

Notice d'information du contrat d'assurance de groupe N°8090 / 200.132 APAS



Le contrat d'assurance de groupe est conclu entre l'Association AERRP - Association Loi 1901 - 4 square de l'Opéra Louis Jouve - 75009 Paris ci-après dénommée « l'association contractante » et Groupama Gan Vie ci-après dénommée « l'assureur » par l'intermédiaire de GeFi assurances - SARL au capital de 76 000 Euros - RCS Paris B 429 854 235 - Immatriculée à l'Orias (www.orias.fr) sous le n° 07 002 573 - 7-9 rue La Boétie - 75008 Paris.

La gestion du contrat (adhésions, cotisations, prestations) est assurée par le Pôle Emprunteurs et Assurances Affinitaires de la Direction Collectives de Groupama Gan Vie - Immeuble Michelet - 4-8 cours Michelet - 92082 La Défense cedex.

Ce contrat est régi par le Code des assurances et notamment par ses articles L.141-1 et suivants.

Le contrat conclu entre l'association contractante et l'assureur prend effet au 1^{er} janvier 2016, pour une première période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet. **Le contrat se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation par l'une des parties, notifiée par lettre recommandée adressée deux mois avant chaque date de renouvellement.**

Les déclarations des assurés servent de base au contrat. **Conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances, indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26 du Code des assurances, le contrat d'assurance est nul, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.**

PRESCRIPTION : En application de l'article L.114-1 du Code des assurances, toute action dérivant du contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Ce délai est porté à dix ans pour la garantie Décès.

Toutefois, ce délai ne court :

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

En application de l'article L.114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci. Elles sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil. Il s'agit notamment de :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du Code civil) ;
 - Une demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du Code civil). L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;
 - Un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du Code civil).
- La prescription est également interrompue par :
- La désignation d'experts à la suite d'une demande de prestation ;
 - L'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assuré à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'assuré ou le bénéficiaire à l'assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

RENONCIATION : L'assuré a la possibilité de renoncer à son adhésion au contrat par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de 30 jours calendaires révolus, à compter de la date de l'envoi de son certificat d'adhésion au contrat. Cette renonciation doit reproduire le texte suivant : « Je soussigné(e) déclare renoncer expressément à mon adhésion au contrat d'assurance de groupe n° 8090 / 200.132 et demande le remboursement des cotisations versées dans les conditions définies par l'article L.132-5-1 du Code des assurances. ». La renonciation entraînera la restitution de toutes les sommes versées dans un délai maximal de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de réception de la lettre recommandée par l'assureur.

TITRE I - GENERALITES

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Ce contrat d'assurance de groupe, à adhésion facultative a pour objet de garantir, dans les conditions énoncées ci-après, le paiement des prestations en cas de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) et d'incapacité temporaire totale des assurés tels que définis au paragraphe ASSURES de l'article 2.

ARTICLE 2 - DEFINITIONS

Pour l'application du contrat, il faut entendre par :

- **ACCIDENT :** Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provoquée par l'action soudaine d'une cause extérieure. Il appartient à l'assuré ou au bénéficiaire, en application de l'article 1315 du Code civil, d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le décès, la perte totale et irréversible d'autonomie ou l'incapacité temporaire totale.
- **ACTIVITE PROFESSIONNELLE :** Activité normalement rémunérée, non occasionnelle au titre de laquelle l'assuré ou son employeur est obligatoirement assujéti au versement des cotisations à un régime social de base.
- **ASSURE :** Membre de l'association contractante répondant aux conditions d'adhésion prévues à l'article 4, adhérent au présent contrat et âgé de moins de 65 ans à la date de signature du bulletin d'adhésion. Conformément aux dispositions de l'article 373-2-2 du Code civil, en cas de séparation entre les parents, la contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant prend la forme d'une pension alimentaire versée par l'un des parents ci-après dénommé « le débiteur » à l'autre ci-après dénommé « le bénéficiaire ».

Est assurée au titre du contrat toute personne physique ci-avant dénommée « le débiteur » d'une pension alimentaire.

- **BENEFICIAIRE :** Le parent de l'enfant qui est désigné comme bénéficiaire de la pension alimentaire dans la convention homologuée ou par le juge.
- **DELAI DE FRANCHISE :** Période pendant laquelle la garantie en cas d'incapacité temporaire totale est acquise à l'assuré mais n'ouvre pas droit au versement des prestations garanties.
- **INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE (ITT) :** État qui place temporairement, par suite de maladie ou d'accident, un assuré âgé de moins de 67 ans dans l'incapacité physique ou psychique totale, constatée et ordonnée médicalement, d'exercer son activité professionnelle. *Cet état est apprécié par le médecin-conseil de l'assureur indépendamment des décisions du régime social de base.*
- **MALADIE :** Toute altération de l'état de santé de l'assuré constatée par une autorité médicale compétente.
- **PENSION ALIMENTAIRE :** Conformément aux dispositions de l'article 373-2-2 du Code civil, en cas de séparation entre les parents, la contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant prend la forme d'une pension alimentaire versée par l'un des parents à l'autre. Les modalités et les garanties de cette pension alimentaire sont fixées par la convention homologuée visée à l'article 373-2-7 du Code civil ou, à défaut par le juge. Cette convention ou, à défaut, le juge peut prévoir le versement de la pension alimentaire par virement bancaire ou par tout autre moyen de paiement. Sont exclues les pensions alimentaires qui peuvent en tout ou partie prendre la forme d'une prise en charge directe de frais exposés au profit de l'enfant, qui peuvent être en tout ou partie servies sous forme d'un droit d'usage et d'habitation. Elle est essentiellement variable ; elle est souvent indexée sur un indice des prix à la consommation. Elle peut être modifiée en fonction des ressources respectives des parents ou des besoins de l'enfant. Enfin, elle peut être supprimée ou suspendue.
- **PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) :** La perte totale et irréversible d'autonomie donnant lieu au versement anticipé du capital prévu en cas de décès est celle qui place l'assuré âgé de moins de 67 ans dans l'impossibilité définitive d'exercer une activité professionnelle quelconque et, en outre, qui l'oblige à avoir recours de façon permanente à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie courante, et ce, toute sa vie. *Cet état est apprécié par le médecin-conseil de l'assureur indépendamment des décisions du régime social de base.*
- **REGIME SOCIAL DE BASE :** Sécurité sociale, Mutualité Sociale Agricole ou tout autre régime de protection sociale de base à adhésion légalement obligatoire. **L'attention de l'assuré est attirée sur l'absence de lien entre les décisions d'ordre médical du régime social de base et de l'assureur.**

ARTICLE 3 - ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES - RECLAMATION - INFORMATIQUE ET LIBERTES - LUTTE ANTI-BLANCHIMENT - LUTTE ANTI-TERRORISME

A) ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties en cas de décès et de PTIA s'exercent dans le monde entier.

La garantie Incapacité temporaire totale s'exerce :

- dans tous les pays de l'Union Européenne,
- dans les départements et régions d'Outre-Mer,
- en Andorre et à Monaco,
- et dans le monde entier à l'occasion de séjour ou voyage n'excédant pas trois mois consécutifs. Dans ce dernier cas, en cas d'incapacité temporaire totale, la garantie n'est acquise que si l'arrêt de travail a donné lieu à une hospitalisation prise en charge par le régime social de base.

Les frais de retour en France ou de rapatriement restent en tout état de cause à la charge de l'assuré.

B) RECLAMATION

Pour toute réclamation [désaccord, mécontentement] relative au contrat, l'assuré peut s'adresser à son conseiller habituel ou aux services de l'assureur. Si cette demande n'est pas satisfaite, la réclamation peut être adressée au Service Réclamations de l'assureur à l'adresse suivante :

- par courrier postal :
Groupama Gan Vie
Service Réclamations
160 avenue Charles de Gaulle - TSA 41269
91426 Morangis Cedex
 - par courriel à l'adresse suivante : service.reclamations@ggvie.fr
- L'assureur s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai maximum de dix jours ouvrables. Celle-ci sera traitée dans les deux mois au plus. Si tel n'est pas le cas, le demandeur en sera informé.

En dernier lieu, l'assuré peut recourir à la Médiation de l'Assurance dont les coordonnées sont disponibles sur le site www.gan-eurocourtage.fr ou auprès de son interlocuteur habituel.

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

C) INFORMATIQUE ET LIBERTES - LUTTE ANTI-BLANCHIMENT - LUTTE ANTI-TERRORISME

Les données personnelles concernant l'assuré sont traitées dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 Janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion de son adhésion et de ses garanties. Elles sont destinées à l'assureur, ses mandataires et sous traitants, aux réassureurs et organismes professionnels.

Elles peuvent également être utilisées à des fins de contrôle interne et dans le cadre des dispositions légales concernant la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. L'assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition en s'adressant par courrier postal à l'assureur - Groupama Gan Vie - Service des relations avec les consommateurs - Immeuble Michelet - 4-8 Cours Michelet - 92082 La Défense Cedex - 01 70 96 62 68 - src-collectives@ggvie.fr.

L'assuré accepte expressément le recueil et le traitement des données concernant sa santé nécessaires à la gestion de son adhésion et de ses garanties. Ces données sont traitées dans le respect du secret médical. Elles sont exclusivement destinées au médecin-conseil de l'assureur et à son service médical. Toutefois, si l'assuré a choisi de ne pas confidentialiser son questionnaire de santé simplifié, les données y figurant sont destinées également aux services de gestion. L'assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification en s'adressant par courrier postal accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité au médecin-conseil de l'assureur - Service Médical Collectives - Immeuble Michelet - 4-8 Cours Michelet - 92082 La Défense Cedex.

Dès la prise d'effet de son adhésion, l'assuré peut être amené à téléphoner à l'assureur pour lui demander tous types de renseignements. L'assureur informe l'assuré que ses appels téléphoniques peuvent être enregistrés afin de s'assurer de la bonne exécution de ses prestations à son égard et plus généralement faire progresser la qualité de service. Si l'assuré a été enregistré et souhaite écouter l'enregistrement d'un entretien, il peut en faire la demande par courrier postal adressé à l'assureur à l'adresse mentionnée ci-dessus.

ARTICLE 4 - ADHESION

A) ADHESION

L'adhésion au contrat est réservée aux membres de l'association contractante tels que définis au paragraphe ASSURES de l'article 2, demandant à adhérer au contrat.

B) CONDITIONS D'ADHESION

Pour adhérer au contrat, le membre de l'association contractante défini ci-dessus doit remplir et signer le bulletin d'adhésion et fournir les renseignements demandés par l'assureur.

Il devra en outre remplir un questionnaire de santé simplifié.

S'il répond « Non » à l'ensemble des questions du questionnaire de santé simplifié, il est assuré contre les risques de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie et d'incapacité temporaire totale par suite de maladie ou d'accident.

S'il répond « Oui » à au moins une des questions du questionnaire de santé simplifié, il est assuré contre les seuls risques de décès accidentel, de perte totale et irréversible d'autonomie accidentelle et d'incapacité temporaire totale accidentelle.

Toute membre de l'association qui a satisfait aux formalités d'adhésion est dénommé ci-après l'assuré.

L'adhésion est constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion au contrat qui complète la présente notice d'information.

Le certificat d'adhésion indique notamment :

- la date d'effet de l'adhésion,
- les garanties accordées,
- le taux de cotisation.

ARTICLE 5 - PRISE D'EFFET DE L'ADHESION ET DES GARANTIES

A) PRISE D'EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION

L'adhésion prend effet, pour chaque assuré, sous réserve de la signature du bulletin d'adhésion et du paiement de la première cotisation, à la date indiquée sur le certificat d'adhésion au contrat.

Sous réserve des dispositions prévues au Titre IV, l'adhésion :

- est souscrite pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet,
- se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation, par l'une des parties, notifiée par lettre recommandée adressée deux mois au moins avant chaque date de renouvellement.

B) PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet, pour chaque assuré à la date indiquée sur le certificat d'adhésion au contrat.

ARTICLE 6 - CESSATION DE L'ADHESION, DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

A) CESSATION DE L'ADHESION

L'adhésion au contrat cesse pour chaque assuré :

- au 31 décembre de l'année au cours de laquelle il aura demandé la résiliation de son adhésion au contrat, sous réserve que la résiliation ait été notifiée à l'assureur par lettre recommandée deux mois au moins avant cette date,
- à la date à laquelle est supprimée la pension alimentaire,
- dans les conditions prévues au Titre IV si les cotisations ne sont pas réglées,
- s'il cesse d'être membre de l'association contractante,
- dès lors que la durée maximum de versement des prestations fixée à dix ans est atteinte au titre de l'ensemble des garanties pendant toute la durée de l'adhésion,
- dès lors que le montant maximum 60 000 Euros est atteint au titre de l'ensemble des garanties pendant toute la durée de l'adhésion,
- à la date de la résiliation de l'adhésion par l'assureur,
- à la date de résiliation du contrat.

B) CESSATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS

Les garanties cessent, pour chaque assuré, à la date de cessation de son adhésion dans les conditions du paragraphe A).

Elles cessent en outre, au plus tard :

- pour la garantie Décès le jour du 75^{ème} anniversaire de l'assuré
- pour les garanties Perte totale et irréversible d'autonomie et Incapacité temporaire totale le jour du 67^{ème} anniversaire de l'assuré et en tout état de cause à la date de liquidation d'une pension de retraite y compris pour inaptitude au travail ou en cas de prestation de préretraite.

Au titre de la garantie Incapacité temporaire totale, le versement des prestations est effectué tant que dure l'état d'incapacité temporaire totale. Il cesse lors de la reprise ou de l'aptitude à la reprise d'une activité professionnelle de l'assuré, y compris à temps partiel, et ce quelle que soit la nature de cette activité et au plus tard au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail.

Le versement des prestations cesse en outre lorsque l'assuré perd le bénéfice des garanties Décès, Perte totale et irréversible d'autonomie et Incapacité temporaire totale dans les conditions stipulées ci-dessus.

TITRE II - GARANTIES DECES ET PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

ARTICLE 7 - GARANTIE DECES

A) DEFINITION ET MONTANT DE LA GARANTIE

En cas de décès d'un assuré âgé de moins de **75 ans**, l'assureur verse au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) tel(s) que défini(s) à l'article 2, la pension alimentaire mensuelle due par l'assuré, **sous réserve des dispositions du paragraphe B ci-après.**

Le montant de cette pension alimentaire mensuelle est déterminé à la date du décès de l'assuré. Il résulte de la convention homologuée visée à l'article 373-2-7 ou, à défaut de la décision de justice relative à la contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant. Il correspond au montant de la pension alimentaire mensuelle à la date du décès et sur lequel ont été calculées les dernières cotisations. Le montant maximum mensuel de la pension alimentaire est fixé à **350 Euros** par enfant. L'engagement maximum mensuel de l'assureur sur une même tête assurée est fixé à **500 Euros.**

Lorsque le montant maximum mensuel de la pension alimentaire ou l'engagement maximum mensuel de l'assureur sur une même tête assurée est supérieur aux limites indiquées ci-dessus, le montant maximum pris en charge par l'assureur est réduit à due concurrence.

L'engagement maximum de l'assureur sur une même tête assurée est fixée à **60 000 Euros** pendant toute la durée de l'adhésion.

Les sommes dues en raison d'un retard dans le règlement des pensions alimentaires mensuelles ne sont pas prises en charge par l'assureur.

Au titre de la garantie Décès, le versement de la pension alimentaire mensuelle est effectué au plus tard jusqu'au **21^{ème}** anniversaire de l'enfant. A cette date, le règlement est poursuivi à condition que l'enfant soit étudiant ou apprenti.

Le versement est également effectué si à la date du décès, l'enfant âgé de plus de 21 ans effectue ses études ou est en apprentissage.

La pension alimentaire mensuelle est versée tant que l'enfant poursuit ses études ou est sous contrat d'apprentissage et au plus tard jusqu'à son **25^{ème}** anniversaire.

Le versement de la pension alimentaire mensuelle est en tout état de cause limité à une durée maximum de **dix ans** pendant toute la durée de l'adhésion. Il est effectué selon les modalités fixées par la convention homologuée ou, à défaut par le juge.

Le versement de la pension alimentaire entre les mains du(des) bénéficiaire(s) est libératoire pour l'assureur.

B) RISQUES EXCLUS

Le risque de décès est garanti, quelle qu'en soit la cause, sous réserve des dispositions suivantes :

- **le suicide survenant moins d'un an après la date de prise d'effet de l'adhésion est exclu.**
- **le décès résultant d'une guerre mettant en cause l'État français est exclu**

C) FORMALITES A ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

Le décès d'un assuré doit être déclaré le plus rapidement possible en adressant à l'assureur les pièces justificatives nécessaires qui comprennent notamment :

- une copie intégrale de l'acte de naissance de l'assuré,
- l'original de l'acte de décès de l'assuré,
- un certificat médical original indiquant la date du décès et précisant s'il s'agit d'une mort naturelle ou accidentelle ou d'une mort résultant d'un événement exclu,
- le cas échéant, tout document précisant la cause et les circonstances de l'accident ayant entraîné le décès,
- une photocopie de la convention homologuée ou de la décision de justice,
- une copie intégrale de l'acte de naissance de(des) enfant(s),
- une photocopie recto / verso de la carte d'identité du(des) bénéficiaire(s),
- un relevé d'identité bancaire ou postale au nom du(des) bénéficiaire(s) pour un virement ou les coordonnées du(des) bénéficiaire(s) pour un paiement par chèque,
- une attestation sur l'honneur du bénéficiaire justifiant le versement de la pension alimentaire mensuelle à la date du sinistre.

En outre, les enfants âgés de plus de 21 ans doivent justifier qu'ils poursuivent leurs études ou qu'ils sont sous contrat d'apprentissage dans les conditions prévues par le Code du travail.

Toutes les pièces à caractère médical sont à adresser au médecin-conseil de l'assureur - Service Médical Collectives - 4-8 Cours Michelet - 92082 La Défense Cedex.

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

ARTICLE 8 - GARANTIE PTIA

A) DEFINITION DE LA GARANTIE

Lorsqu'un assuré âgé de moins de **67 ans** se trouve reconnu par l'assureur en état de perte totale et irréversible d'autonomie telle que définie à l'article 2, l'assureur verse au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) tel(s) que défini(s) à l'article 2, **sous réserve des dispositions du paragraphe B ci-après**, la pension alimentaire mensuelle due par l'assuré.

Le montant de cette pension alimentaire mensuelle est déterminé à la date de la reconnaissance de la PTIA de l'assuré par l'assureur. Il résulte de la convention homologuée visée à l'article 373-2-7 ou, à défaut de la décision de justice relative à la contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant. Il correspond au montant de la pension alimentaire mensuelle arrêté à la date de la reconnaissance de la PTIA et sur lequel ont été calculées les dernières cotisations. Le montant maximum mensuel de la pension alimentaire est fixé à **350 Euros** par enfant. L'engagement maximum mensuel de l'assureur sur une même tête assurée est fixé à **500 Euros.**

Lorsque le montant maximum mensuel de la pension alimentaire ou l'engagement maximum mensuel de l'assureur sur une même tête assurée est supérieur aux limites indiquées ci-dessus, le montant maximum pris en charge par l'assureur est réduit à due concurrence.

L'engagement maximum de l'assureur sur une même tête assurée est fixée à **60 000 Euros** pendant toute la durée de l'adhésion.

Les sommes dues en raison d'un retard dans le règlement des pensions alimentaires mensuelles ne sont pas prises en charge par l'assureur.

La pension alimentaire mensuelle est versée tant que dure l'obligation du débiteur.

Au titre de la garantie Perte totale et irréversible d'autonomie, le versement de la pension alimentaire mensuelle est effectué au plus tard jusqu'au **21^{ème}** anniversaire de l'enfant. A cette date, le règlement est poursuivi à condition que l'enfant soit étudiant ou apprenti.

Le versement est également effectué si à la date de la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie par l'assureur, l'enfant âgé de plus de 21 ans effectue ses études ou est en apprentissage.

La pension alimentaire mensuelle est versée tant que l'enfant poursuit ses études ou est sous contrat d'apprentissage et au plus tard jusqu'à son **25^{ème}** anniversaire.

Le versement de la pension alimentaire mensuelle est en tout état de cause limité à une durée maximum de **dix ans** pendant toute la durée de l'adhésion. Il est effectué selon les modalités fixées par la convention homologuée ou, à défaut par le juge.

Le versement de la pension alimentaire entre les mains du(des) bénéficiaire(s) est libératoire pour l'assureur.

Dès la mise en jeu de la garantie PTIA, les garanties Décès et Incapacité temporaire totale prennent fin pour l'assuré.

B) RISQUES EXCLUS

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

- **accident ou maladie résultant du fait volontaire de l'assuré, de tentative de suicide survenant moins d'un an après la date de prise d'effet de l'adhésion, de mutilation volontaire,**
- **accident ou maladie résultant de l'usage de stupéfiants hors prescription médicale,**
- **suites, séquelles, conséquences ou complications d'une affection médicalement constatée antérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion ou d'un accident survenu antérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion,**
- **accident ou maladie occasionné par une guerre civile ou étrangère, une émeute, une rixe, un acte de terrorisme dans lesquels l'assuré a pris une part active, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger sont garantis,**
- **accident ou maladie occasionné par une guerre mettant en cause l'État français.**

C) FORMALITES A ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

La déclaration de la perte totale et irréversible d'autonomie incombe à l'assuré qui est tenu d'en apporter la preuve à l'assureur au moyen des pièces justificatives nécessaires lesquelles comprennent notamment :

- une copie intégrale de l'acte de naissance de l'assuré,
- une attestation originale détaillée de son médecin traitant,
- le cas échéant, la notification d'attribution d'une pension d'invalidité nécessitant l'assistance d'une tierce personne délivrée par le régime social de base,
- le cas échéant, tout document précisant la cause et les circonstances de l'accident ayant entraîné la perte totale et irréversible d'autonomie,
- une photocopie de la convention homologuée ou de la décision de justice y compris en cas de réévaluation de la pension alimentaire,
- une copie intégrale de l'acte de naissance de(des) enfant(s),
- une photocopie recto / verso de la carte d'identité du(des) bénéficiaire(s),
- un relevé d'identité bancaire ou postale au nom du(des) bénéficiaire(s) pour un virement ou les coordonnées du(des) bénéficiaire(s) pour un paiement par chèque,
- une attestation sur l'honneur du bénéficiaire justifiant le versement de la pension alimentaire mensuelle à la date du sinistre.

En outre, les enfants âgés de plus de 21 ans doivent justifier qu'ils poursuivent leurs études ou qu'ils sont sous contrat d'apprentissage dans les conditions prévues par le Code du travail.

Toutes les pièces à caractère médical sont à adresser au médecin-conseil de l'assureur - Service Médical Collectives - 4-8 Cours Michelet - 92082 La Défense Cedex.

L'assureur se réserve la possibilité de réclamer toutes pièces justificatives complémentaires.

Pour être recevable, cette déclaration doit parvenir à l'assureur au plus tard deux mois après le 67^{ème} anniversaire de l'assuré.

L'assureur se réserve le droit de se livrer à tout contrôle et de soumettre l'assuré à toute expertise médicale qu'il juge utile pour apprécier son état de perte d'autonomie indépendamment des décisions du régime social de base. En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et celui de l'assureur portant sur la perte totale et irréversible d'autonomie, l'assuré et l'assureur choisissent ensemble un 3^{ème} médecin afin de les départager. A défaut d'entente sur le choix, la désignation sera faite par le Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. Les honoraires sont partagés par moitié entre l'assureur et l'assuré.

TITRE III - GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE

ARTICLE 9 - OBJET ET MONTANT DE LA GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE

A) DEFINITION DE LA GARANTIE

Lorsqu'un assuré âgé de moins de **67 ans** se trouve reconnu par l'assureur en état d'incapacité temporaire totale telle que définie à l'article 2, l'assureur verse au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) tel(s) que défini(s) à l'article 2, **sous réserve des dispositions du paragraphe B ci-après**, la pension alimentaire mensuelle due par l'assuré venant à échéance après expiration d'un délai de franchise de **90 jours** d'arrêt total et continu de travail.

Le montant de cette pension alimentaire mensuelle est déterminé à la date de l'arrêt de travail. Il résulte de la convention homologuée visée à l'article 373-2-7 ou, à défaut de la décision de justice relative à la contribution à l'entretien et à l'éducation de l'enfant. Il correspond au montant de la pension alimentaire mensuelle sur lequel ont été calculées les dernières cotisations. Le montant maximum mensuel de la pension alimentaire est fixé à **350 Euros** par enfant. L'engagement maximum mensuel de l'assureur sur une même tête assurée est fixé à **500 Euros.**

Lorsque le montant maximum mensuel de la pension alimentaire ou l'engagement maximum mensuel de l'assureur sur une même tête assurée est supérieur aux limites indiquées ci-dessus, le montant maximum pris en charge par l'assureur est réduit à due concurrence.

L'engagement maximum de l'assureur sur une même tête assurée est fixée à **18 000 Euros** pendant toute la durée de l'adhésion.

Les sommes dues en raison d'un retard dans le règlement des pensions alimentaires mensuelles ne sont pas prises en charge par l'assureur.

La pension alimentaire mensuelle est versée tant que dure l'obligation du débiteur.

Au titre de la garantie Incapacité temporaire totale, le versement de la pension alimentaire mensuelle est effectué au plus tard jusqu'au **21^{ème}** anniversaire de l'enfant. A cette date, le règlement est poursuivi à condition que l'enfant soit étudiant ou apprenti.

Le versement est également effectué si à la date de l'arrêt de travail, l'enfant âgé de plus de 21 ans effectue ses études ou est en apprentissage.

La pension alimentaire mensuelle est versée tant que l'enfant poursuit ses études ou est sous contrat d'apprentissage et au plus tard jusqu'à son **25^{ème}** anniversaire.

Le versement de la pension alimentaire mensuelle est en tout état de cause limité à une durée maximum de **1095 jours** pendant toute la durée de l'adhésion. Il est effectué selon les modalités fixées par la convention homologuée ou, à défaut par le juge.

Le versement de la pension alimentaire entre les mains du(des) bénéficiaire(s) est libératoire pour l'assureur.

RECHUTE : Si l'assuré est médicalement apte à reprendre une activité professionnelle et s'il y a rechute pour la même maladie ou le même accident dans un délai inférieur à deux mois, les règlements sont repris par l'assureur comme s'il s'agissait d'une seule et même interruption de travail sans qu'il soit fait application à nouveau de la franchise de 90 jours, la période pendant laquelle l'assuré a repris ses occupations étant considérée comme une simple interruption du service des prestations. Par contre, une rechute survenant plus de deux mois après l'aptitude à la reprise d'une activité professionnelle est considérée comme une nouvelle maladie ou un nouvel accident et entraîne l'application de la franchise. Il est précisé que la rechute doit entraîner un **arrêt total de travail** pour qu'il y ait reprise de l'indemnisation par l'assureur.

B) RISQUES EXCLUS

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

- **suites, séquelles, conséquences ou complications d'une affection médicalement constatée antérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion ou d'un accident survenu antérieurement à la date de prise d'effet de l'adhésion,**
- **accident ou maladie résultant du fait volontaire de l'assuré, de tentative de suicide survenant moins d'un an après la date de prise d'effet de l'adhésion au titre de chaque prêt garanti,**
- **accident ou maladie résultant de mutilation volontaire, de l'éthylisme ou de l'usage de stupéfiants hors prescription médicale,**
- **accident survenu en état d'imprégnation alcoolique de l'assuré définie par la présence dans le sang d'un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui fixé par le Code de la route pour caractériser la contravention de conduite sous l'empire d'un état alcoolique,**
- **suites, conséquences et complications de toute atteinte discale, vertébrale ou radiculaire du rachis, y compris cervicalgie, dorsalgie, lombalgie, sacralgie, coccygale, névralgie cervico-brachiale, sciatique, cruralgie et hernie discale, sauf si l'origine de cette atteinte est accidentelle ou a donné lieu à un traitement chirurgical ou à une hospitalisation de plus de 10 jours continus.**
- **En cas de traitement chirurgical ou d'hospitalisation de plus 10 jours continus survenant pendant une période d'incapacité temporaire totale, l'assureur verse les prestations venant à échéance après expiration du délai de franchise décompté à partir du traitement chirurgical ou du point de départ de l'hospitalisation.**
- **suites, conséquences et complications de la fibromyalgie et des troubles mentaux et du comportement y compris les troubles du comportement, les troubles de la personnalité, les troubles de l'humeur (dépressions, anxiété), les troubles de l'adaptation, les troubles névrotiques, les troubles de l'alimentation, les troubles du sommeil, les troubles schizotypiques, les troubles psychotiques, les troubles délirants, les troubles bipolaires et la schizophrénie sauf si ces troubles ont nécessité une hospitalisation en milieu psychiatrique de plus de 10 jours continus (hormis les hospitalisations de jour) ou sauf si l'assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle.**
- **En cas d'hospitalisation en milieu psychiatrique de plus 10 jours continus ou en cas de mise sous tutelle ou curatelle de l'assuré survenant pendant une période d'arrêt de travail, l'assureur verse les prestations venant à échéance après expiration du délai de franchise décompté à partir du point de départ de l'hospitalisation ou à partir du jugement de mise sous tutelle ou curatelle.**
- **conséquences d'accident ou de maladie occasionné par une guerre mettant en cause l'État français,**
- **conséquences d'accident ou de maladie occasionné par une guerre civile ou étrangère, une émeute, une rixe, un acte de terrorisme dans lesquels l'assuré a pris une part active, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger sont garantis,**
- **maternité, sauf si pour des causes pathologiques les assurées se trouvent en état d'incapacité temporaire totale ; leur congé légal de maternité étant alors déduit de la durée d'incapacité, en plus du délai de franchise.**

C) RECONNAISSANCE ET CONTROLE DE L'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE

En outre, les médecins mandatés par l'assureur ou ses médecins-conseils doivent avoir un libre accès pendant toute la durée de l'incapacité temporaire totale auprès de l'assuré, afin de pouvoir constater, reconnaître ou contrôler son état, indépendamment des conclusions du régime social de base. Ils peuvent également convoquer l'assuré.

En cas de refus de l'assuré, l'assureur est en droit de surseoir ou de suspendre le paiement de ses prestations. En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et celui de l'assureur portant sur l'état d'incapacité temporaire totale, l'assuré et l'assureur choisissent ensemble un 3^{ème} médecin afin de les départager. A défaut d'entente sur le choix, la désignation sera faite par le Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. Les honoraires sont répartis pour moitié entre l'assureur et l'assuré.

D) FORMALITES A ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

La preuve de l'incapacité temporaire totale incombe à l'assuré qui est tenu d'en faire la déclaration à l'assureur, au plus tard dans les quatre mois qui suivent le premier jour d'arrêt de travail au moyen des pièces justificatives nécessaires lesquelles comprennent notamment :

- une copie intégrale de l'acte de naissance de l'assuré,
- l'attestation médicale fournie par l'assureur, complétée et signée par le médecin traitant de l'assuré. Cette attestation est à adresser sous pli confidentiel au médecin-conseil de l'assureur.
- le cas échéant, l'attestation des prestations versées par le régime social de base,

- le cas échéant, tout document précisant la cause et les circonstances de l'accident ayant entraîné la perte totale et irréversible d'autonomie,
- une photocopie de la convention homologuée ou de la décision de justice y compris en cas de réévaluation de la pension alimentaire,
- une copie intégrale de l'acte de naissance de(des) l'enfant(s),
- une photocopie recto / verso de la carte d'identité du(des) bénéficiaire(s),
- un relevé d'identité bancaire ou postale au nom du(des) bénéficiaire(s) pour un virement ou les coordonnées du(des) bénéficiaire(s) pour un paiement par chèque,
- une attestation sur l'honneur du bénéficiaire justifiant le versement de la pension alimentaire mensuelle à la date du sinistre.

En outre, les enfants âgés de plus de 21 ans doivent justifier qu'ils poursuivent leurs études ou qu'ils sont sous contrat d'apprentissage dans les conditions prévues par le Code du travail.

Toutes les pièces à caractère médical sont à adresser au médecin-conseil de l'assureur – Service Médical Collectives – 4-8 Cours Michelet – 92082 La Défense Cedex.

L'assureur se réserve la possibilité de réclamer toutes pièces justificatives complémentaires.

En cas de déclaration tardive (au-delà des quatre mois qui suivent le premier jour d'arrêt de travail), sauf cas de force majeure, tout sinistre, accident ou maladie sera considéré comme s'étant produit le jour de sa déclaration. Dans ce cas, l'assureur sert les prestations à partir de la date de réception de la déclaration, sans application du délai de franchise de 90 jours.

Tant que l'assuré n'est pas médicalement apte à la reprise d'une activité professionnelle, il est tenu de fournir périodiquement à l'assureur un certificat médical attestant de la permanence de son état d'incapacité temporaire totale.

L'assureur est autorisé à interrompre le paiement des prestations dans le cas où l'assuré n'apporterait pas la preuve du maintien de son état. Il en sera de même si l'assuré s'oppose aux visites ou examens médicaux demandés.

Le contrôle de l'assureur continuera à s'exercer jusqu'à la date d'expiration du droit aux prestations en cas d'incapacité temporaire totale.

Le versement des prestations est subordonné à la présentation des justificatifs prévus au paragraphe D) et au résultat du contrôle médical.

TITRE V - COTISATIONS

Les garanties de l'adhésion sont accordées moyennant le paiement des cotisations dont le taux annuel est fixé, pour chaque assuré, en pourcentage de la pension alimentaire mensuelle.

Les cotisations sont prélevées par l'assureur auprès de chacun des assurés. Les cotisations sont payables trimestriellement et d'avance.

En cas de mise en jeu de la garantie PTIA ou de la garantie Incapacité temporaire totale, les cotisations continuent d'être prélevées par l'assureur.

Pour toute adhésion en cours de trimestre, un prorata sera calculé sur la période comprise entre le 1^{er} jour du mois de l'adhésion et l'échéance trimestrielle suivante. Les cotisations cessent d'être dues à la fin du mois de cessation de l'adhésion.

Les cotisations sont fixées taxes sur les conventions d'assurance comprises. Elles seront éventuellement majorées en cas de relèvement des taxes en vigueur à la souscription du contrat ou de l'instauration de nouvelles impositions applicables au contrat.

Les cotisations sont susceptibles d'être révisées en fonction de la réévaluation de la pension alimentaire mensuelle indexée sur un indice des prix à la consommation. Le nouveau montant de la pension alimentaire mensuelle est pris en compte pour le calcul des cotisations à l'échéance trimestrielle suivante.

En outre, elles ne subissent pas de réduction aux termes des garanties Perte totale et irréversible d'autonomie et Incapacité temporaire totale de chaque assuré concerné, la totalité des cotisations afférentes aux garanties Perte totale et irréversible d'autonomie et Incapacité temporaire totale étant affectées à la couverture du risque décès, dès que l'assuré a atteint 67 ans.

Non paiement des cotisations

En application des dispositions de l'article L.141-3 du Code des assurances, l'association contractante doit, au plus tôt dix jours après la date d'échéance d'une cotisation impayée, adresser à l'assuré une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre doit préciser qu'à l'issue d'un délai de quarante jours à compter de son envoi, l'assuré est exclu du contrat d'assurance en raison du non-paiement des cotisations.

D'un commun accord entre l'assureur et l'association contractante, il est convenu que cette dernière donne mandat à l'assureur pour établir et adresser cette lettre recommandée.

Groupama Gan Vie

Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 Euros – RCS Paris 340 427 616 – APE : 6511Z

Siège social : 8-10 rue d'Astorg – 75383 Paris Cedex 08 – Tél. : 01 44 56 77 77

Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 61 rue Taitbout – 75009 Paris

Les produits d'assurance distribués sous la marque Gan Eurocourtage via les courtiers, sont ceux de Groupama Gan Vie

www.gan-eurocourtage.fr – contact-collectives@gan.fr