregistrement d'un pacte civil de solidarité. En cas de préjudice économique : la justification des revenus de la victime.</li></ul>	30 jours
<b>Hospitalisation</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Un bulletin original de l'établissement hospitalier indiquant les dates d'entrée et de sortie de l'établissement.</li><li>• Un certificat médical original et détaillé précisant la date de survenue et la nature exacte de l'affection ou de l'accident et, si possible, leurs conséquences.</li></ul>	30 jours
<b>Invalidité permanente et PTIA</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Un certificat médical original et détaillé précisant les séquelles imputables et les taux d'invalidité fonctionnel et professionnel correspondants.</li><li>• Les feuillets de décompte ou de notification d'indemnisation de l'assurance maladie obligatoire française, bien que l'assureur ne soit pas lié par les décisions d'un autre organisme.</li></ul>	30 jours

Nature de l'évènement ouvrant droit à prestations	Formalités à accomplir et pièces à transmettre	Délai de déclaration de l'évènement (sauf cas de force majeure)
<b>Incapacité temporaire totale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un certificat médical original et détaillé précisant la nature de l'affection ou accident et le motif médical de la prescription.</li> <li>Un certificat de prolongation d'arrêt de travail dans les quinze jours de sa délivrance, à défaut, un certificat de reprise de travail.</li> <li>Les feuillets de décompte ou de notification d'indemnisation de l'assurance maladie obligatoire française, bien que l'assureur ne soit pas lié par les décisions d'un autre organisme.</li> <li>Le dernier avis d'imposition.</li> </ul>	30 jours suivant le terme de la franchise prévue et dans les 15 jours qui suivent chaque prolongation
<b>Remboursement de frais professionnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Profession libérale : les imprimés CERFA 2031 et 2035 ainsi que le détail du compte de résultat portant sur les 3 derniers exercices civils et comptables.</li> <li>Artisan - commerçant : le détail du compte de résultat portant sur les 3 derniers exercices civils et comptables.</li> <li>Créateur d'entreprise : le détail du compte de résultat prévisionnel, certifié par l'expert comptable.</li> </ul>	60 jours
<b>Atteinte à l'intégrité physique et psychique (pour la GAV)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La déclaration du sinistre précisant les circonstances de l'accident.</li> <li>Le certificat médical du médecin traitant ou du médecin appelé à donner les premiers soins précisant la nature exacte des blessures.</li> <li>Le certificat médical précisant la date présumée de consolidation des lésions et décrivant les séquelles observées.</li> <li>Les justificatifs des frais d'assistance d'une tierce personne,</li> <li>Les justificatifs des frais d'adaptation du domicile ou du véhicule.</li> </ul>	30 jours

Il est recommandé d'adresser les certificats médicaux et les pièces médicales sous pli confidentiel au nom du Médecin-conseil de l'assureur.

Pour les garanties d'assistance et de protection juridique, se reporter aux garanties correspondantes.

4.2.

## Revalorisation du capital à compter du décès

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

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

- la moyenne sur les douze derniers mois du Taux Moyen des Emprunts de l'État français (TME), calculée au 1<sup>er</sup> novembre de l'année précédente,

- le dernier Taux Moyen des Emprunts de l'État français (TME) disponible au 1<sup>er</sup> novembre de l'année précédente.

La revalorisation cesse à la date de réception des pièces justificatives nécessaires au règlement (voir article 18) ou le cas échéant à la date de dépôt de ce capital à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L. 132-27-2 du Code des assurances.

4.3.

### Dispositions communes

La constatation médicale de l'état de santé de l'assuré sera effectuée en France même si cet état est la conséquence d'un accident ou d'une maladie survenue à l'étranger.

L'assureur peut réclamer pour la gestion des prestations des documents complémentaires administratifs et médicaux et mandater des médecins pour constater l'état de santé de la personne assurée.

Les renseignements d'ordre médical, devant rester confidentiels, doivent être adressés, sous pli confidentiel, directement au nom du Médecin-conseil de l'assureur.

Toute fraude ou déclaration inexacte sur les circonstances du sinistre entraînerait la perte de tout droit à la garantie pour ce sinistre, sans préjudice d'une éventuelle action judiciaire civile ou pénale.

À noter que la reconnaissance par l'assureur des états d'incapacité temporaire totale ou d'incapacité temporaire partielle, de l'invalidité permanente totale ou partielle, et de la perte totale et irréversible d'autonomie, n'est pas liée à la décision d'un tiers, notamment de la Sécurité sociale ou d'un autre organisme social assimilé, ou d'un autre assureur.

4.4.

### Non-respect du délai de déclaration

En cas de non-respect du délai de déclaration du sinistre et dans la mesure où l'assureur peut établir qu'il en résulte un préjudice pour lui, l'assuré perd pour le sinistre concerné le bénéfice des garanties de son contrat, sauf s'il s'agit d'un cas fortuit ou de force majeure.

4.5.

### Non-respect des formalités

Si l'assuré n'accomplit pas les formalités ou ne respecte pas les délais de transmission des pièces, l'assureur peut lui demander des dommages et intérêts proportionnés au préjudice qui en résulte pour lui.

4.6.

### Assurances multiples

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

4.7.

### Expertise

L'assureur peut demander à l'assuré de se soumettre à une expertise médicale pour évaluer son état de santé et recueillir les informations complémentaires que nécessite la gestion du dossier. Cette expertise est réalisée aux frais de l'assureur par un médecin mandaté par lui. L'assuré a la possibilité de se faire assister à ses frais par un médecin de son choix.

L'assuré ne peut se soustraire à cet examen et à la production des documents que l'expert de l'assureur jugerait utile à la réalisation de son mandat. L'assureur se réserve le droit d'interrompre le versement des prestations en cas de refus.

En cas de désaccord d'ordre médical avec la position prise par l'assureur à la suite de l'expertise, il sera procédé à un arbitrage confié à un tiers expert. Celui-ci sera choisi d'un commun accord, et sera mandaté sous la forme d'un protocole d'accord cosigné entre l'assureur et l'assuré, la décision de l'expert s'imposant alors aux parties. Le tiers expert sera rémunéré pour moitié par chacune des parties. Il est précisé, de plus, que chacune des parties pourra se faire assister à ses frais d'un médecin expert de son choix.

## 5. Dispositions diverses

### 5.1. Délai de prescription

Aux termes de l'article L. 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du 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. 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 :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 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 suivantes :

- 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 (articles 2241 et 2242 du Code civil). L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance et cette interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du code civil).

Il est rappelé que :

- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par

le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

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

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

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

La prescription est également interrompue par :

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

### 5.2. Faculté de renonciation

Dans les conditions prévues à l'article L.132-5-1 du Code des assurances, l'adhérent peut renoncer à son adhésion au contrat et être remboursé intégralement du ou des versement(s) effectué(s), dans les trente jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle il est informé de son adhésion au contrat. En tout état de cause cette information intervient au plus tard à compter de la date d'encaissement de la première cotisation, ou fraction de cotisation appelée après émission de son certificat d'adhésion.

Cette renonciation doit être notifiée par lettre recommandée avec avis de réception à Groupama Gan Vie (Vie Individuelle - TSA 51212 - 35090 RENNES Cedex 9), reproduisant le texte indiqué ci-après :

"Je soussigné(e) [Nom et Prénom] demeurant [adresse] déclare renoncer expressément à

l'adhésion au contrat Gan Prévoyance Sécurité Professionnel dont le certificat d'adhésion a été signé le [date]. Je demande le remboursement des sommes versées dans les conditions prévues par le Code des assurances. Date et signature.”

Le délai de 30 jours expire le dernier jour à 24 heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé. Le remboursement s'effectue dans un délai maximal de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée.

En cas d'exercice du droit de renonciation, l'adhésion est résiliée à compter de la réception par l'assureur de la lettre recommandée avec avis de réception.

En cas de déclaration de sinistre avant l'expiration du délai de 30 jours, l'adhérent conserve son droit à renonciation. Toutefois, dans ce cas, les assureurs cesseront le versement de toute indemnité à compter de la date d'effet de la résiliation et conserveront la cotisation afférente à la garantie mise en jeu et due pour la période pendant laquelle ladite garantie a couru.

L'assureur adresse à l'adhérent son certificat d'adhésion dans un délai maximum de 120 jours décomptés à partir de la date de signature de sa demande d'adhésion. Si l'adhérent n'a pas reçu son certificat dans ce délai, il doit en aviser l'assureur par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse ci-dessus.

Le défaut de remise des documents et informations prévus par le Code des Assurances entraîne de plein droit la prorogation du délai de renonciation prévu à l'article L.132-5-1 jusqu'au trentième jour calendaire révolu suivant la date de remise effective de ces documents, dans la limite de huit ans à compter de la date de signature du certificat d'adhésion.

5.3.

## Loi informatique et libertés

### Protection des données personnelles - Vie privée

Les données personnelles concernant l'adhérent (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 du contrat et des 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.

L'adhérent dispose, en justifiant de son identité, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression

et d'opposition aux données traitées en s'adressant à l'Assureur par courrier postal (voir adresse dans les documents contractuels) ou sur notre site internet [ganprevoyance.fr](http://ganprevoyance.fr).

Concernant ses données de santé, ces droits s'exercent par courrier postal auprès du Médecin-conseil de l'Assureur (adresse postale dans les documents contractuels).

L'adhérent est susceptible de recevoir des offres commerciales pour des produits et services analogues (Assurances, Banque et Services) à ceux souscrits, et adaptés à ses besoins, ainsi que de nos partenaires. Il peut s'y opposer à tout moment ou modifier ses choix en s'adressant à son Assureur.

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

Ces informations peuvent également être transmises à toutes personnes intéressées au contrat (souscripteur, assuré, adhérent et bénéficiaire du contrat, et leurs ayants droit 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**

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

## **Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme**

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

## **Communication institutionnelle et fonctionnement des instances**

Du fait de sa qualité d'adhérent ou de la souscription de certains contrats, certaines données peuvent être utilisées pour adresser à l'adhérent 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...).

L'adhérent peut s'opposer à tout moment à la transmission de communications institutionnelles. Il peut également s'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, les convocations légalement prévues lui 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, l'adhérent peut être amené à nous téléphoner.

L'adhérent est informé que ces appels téléphoniques peuvent être enregistrés afin de s'assurer de la bonne exécution de nos prestations à son égard et plus généralement à faire progresser la qualité de service.

Ces enregistrements sont destinés aux seuls services en charge de son appel. S'ils ont été enregistrés et qu'il souhaite écouter l'enregistrement d'un entretien, il peut en faire la demande selon modalités décrites ci-avant.

## **Recueil et traitement de données de santé**

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

Toutefois, si l'assuré choisit de ne pas confidentialiser ses questionnaires de santé, les données y figurant seront destinées également aux services de gestion de l'Assureur.

## **Transferts d'informations hors de l'Union Européenne**

Des données à caractère personnel, concernant l'adhérent (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat), peuvent faire l'objet de transferts vers des pays situés hors Union Européenne, ce dont il est informé par les présentes et autorise 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 à la présente notice d'information et décrites ci-avant.

### 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 des garanties et, concernant les 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. L'adhérent accepte expressément le recueil et le traitement de données de santé dans ce cadre.

L'adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition à toutes informations le concernant auprès de Mutuaide Assistance et, s'agissant de l'accès à ses 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 les documents contractuels ou le site [Mutuaide.fr](http://Mutuaide.fr)).

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

### Etudes - Statistiques

Des données à caractère personnel concernant l'adhérent (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 concernant l'adhérent (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) collectées automatiquement ou communiquées par leurs soins lors de la 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 [ganprevoyance.fr](http://ganprevoyance.fr) et actualisées en fonction des évolutions de la réglementation en vigueur (rubrique "Mentions légales").

5.4.

## Réclamations Médiation

A l'exception de la Protection Juridique, pour toute demande d'information ou toute réclamation (désaccord, mécontentement) relatives à votre contrat d'assurances, vous pouvez vous adresser à votre Conseiller habituel ou à votre Service Relation Clientèle au :

09.69.32.35.05 (numéro cristal, appel non surtaxé)

- ou par courrier postal à :  
**Groupama Gan Vie**  
Vie Individuelle  
TSA 51212 – 35090 RENNES Cedex 9

Si cette demande n'est pas satisfaite, votre réclamation peut être adressée au service "Réclamations" de l'Assureur, dénommé Groupama Gan Vie :

- ou par courrier postal à :  
**Groupama Gan Vie**  
Service Réclamations  
TSA 91414 – 35090 RENNES Cedex 9
- par email : [service.reclamations@ggvie.fr](mailto:service.reclamations@ggvie.fr)

Nous nous engageons 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, sans préjudice de votre droit de saisir éventuellement la justice, vous pouvez recourir au Médiateur de l'Assureur en écrivant à la Médiation de l'Assurance.

Le détail des modalités de traitement de la réclamation est accessible auprès de votre Conseiller

et sur [www.ganprevoyance.fr](http://www.ganprevoyance.fr) dans la rubrique "Réclamations".

Pour la Protection Juridique, en cas de réclamation concernant le traitement d'un litige, l'adhérent peut écrire à :

**Société Française de Protection Juridique (SFPJ)**  
Service Qualité  
14-16, rue de la République - 92800 Puteaux

Ce service étudiera le dossier et répondra directement à l'adhérent, dans un délai maximal de QUINZE jours.

Si un désaccord subsiste, l'adhérent peut sans préjudice de son droit à saisir éventuellement la justice, s'adresser au médiateur de l'assureur à l'adresse précitée.

5.5.

## Internet Service de consultation et de gestion en ligne Courriers électroniques

### Dispositions générales

L'objet des dispositions suivantes est de définir les modalités d'accès et de fonctionnement des services de consultation et de gestion en ligne de son adhésion, mis à disposition de l'adhérent par Groupama Gan Vie par l'intermédiaire de son site Internet, ainsi que le cadre des échanges par courriers électroniques. En cas de consentement de l'adhérent sur ces modalités, la Notice d'Information et le certificat d'adhésion du contrat Gan Prévoyance Sécurité Professionnel continueront de s'appliquer dans les mêmes conditions, à l'exception de celles amendées ou aménagées selon les dispositions prévues par les articles ci-après.

La consultation et la gestion de son adhésion en ligne permettent à l'adhérent d'effectuer certaines opérations. Groupama Gan Vie peut communiquer à l'adhérent des documents de toute nature et des informations par courrier électronique.

Groupama Gan Vie se réserve à tout moment la possibilité de modifier la liste des opérations de gestion accessibles en ligne, ainsi que la nature des documents et informations adressés par courrier électronique et informe l'adhérent des modifications et de leur date d'application.

### Équipement matériel

Pour pouvoir bénéficier des services de consultation et de gestion en ligne de son adhésion proposés par Groupama Gan Vie, ou recevoir des documents et des informations via Internet, l'adhérent devra avoir communiqué son adresse électronique à Groupama Gan Vie, soit au moment de la souscription via la demande d'adhésion à l'assurance en complétant la rubrique afférente, soit en cours d'adhésion, et disposer d'un équipement matériel adéquat muni des protections requises pour limiter le risque de piratage et lui permettant d'avoir un accès Internet.

### Consultation et gestion de l'adhésion en ligne - Modalités et conditions d'accès

L'adhérent a la possibilité de consulter sur Internet la situation de son adhésion au contrat Gan Prévoyance Sécurité Professionnel et d'effectuer certaines opérations de gestion directement sur le site [www.ganprevoyance.fr](http://www.ganprevoyance.fr) ; Groupama Gan Vie confirme à l'adhérent, par courrier papier ou par courrier électronique, la prise en compte de l'opération. D'une manière générale, l'adhérent peut également adresser les instructions de gestion de son adhésion Gan Prévoyance Sécurité Professionnel sur support papier et par voie postale à Groupama Gan Vie.

L'accès à la consultation et à la gestion de l'adhésion sur Internet se fait au moyen d'un code d'accès composé d'un identifiant et d'un mot de passe confidentiels. Ce code d'accès, associé à la souscription de toute personne jouissant de la pleine capacité juridique, a pour fonction d'identifier l'adhérent, permettant ainsi d'authentifier son habilitation à gérer son adhésion sur le site [www.ganprevoyance.fr](http://www.ganprevoyance.fr).

L'adhérent s'engage à assurer la confidentialité de son identifiant et de son mot de passe lui permettant d'avoir accès aux données personnelles confidentielles afférentes à son adhésion. L'adhérent sera seul responsable de la consultation ou de l'accomplissement d'opérations de gestion résultant de l'utilisation frauduleuse, détournée ou non autorisée par un tiers de son code d'accès confidentiel.

Groupama Gan Vie attire l'attention de l'adhérent sur les éventuelles attaques informatiques susceptibles d'arriver sur tout site Internet et notamment celles de type "phishing". Le "phishing" ou hameçonnage, est une forme d'attaque informatique consistant à faire croire à l'utilisateur victime qu'il est contacté par un tiers de confiance - banque, administration, assureur, etc. - afin de lui soutirer des données confidentielles : mot de passe, numéro de carte de crédit, etc.

Groupama Gan Vie n'utilise jamais la messagerie électronique pour demander à l'adhérent ses coordonnées personnelles (mot de passe en particulier).

Les opérations de gestion sur Internet sont accessibles à l'issue du délai de renonciation visé à l'article 5.2. de la Notice d'Information. Toute consultation et opération de gestion effectuée sur l'espace personnel de l'adhérent au moyen du code d'accès sont réputées effectuées par celui-ci.

En cas de perte ou de vol du code d'accès confidentiel, l'adhérent doit impérativement et sans délai en informer Groupama Gan Vie, afin qu'un nouveau code lui soit attribué. Les conséquences directes ou indirectes résultant de l'absence d'opposition ou d'une opposition tardive seront de la responsabilité exclusive de l'adhérent.

Lors de sa première connexion à l'espace client au moyen de son code d'accès, l'adhérent devra certifier avoir pris connaissance et avoir accepté les conditions générales d'utilisation de l'espace client pour pouvoir effectuer les opérations de gestion sur le site [www.ganprevoyance.fr](http://www.ganprevoyance.fr). À défaut d'acceptation, l'adhérent pourra consulter ses contrats mais ne pourra pas accéder aux fonctionnalités permettant d'effectuer des opérations de gestion en ligne.

La consultation d'informations par l'adhérent sur le site [www.ganprevoyance.fr](http://www.ganprevoyance.fr) et la confirmation en ligne d'une opération de gestion afférente à l'adhésion au contrat Gan Prévoyance Sécurité Professionnel entraînent l'acceptation par ce dernier de l'opposabilité de l'ensemble des informations transmises et communiquées par Groupama Gan Vie par le biais du site [www.ganprevoyance.fr](http://www.ganprevoyance.fr) et par courrier électronique. Ces informations enregistrées dans les systèmes d'information de Groupama Gan Vie auront en effet force probante à l'égard de l'adhérent, en particulier en cas de contestations (Voir Article "Convention de preuve" ci-après).

## Courriers électroniques adressés par Groupama Gan Vie

On entend par courrier électronique ("email"), tout document informatisé qu'un utilisateur saisit, envoie ou consulte en différé par l'intermédiaire du réseau Internet, avec ou sans pièces jointes.

Groupama Gan Vie peut aussi bien utiliser l'envoi à l'adresse électronique de l'adhérent communiquée par l'adhérent que l'envoi sur support papier par voie postale :

- pour confirmer la prise en compte d'une opération effectuée en ligne ou accuser réception d'une demande,
- pour adresser des informations et des documents à l'adhérent tels que les relevés d'information par exemple.

Les informations nécessaires à l'envoi par messagerie électronique sont enregistrées dans notre fichier clients et peuvent donner lieu à l'exercice du droit d'accès et de rectification auprès de Groupama Gan Vie. Si l'adhérent ne souhaite pas recevoir ces informations par voie électronique, il doit nous en informer par écrit, en justifiant de son identité, en s'adressant par courrier postal au siège de l'Assureur Groupama Gan Vie, 8-10 rue d'Astorg, 75008 Paris ou par courriel à "correspondant.cnil@ggvie.fr".

## Convention de preuve

### **Champ d'application de la convention de preuve**

La présente convention de preuve s'applique :

- d'une part, aux opérations de consultation et de gestion de son adhésion, ainsi qu'à toutes autres opérations en ligne, effectuées par l'adhérent dans le cadre de son adhésion,
- d'autre part, à la communication par Groupama Gan Vie d'informations ou de documents par courrier électronique envoyé à l'adhérent.

### **Obligations de l'adhérent**

L'adhérent est seul garant et responsable de l'exactitude et de l'actualité des données qu'il transmet à Groupama Gan Vie.

L'adhérent doit avertir Groupama Gan Vie de tout changement de coordonnées bancaires en lui transmettant un nouveau RIB, ou d'adresse électronique et, plus généralement, de tout changement de sa situation pouvant avoir une quelconque incidence sur la consultation et la gestion en ligne de son adhésion, ainsi que sur l'envoi par Groupama Gan Vie d'informations ou de documents par courrier électronique.

### **Obligations de Groupama Gan Vie**

#### *Conservation informatique du contenu des écrans*

Afin de sécuriser ses services Internet et de pouvoir être en mesure d'apporter la preuve des conditions dans lesquelles l'adhérent a consulté et géré son adhésion en ligne ou effectué des opérations en ligne, Groupama Gan Vie met en place les moyens permettant de démontrer que lesdites opérations passées en ligne sur le site de consultation et de gestion de l'adhésion de l'adhérent sont intègres et conformes à sa demande.

Ces moyens de preuve peuvent, par exemple, consister en un enregistrement régulier de l'écran consulté ou lié aux opérations passées en ligne, ou encore en un système de sauvegarde régulier permettant de se remettre dans les mêmes conditions que celles existantes à la date de la consultation ou du passage de l'ordre (c'est-à-dire à la date de la réalisation de l'opération en ligne), ou tout autre moyen préservant l'intégrité des informations reconnu par la réglementation.

### *Informations financières*

Afin de pouvoir être en mesure de faire la preuve des informations financières servant de base au calcul des garanties, Groupama Gan Vie procédera à une conservation de toutes les données communiquées par son système d'information.

De même, lorsqu'une information, par exemple l'information annuelle, sera communiquée par Groupama Gan Vie par l'envoi d'un courrier électronique à l'adresse électronique qui lui aura été communiquée par l'adhérent, Groupama Gan Vie procédera à une conservation dans son système d'information de toutes les données correspondantes.

### **Mode de preuve des consultations et opérations effectuées en ligne par l'adhérent**

L'adhérent et Groupama Gan Vie acceptent et reconnaissent mutuellement que :

d'une part,

- toute consultation, opération de gestion, ou plus généralement toute opération effectuée en ligne sur le site de consultation de son adhésion, après authentification au moyen de son code d'accès confidentiel sera réputée être effectuée par l'adhérent,
- la validation d'une opération effectuée en ligne après authentification au moyen de son code d'accès confidentiel vaut expression du consentement de l'adhérent à ladite opération,

- toute opération de gestion effectuée en ligne après authentification au moyen de son code d'accès confidentiel vaut signature et identification de l'adhérent en tant qu'auteur de cette opération et constitue un moyen suffisant à assurer l'intégrité du contenu de l'opération.

D'autre part,

- la production par Groupama Gan Vie des informations, contenues dans les écrans de consultation ou dans les écrans relatifs à une opération en ligne figurant sur le site de consultation de l'adhésion de l'adhérent, conservées informatiquement selon les dispositions prévues par la Notice d'Information du contrat Gan Prévoyance Sécurité Professionnel, aura valeur de preuve,
- la production, par le biais de son système d'information, d'informations financières servant de base au calcul de la valorisation des supports, aura valeur de preuve,
- de manière générale, les données contenues dans le système d'information de l'Assureur sont opposables à l'adhérent et ont valeur de preuve en matière d'application des dispositions de son adhésion.

Assuré d'avancer



ganprevoyance.fr

**Gan Prévoyance**

Filiale de Groupama S.A. - Société Anonyme d'intermédiation en assurance au capital de 13 800 000 euros  
RCS Paris 410 569 776 - APE : 6622Z  
Siège social : 8-10, rue d'Astorg 75383 - Paris Cedex 08  
N° d'immatriculation 09 051 779 - [www.orias.fr](http://www.orias.fr)  
Mandataire de Groupama Gan Vie, de Mutuaide Assistance et de la Société Française de Protection Juridique (SFPJ)  
[www.ganprevoyance.fr](http://www.ganprevoyance.fr)

**Groupama Gan Vie**

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

**Mutuaide Assistance** ( filiale spécialisée du groupe Groupama)

Société Anonyme au capital de 9 590 040 euros (entièrement versé)  
Siège social : 8-14, avenue des Frères Lumière  
94368 Bry-sur-Marne Cedex - 383 974 086 RCS Créteil

**Société Française de Protection Juridique (SFPJ)**

Société Anonyme au capital de 1 550 000 euros (entièrement versé)  
Siège social : 14-16, rue de la République - 92800 Puteaux  
RCS Nanterre B 321 776 775

Entreprises régies par le Code des assurances et soumises à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR),  
61 rue Taitbout - 75009 Paris