

PACK EXPAT CFE INDIVIDUEL

Prévoyance

CONDITIONS GÉNÉRALES

Contrat HA194001P

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	3
TITRE I – DISPOSITIONS GENERALES	4
ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT	4
ARTICLE 2 – DEFINITIONS	4
ARTICLE 3 – ADHESION AU CONTRAT	5
ARTICLE 4 – COTISATIONS	8
ARTICLE 5 – PRESCRIPTION	10
ARTICLE 6 – SUBROGATION	11
ARTICLE 7 – RECLAMATION – MEDIATION	11
ARTICLE 8 – AUTORITE DE TUTELLE	11
ARTICLE 9 – LOI APPLICABLE	11
ARTICLE 10- DISPOSITIONS DIVERSES	11
ARTICLE 11 – SOUSCRIPTION A DISTANCE – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	13
TITRE II – GARANTIES	14
ARTICLE 12 – CHOIX ET CHANGEMENT DES GARANTIES	14
CHAPITRE I – GARANTIES EN CAS DE DECES OU PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D’AUTONOMIE	15
ARTICLE 13 – OBJET DE LA GARANTIE	15
ARTICLE 14 – GARANTIE DECES	15
ARTICLE 15 – PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D’AUTONOMIE (PTIA)	16
ARTICLE 16 – DOUBLE EFFET CONJOINT	17
ARTICLE 17 – FRAIS D’OBSEQUES	17
ARTICLE 18 – PLAFOND DE GARANTIES	17
CHAPITRE II – GARANTIES EN CAS D’ARRET DE TRAVAIL	17
ARTICLE 19 – OBJET DES GARANTIES	17
ARTICLE 20 – BASE DES PRESTATIONS	18
ARTICLE 21 – REVALORISATION	18
ARTICLE 22 – INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL	18
ARTICLE 23 – INVALIDITE PERMANENTE	20
ARTICLE 24 – EXONERATION DES COTISATIONS ET MAINTIEN DES GARANTIES	21
TITRE III – EXCLUSIONS	22
ARTICLE 25 – EXCLUSIONS	22
TITRE IV – VERSEMENT DES PRESTATIONS	23
ARTICLE 26 – CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS	23
ARTICLE 27 – CONTROLE MEDICAL	25
ANNEXE – GARANTIES PRÉVOYANCE	27

PRÉAMBULE

Les présentes Conditions Générales référencées « CG/HA/PACK EXPAT'CFE INDIVIDUEL/PREV/02.19 » jointes aux Conditions Particulières constituent le contrat individuel prévoyance PACK EXPAT'CFE INDIVIDUEL HA194001P.

Il est conclu entre :

Malakoff Humanis Assurances,

Société Anonyme, du groupe Malakoff Humanis, régie par le Code des Assurances au capital social de 23.565.660 € entièrement libéré, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 447 883 661, dont le Siège social se situe 21 rue Laffitte, 75009 PARIS, FRANCE.

dénommée ci-après "**L'Assureur**",

d'une part,

et

"Le Souscripteur" désigné aux Conditions Particulières et chargé de l'exécution du contrat,

d'autre part,

Conjointement dénommés "**les Parties**".

TITRE I – DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 – OBJET DU CONTRAT

Il a pour objet d'instituer une opération d'assurance couvrant, les risques suivants :

- Décès,
- Incapacité Temporaire de Travail,
- Invalidité.

Les garanties souscrites sont précisées aux Conditions Particulières du contrat.

Ce contrat est régi par les dispositions légales et réglementaires du Code des assurances français.

Toute modification au contrat sera constatée par voie d'avenant.

Il est précisé que l'adhésion à ce contrat ne dispense pas de cotiser aux régimes obligatoires du pays d'expatriation le cas échéant, y compris pour les pays appartenant à l'Espace Economique Européen.

ARTICLE 2 – DEFINITIONS

Accident : tout événement soudain, imprévu et extérieur à la victime constituant la cause du dommage. En application de l'article 1353 du Code civil français, il appartient au bénéficiaire d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et les frais engagés.

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

Acte sous signature privée : acte dont la rédaction est libre, établi par l'une des parties à l'acte et signé par tous les souscripteurs à cet acte.

Activité Partielle : un salarié est placé en position d'activité partielle, après autorisation expresse ou implicite de l'autorité administrative compétente, s'il subit une perte de rémunération imputable :

- soit à la fermeture temporaire de son établissement ou partie d'établissement ;
- soit à la réduction de l'horaire de travail pratiqué dans l'établissement ou partie d'établissement en deçà de la durée légale de travail.

Bénéficiaire : Personne physique qui recevra la prestation due par l'Assureur en cas de réalisation d'un risque garanti au présent contrat.

CFE : Caisse des Français de l'Etranger.

CNAV : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse française.

Concubin : personne vivant en concubinage avec le Souscripteur, dans les conditions prévues à l'article 515-8 du Code civil français.

Conjoint : le conjoint du Souscripteur non divorcé ni séparé de corps judiciairement.

Cotisation : somme payée par le Souscripteur en contrepartie des garanties accordées par le présent contrat.

Echéance : date à laquelle le Souscripteur doit payer la cotisation ou une fraction de celle-ci.

Enfants à charge : sont considérés comme enfants à charge du Souscripteur :

- Les enfants du Souscripteur, de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin, s'ils sont effectivement à la charge du Souscripteur, c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leur besoin et assure leur entretien, et s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :
 - être à charge au sens de la CFE,
 - être atteints, quel que soit leur âge, d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21^{ème} anniversaire,
 - être âgés de moins de 28 ans, être non-salariés, non imposables, et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé,
- Les enfants remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus au titre desquels le Souscripteur verse une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu.
- Les enfants à naître au moment du décès du Souscripteur.

Ne peuvent être considérés comme enfants à naître que les enfants qui sont nés, vivants et viables, dans les 300 jours qui suivent le décès du Souscripteur.
- Dans les conditions telles que précédemment définies, les enfants sont considérés comme étant à charge jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel ils atteignent leur 20^{ème} ou 28^{ème} anniversaire ou jusqu'à la fin du trimestre civil suivant la fin des études ou suivant la fin de l'infirmité les privant d'exercer une activité rémunératrice.

Gestionnaire du contrat : Malakoff Humanis Assurances, via son service spécialisé dans la protection sociale des personnes en mobilité internationale.

Partenaire lié par un PACS : la personne liée au Souscripteur par un Pacte Civil de Solidarité au sens des articles 515-1 et suivants du Code civil français.

Plafond de la Sécurité Sociale : Plafond servant de base au calcul des cotisations de la Sécurité Sociale française et prévu aux articles L241-3 et D242-17 du Code de la Sécurité Sociale français et modifié chaque année par arrêté.

Prescription : période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est recevable.

Prestation : Mise en œuvre de la garantie par l'Assureur.

Rémunération brute : sommes et avantages perçus par le Souscripteur assujettis à charges sociales. Pour un salarié placé en Activité partielle, la rémunération brute inclut le montant de l'indemnité brute due au titre de ce dispositif.

Rémunération nette : rémunération brute déduction faite de toutes les charges sociales et autres contributions salariales légalement ou conventionnellement obligatoires.

Risque : évènement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté du Souscripteur ou du bénéficiaire.

Sinistre : réalisation du risque.

Souscripteur : personne physique qui souscrit le contrat et qui paie les cotisations. Le Souscripteur du contrat est présumé être l'Assuré, c'est-à-dire la personne physique sur laquelle reposent les garanties souscrites.

Tranches de salaire :

- Tranche A : fraction de la rémunération brute annuelle au plus égale au Plafond Annuel de la Sécurité Sociale française.
- Tranche B : fraction de la rémunération brute annuelle comprise entre 1 et 4 Plafonds Annuels de la Sécurité Sociale française.
- Tranche C : fraction de la rémunération brute annuelle comprise entre 4 et 8 Plafonds Annuels de la Sécurité Sociale française.

ARTICLE 3 – ADHESION AU CONTRAT

3.1 Conditions d'adhésion

Sont admissibles à l'assurance :

- pour les garanties Décès seules, les personnes expatriées :
 - salariées,
 - non salariées ou sans activité professionnelle.
- pour les garanties Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité, les personnes salariées expatriées bénéficiant de la garantie «Maladie-Maternité», et des options « Capital décès / Indemnités Journalières / Invalidité » et « Accidents de Travail / Maladies Professionnelles » auprès de la CFE, âgées de moins de 60 ans à la date d'adhésion au présent contrat, à l'exclusion de ceux bénéficiant des garanties auprès de la CFE en tant qu'expatrié retraité.

Le Souscripteur doit remplir un bulletin d'adhésion et un questionnaire de santé qui doivent être communiqués au service médical de l'Assureur au moins 15 jours avant la date d'effet souhaitée du contrat.

Il est précisé que le bulletin d'adhésion, peut être rempli et communiqué à l'Assureur de façon dématérialisée. A cet effet, le Souscripteur devra disposer d'une adresse de courrier électronique et d'un numéro de téléphone mobile personnel, portés à la connaissance de l'Assureur. Des moyens de sécurité sont mis en place pour garantir la confidentialité des données (cryptage, conditions d'accès sécurisées).

Il est précisé que, si le Souscripteur est expatrié aux Etats-Unis d'Amérique, il ne peut souscrire qu'avant son départ de France.

3.2 Formalités médicales

Le Souscripteur doit compléter un questionnaire de santé, éventuellement effectuer des analyses et retourner tout autre document complémentaire demandé. Ces documents doivent être adressés à l'attention du médecin conseil de l'Assureur sous pli confidentiel.

Le médecin conseil peut demander au Souscripteur d'effectuer des examens médicaux complémentaires et de lui adresser les résultats ainsi que toutes pièces médicales complémentaires nécessaires à l'instruction de son dossier.

S'il le souhaite, le Souscripteur peut demander toute information au médecin conseil qui lui répondra directement.

En fonction des conclusions du médecin conseil, l'Assureur peut, le cas échéant :

- accepter l'adhésion dans les conditions normales du contrat,
- proposer de nouveaux taux de cotisations ou un aménagement des garanties,
- refuser l'adhésion du Souscripteur.

La carence du Souscripteur soumis aux formalités médicales sera caractérisée si, à l'expiration d'un délai de 30 jours suivant l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception au dernier domicile que connaît l'Assureur, il n'a pas satisfait à l'ensemble des formalités médicales réclamées.

En cas de carence du Souscripteur dans l'accomplissement de ces formalités médicales, n'ayant pas permis à l'Assureur d'apprécier le risque, et passé un délai de trente jours, l'Assureur lui adressera une lettre recommandée avec avis de réception l'informant de son refus.

3.3 Obligations déclaratives du Souscripteur

3.3.1 A la souscription

Les déclarations faites sur le bulletin d'adhésion et sur le questionnaire de santé permettent à l'Assureur de statuer sur l'acceptation ou non du risque et sur le montant des cotisations.

Le Souscripteur s'engage à effectuer des déclarations exactes.

Le Souscripteur s'engage à déclarer à l'Assureur toute situation de cumul emploi-retraite éventuelle.

3.3.2 En cours de contrat

Le Souscripteur s'engage à informer l'Assureur de toute modification affectant une donnée du contrat (par défaut les lettres adressées au dernier domicile connu par l'Assureur produiront tous leurs effets).

Le Souscripteur s'engage à informer l'Assureur de toute modification relative à son affiliation à la Caisse des Français de l'Étranger et notamment de la radiation de son affiliation à la Caisse des Français de l'Étranger ou de la radiation de l'option Indemnités Journalières, Capital Décès et Invalidité auprès de la CFE.

Le Souscripteur s'engage à informer l'Assureur de tout passage en situation de cumul emploi-retraite. La déclaration doit être effectuée dans les 30 jours du changement de situation professionnelle.

Le Souscripteur s'engage à déclarer à l'Assureur au moins 15 jours avant le départ, tout projet de déplacement dans un pays en guerre civile ou étrangère ou dans toute zone figurant, à la date du départ, sur la liste des zones formellement déconseillées par le ministère français des affaires étrangères (liste consultable sur le site de ce dernier). L'Assureur se prononcera sur les conditions dans lesquelles les garanties souscrites peuvent être maintenues au Souscripteur.

A défaut de déclaration préalable et/ou d'acceptation de la part de l'Assureur, les sinistres affectant le Souscripteur qui se produiraient au cours ou suite à ce déplacement n'ouvriraient droit à aucune prestation.

3.3.3 Conséquence du non respect des obligations déclaratives

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du Souscripteur susceptible de changer l'objet du risque ou d'en diminuer l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par le Souscripteur a été sans influence sur la réalisation du risque, le contrat sera annulé de plein droit.

Les cotisations demeurent acquises à l'Assureur et les prestations versées feront l'objet d'un remboursement par le Souscripteur.

En cas de réticence ou de fausse déclaration non intentionnelle constatée avant la réalisation du risque l'Assureur peut :

- soit maintenir le contrat, moyennant une augmentation des cotisations acceptée par le Souscripteur,
- soit résilier le contrat dix jours après notification adressée au Souscripteur par lettre recommandée en restituant la fraction de cotisation payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

En cas de réticence ou de fausse déclaration non intentionnelle constatée après la réalisation du risque, l'indemnité versée par l'Assureur est réduite en proportion du montant des cotisations payées par rapport au montant des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Toutefois, conformément à l'article L.132-26 du Code des Assurances, l'erreur sur l'âge du Souscripteur n'entraîne la nullité du contrat que lorsque son âge véritable se trouve, lors de la souscription, en dehors des limites fixées à l'article 3.1. Dans tout autre cas si, par suite d'une erreur de ce genre, la cotisation payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le montant garanti est réduit en proportion de la cotisation perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable du Souscripteur.

Si la cotisation payée est supérieure à celle qui aurait dû être acquittée, l'Assureur est tenu de restituer la portion de cotisation qu'il a reçue en trop sans intérêt.

3.4 Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion du Souscripteur au présent contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières, au plus tôt le 1^{er} jour du mois qui suit l'acceptation du dossier par l'Assureur ou, le cas échéant, le 1^{er} jour du mois qui suit l'acceptation de la majoration de la/des cotisation(s) ou l'aménagement des garanties par le Souscripteur et en tout état de cause, au plus tôt, à l'issue des vérifications réglementaires incombant aux entreprises d'assurance.

Seule la date d'effet figurant sur les Conditions Particulières du contrat fait foi entre les Parties.

3.5 Renonciation au contrat

Si le Souscripteur a souscrit à distance, il dispose d'un délai de trente jours calendaires révolus pour renoncer au contrat, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai court, soit à partir du jour où l'adhésion a pris effet, soit à compter du jour de la réception des Conditions Particulières si cette dernière date est postérieure à la date de conclusion du contrat.

Ce délai expire le dernier jour à minuit et il n'est pas prorogé s'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié chômé.

L'adhésion au présent contrat ne produit ses effets qu'à l'expiration de ce délai de trente jours, sauf si le Souscripteur demande expressément son exécution à la date prévue aux Conditions Particulières en cochant la case prévue à cet effet sur le bulletin d'adhésion.

L'Assureur est tenu de rembourser au Souscripteur au plus tard dans les trente jours, suivant la date à laquelle le Souscripteur a communiqué sa volonté de renoncer, toutes les sommes perçues en application du contrat.

Pour exercer ce droit de renonciation, le Souscripteur doit adresser une lettre recommandée avec avis de réception à Malakoff Humanis Assurances, à l'adresse suivante : Malakoff Humanis Assurances, BP 30, 41914 Blois Cedex 9, France.

Le Souscripteur peut également exercer ce droit par envoi recommandé électronique.

Le Souscripteur peut utiliser le modèle de rédaction ci-après proposé :

<p>« Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à ma souscription au contrat PACK EXPAT'CFE INDIVIDUEL HA194001P.</p> <p>Fait à, le.....</p> <p>Signature ».</p>
--

3.6 Durée, renouvellement et cessation de l'adhésion

3.6.1 Durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion au présent contrat se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction, sauf résiliation par l'Assureur ou le Souscripteur. La résiliation à l'initiative de l'Assureur s'effectue par lettre recommandée.

Le renouvellement s'effectue selon les éventuelles nouvelles conditions tarifaires et/ou de garanties, dont le Souscripteur sera tenu préalablement informé au plus tard deux mois avant sa date de renouvellement.

3.6.2 Cessation de l'adhésion

L'adhésion du Souscripteur au présent contrat cesse :

– **de plein droit :**

- à la date à laquelle il ne fait plus partie de la catégorie assurable, telle que définie à l'article 3.1 des présentes Conditions Générales, exception faite de son âge,
- à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse française (CNAV) ou de tout autre régime de base obligatoire français et en tout état de cause à la date de liquidation d'une retraite complémentaire française ;
- en cas de retrait total de l'agrément de l'Assureur. La résiliation sera effective le 40^{ème} jour à compter de la publication au Journal Officiel du retrait de l'agrément ;
- En cas de décès du Souscripteur, l'Assureur rembourse prorata temporis la partie de cotisation réglée, correspondant à la période d'assurance non courue postérieure au décès et ce, à compter de la date de l'évènement.

– **à la demande du Souscripteur :**

- au 31 décembre de chaque année, sous réserve que cette demande soit envoyée à l'Assureur au plus tard le 30 novembre.
- à tout moment, dans les conditions prévues à l'article L113-16 du Code des assurances français.

La notification de la dénonciation de l'adhésion au contrat peut être effectuée, au choix du Souscripteur :

- Soit par lettre ou tout autre support durable ;
- Soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'Assureur ;
- Soit par acte extrajudiciaire ;
- Soit, lorsque l'Assureur propose l'adhésion au contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication.

L'Assureur confirme par écrit la réception de la notification.

La dénonciation par le Souscripteur de son adhésion est définitive, de telle sorte qu'il ne pourra plus formuler de demande d'adhésion au présent contrat, sauf dérogation accordée par l'Assureur.

– **à la demande de l'Assureur :**

- en cas de non-paiement des cotisations, selon les dispositions prévues à l'article 4.3 des présentes Conditions Générales,
- en cas de refus de la part du Souscripteur d'une révision de cotisation dans les conditions décrites à l'article 4.5 des présentes Conditions Générales,
- en cas de fausse déclaration non intentionnelle du Souscripteur constatée avant la réalisation du risque, dans les conditions décrites à l'article 3.3.3 des présentes Conditions Générales.
- à tout moment dans les conditions prévues à l'article L113-16 du Code des assurances français.

La cessation de l'adhésion prive de tout droit à prestation le Souscripteur ou tout autre bénéficiaire pour les sinistres survenus postérieurement à la date de cessation de l'adhésion.

ARTICLE 4 – COTISATIONS

4.1 Montant des cotisations

4.1.1 Montant des cotisations applicables aux garanties Décès

Les cotisations, exprimées en euros, sont fixées aux Conditions Particulières.

Elles sont déterminées en fonction :

- du niveau de capital Décès retenu et des garanties effectivement souscrites,
- de la tranche d'âge du Souscripteur à la date d'effet du contrat.
- le cas échéant, des réponses apportées sur le questionnaire de santé dans les conditions décrites à l'article 3.2 des présentes Conditions Générales.

4.1.2 Base et montant des cotisations applicables aux garanties Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité

La base des cotisations retenue à la date d'effet de l'adhésion au contrat est le traitement annuel brut du Souscripteur déclaré à l'Assureur limité à huit fois le plafond annuel de la Sécurité Sociale française (tel que défini par l'article L.242-1 du Code de la Sécurité Sociale français).

Lorsque le Souscripteur a souscrit une retraite complémentaire française, le salaire déclaré à la date d'effet de l'adhésion doit être égal à celui pris en compte par la ou les Institutions dont il relève, à cette même date.

Le montant des cotisations s'obtient par application d'un taux ou plusieurs taux à la base des cotisations.

Le ou les taux appliqué(s) est/sont déterminé(s) notamment en fonction :

- des niveaux de garanties effectivement souscrits,
- du délai de franchise retenu,
- de la tranche d'âge du Souscripteur à la date d'effet du contrat.

Les cotisations évoluent au 1^{er} janvier qui suit un changement de tranche d'âge du Souscripteur.

Le montant des cotisations est précisé aux Conditions Particulières.

La base des cotisations est révisable, en cours de contrat, en fonction de l'évolution de salaire du Souscripteur.

Toute augmentation de salaire inférieure à 20 % devra faire l'objet d'une attestation de la part de l'employeur.

En cas d'augmentation de salaire supérieure à 20 %, le Souscripteur devra renseigner un nouveau questionnaire de santé.

Après examen de ce questionnaire, le service médical de l'Assureur peut :

- demander, en fonction des résultats, toutes justifications, visites ou examens complémentaires,
- accepter d'impacter l'augmentation de salaire à la base des cotisations (et des prestations),
- refuser d'impacter l'augmentation de salaire à la base des cotisations (et des prestations). Dans ce cas, la demande de modification du salaire servant de base de calcul des cotisations (et des prestations) ne sera pas prise en compte par l'Assureur.

La carence du Souscripteur soumis aux formalités médicales sera caractérisée si, à l'expiration d'un délai de 30 jours suivant l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception au dernier domicile que connaît l'Assureur, il n'a pas satisfait à l'ensemble des formalités médicales réclamées.

En cas de carence du Souscripteur dans l'accomplissement de ces formalités médicales, n'ayant pas permis à l'Assureur d'apprécier le risque, et passé un délai de trente jours, l'Assureur lui adressera une lettre recommandée avec avis de réception l'informant de son refus.

Les augmentations de salaire au cours d'un arrêt de travail ne permettront pas la révision de la base des cotisations.

La modification de la base des cotisations prend effet au 1^{er} jour du mois qui suit l'acceptation par l'Assureur de la demande de modification du Souscripteur.

4.2 Paiement des cotisations

Les cotisations doivent être réglées, d'avance, en euro, trimestriellement, par le Souscripteur.

Elles sont payables notamment par prélèvement automatique, dans les 10 jours qui suivent l'échéance. Les moyens de paiements doivent être exclusivement libellés au nom de l'Assureur.

Le Souscripteur s'engage formellement à payer ses cotisations selon cette périodicité. Cette obligation n'est pas subordonnée à la réception par le Souscripteur d'un avis d'échéance émis par l'Assureur.

Par dérogation à ce qui précède, les cotisations peuvent être payées par une entreprise mandataire désignée par le Souscripteur.

Cette entreprise, employant le Souscripteur salarié expatrié, peut être désignée en tant que mandataire responsable du versement des cotisations dues aux échéances au titre du présent contrat.

L'Assureur met à la disposition du Souscripteur un formulaire type « Désignation de l'entreprise mandataire ». Le Souscripteur ou l'entreprise mandataire doit remettre à l'Assureur le formulaire dûment rempli et signé et y joindre un extrait Kbis (ou équivalent) datant de moins de 3 mois.

Par la signature du mandat, l'entreprise mandataire s'engage à :

- effectuer le paiement des cotisations aux échéances prévues,
- informer l'Assureur en cas de cessation d'activité du Souscripteur (et notamment en cas de rupture du contrat de travail ou départ en retraite),
- informer l'Assureur de toute modification de situation ayant des conséquences directes sur la bonne poursuite du mandat.

4.3 Non-paiement des cotisations

Conformément aux dispositions légales (art. L. 113-3 du Code des assurances français), à défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'Assureur adressera au Souscripteur, ou à l'entreprise mandataire désignée dans les conditions de l'article 4.2, responsable du paiement des cotisations, une lettre recommandée de mise en demeure de payer.

Le contrat sera suspendu à l'expiration d'un délai de 30 jours, à compter du lendemain à 0 heure de la date d'envoi de la mise en demeure.

Le contrat sera résilié à l'expiration d'un nouveau délai de dix jours, au-delà du trentième jour, et ce sans autre avis de l'Assureur.

En cas de défaut de paiement des cotisations par l'entreprise mandataire désignée dans les conditions prévues à l'article 4.2, l'Assureur informe le Souscripteur du contrat de la défaillance de paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de l'échéance du paiement.

En tout état de cause, les cotisations impayées restent dues, dans leur intégralité, à l'Assureur qui peut procéder à leur recouvrement par tout moyen à sa convenance.

Le contrat suspendu reprend ses effets pour l'avenir à midi le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension des garanties.

Les dépenses engagées pendant la période de suspension des garanties ne pourront donner lieu à remboursement au titre du présent contrat, même après règlement de la cotisation.

Tout paiement de cotisation après la résiliation du contrat, qu'il soit partiel ou total, ne constituera qu'une régularisation du compte entre les Parties et ne pourra, sauf demande expresse du Souscripteur acceptée par courrier de l'Assureur, constituer un renouvellement tacite du contrat et par conséquent une remise en vigueur des garanties.

4.4 Indexation du montant des cotisations

En cas de modification du niveau de garanties dans les conditions prévues à l'article 12 des présentes Conditions Générales, il sera tenu compte de la tranche d'âge du Souscripteur pour le calcul des cotisations à la date de prise d'effet de ladite modification.

Au cours du contrat, le montant des cotisations varie automatiquement au 1^{er} janvier qui suit un changement de tranche d'âge du Souscripteur.

Cette évolution est automatique. Elle s'impose au Souscripteur sans qu'il soit besoin d'établir un avenant au présent contrat.

4.5 Révision des cotisations et/ ou des garanties

Le contrat peut être modifié en cas d'évolution réglementaire ou d'évolution des résultats du contrat.

4.5.1 Le montant des cotisations est réexaminé par l'Assureur en fin d'année et peut être modifié en fonction des résultats du contrat.

La modification du montant doit être notifiée au Souscripteur au plus tard deux mois avant la date du renouvellement. Il prend effet à la date de renouvellement du contrat.

En cas de désaccord, le Souscripteur doit en aviser l'Assureur au plus tard un mois avant la date du renouvellement, ce refus entraînant la résiliation du contrat le dernier jour de l'année.

A défaut de manifestation dans le délai imparti, le Souscripteur est réputé avoir accepté la modification du montant des cotisations.

Lorsque le Souscripteur a désigné une entreprise mandataire pour payer les cotisations, celui-ci communique la copie de l'avenant modificatif à l'entreprise mandataire afin qu'elle puisse prendre connaissance des dispositions relatives aux cotisations.

4.5.2 Le montant des cotisations et/ ou les garanties peuvent également être **modifiés à tout moment** par l'Assureur en fonction de **l'évolution législative, réglementaire et/ou de l'intervention du régime de protection sociale de base.**

Les nouvelles conditions de garanties et/ou de cotisations prennent alors effet à la date d'effet mentionnée sur la notification de la modification. Jusqu'à la date d'effet de cette notification, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

En cas de modification des garanties et/ou de révision des cotisations telle que mentionnée ci-dessus, le Souscripteur peut toujours refuser la proposition de l'Assureur dans les trente (30) jours qui suivent la réception dudit courrier en envoyant sa demande de résiliation par l'un des moyens exposés à l'article 3.5.2.1 des présentes Conditions Générales. L'adhésion au contrat est alors résiliée dans les dix (10) jours suivants la notification de la résiliation.

En cas d'absence de réponse dans les trente (30) jours de l'envoi de la notification de l'Assureur, l'Assureur considérera que le Souscripteur a accepté les nouvelles conditions. Elles prendront effet à la date mentionnée sur la notification de la modification.

Lorsque le Souscripteur a désigné une entreprise mandataire pour payer les cotisations, celui-ci communique la copie de l'avenant modificatif à l'entreprise mandataire afin qu'elle puisse prendre connaissance des dispositions relatives aux cotisations.

ARTICLE 5 - PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat est prescrite par deux ans, à compter de l'événement qui y donne naissance.

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 réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.**

Quand l'action d'un bénéficiaire ou du Souscripteur 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 le bénéficiaire ou le Souscripteur ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix ans lorsque pour la garantie Décès le Bénéficiaire n'est pas le Souscripteur.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription. Ces dernières sont prévues aux articles 2240 à 2246 du Code civil français, à savoir :

- **la demande en justice, même en référé, jusqu'à l'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 ;**
- **l'acte d'exécution forcé ;**
- **la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.**

L'interruption de la prescription peut, en outre, résulter de la désignation d'experts à la suite d'un sinistre et de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Assureur au Souscripteur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation ou de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception ou d'un envoi recommandé électronique adressé par le bénéficiaire à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Lorsque le Bénéficiaire est mineur ou incapable majeur, le délai visé au 1^{er} alinéa ne court qu'à compter du jour où l'intéressé atteint sa majorité ou recouvre sa capacité.

ARTICLE 6 - SUBROGATION

L'Assureur qui a versé à un bénéficiaire des prestations ayant un caractère indemnitaire, est subrogé, jusqu'à concurrence de cette prestation, dans les droits et actions du bénéficiaire ou de ses ayants droit contre le tiers responsable.

Il est précisé que lorsque du fait de la victime ou de ses ayants droit, l'Assureur n'a pu faire valoir ses droits, celui-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

Par dérogation aux dispositions précédentes, l'Assureur n'a aucun recours contre les enfants, descendants, ascendants, alliés en ligne directe, préposés, employés, ou domestiques, et généralement toute personne vivant habituellement au foyer du bénéficiaire, sauf cas de malveillance commise par une de ces personnes.

ARTICLE 7 - RECLAMATION - MEDIATION

En cas de difficultés dans l'application du contrat, le Souscripteur et/ou les Bénéficiaires peuvent contacter dans un premier temps leur conseiller ou contact habituel.

Si la demande ne trouve pas satisfaction, la réclamation peut être adressée à : reclamation-particulier-assurance@malakoffhumanis.com ou à l'adresse du Service Réclamations Particuliers Assurance- 78288 Guyancourt Cedex.

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, le Souscripteur et/ou les Bénéficiaires peuvent, s'adresser au Médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance, TSA 50010, 75441 PARIS CEDEX 09 France, <http://www.mediation-assurance.org> dans un délai maximal d'un an à compter de l'envoi de sa réclamation écrite à l'organisme assureur et sans préjudice du droit d'agir en justice.

ARTICLE 8 - AUTORITE DE TUTELLE

L'Assureur est contrôlé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dont le siège social est situé 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 PARIS CEDEX 09, France.

ARTICLE 9 - LOI APPLICABLE

Le Souscripteur et l'Assureur décident expressément que le présent contrat, les obligations qui en découlent ainsi que les rapports entre l'Assureur, le Souscripteur et ses Bénéficiaires sont régis par les dispositions constitutionnelles, législatives et réglementaires françaises.

ARTICLE 10- DISPOSITIONS DIVERSES

10.1 Protection des données à caractère personnel

Conformément à la réglementation européenne et française en matière de données à caractère personnel, en particulier le Règlement Général sur la Protection des Données n°2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), les bénéficiaires sont informés par l'Assureur, ci-après désigné Malakoff Humanis, responsable du traitement des données à caractère personnel collectées, que :

Malakoff Humanis a désigné un délégué à la protection des données à caractère personnel qui peut être contacté par email à : dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à : Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9.

1. Les données à caractère personnel des bénéficiaires peuvent être collectées et traitées pour les finalités suivantes :

- la souscription, la gestion, y compris commerciale, et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution de tout autre contrat souscrit auprès de Malakoff Humanis ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Humanis ;
- la gestion des avis des bénéficiaires sur les produits, services ou contenus proposés par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
- le cas échéant, l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par le souscripteur et les bénéficiaires ;
- l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement, une fois les données anonymisées par des procédés techniques permettant de s'assurer de la non ré-identification des bénéficiaires;
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme et à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à l'inscription du souscripteur et/ou des bénéficiaires sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, incluant un dispositif mutualisé des données des contrats et des sinistres déclarés auprès des assureurs, mis en œuvre par l'Agence pour la lutte contre la fraude à l'assurance (ALFA).
- la proposition aux bénéficiaires de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par Malakoff Humanis ou ses partenaires ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination des bénéficiaires.

Malakoff Humanis s'engage à ne pas exploiter les données personnelles des bénéficiaires pour d'autres finalités que celles précitées.

Sont notamment nécessaires à la passation, à la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance, les données à caractère personnel suivantes : des données d'identification, des données relatives à la situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle des bénéficiaires, à leur vie personnelle, à leur santé, à l'appréciation du risque, à la gestion du contrat, etc. De plus, lorsque le contrat intervient en complément de la Caisse des Français de l'Étranger, Malakoff Humanis, en sa qualité d'organisme d'assurance utilise le numéro d'immatriculation de la Caisse des Français de l'Étranger, ou, le cas échéant, le NIR (dénommé couramment « numéro de sécurité sociale ») des bénéficiaires pour la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance et la mise en œuvre des échanges ou traitements intéressant plusieurs acteurs de la protection sociale.

En dehors des traitements nécessaires aux fins de l'exécution des obligations en matière de protection sociale, le consentement explicite et spécifique des bénéficiaires est recueilli pour permettre le traitement de données personnelles de santé, conformément à la loi Informatique et Libertés et à l'article 9 du RGPD.

Les destinataires des données à caractère personnel des bénéficiaires sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités réalisées : les services de Malakoff Humanis dont le personnel est en charge des traitements portant sur ces données, ainsi que les sous-traitants éventuels, les délégataires de gestion, la CFE, lorsque le contrat intervient en complément de celle-ci, les intermédiaires d'assurance, les réassureurs et coassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures s'il y a lieu.

Les données de santé des bénéficiaires sont destinées au Service médical de Malakoff Humanis et à toute personne placée sous la responsabilité de celui-ci, exclusivement aux fins de la passation, de la gestion et à l'exécution du contrat d'assurance. Elles ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

Malakoff Humanis s'engage à ce que les données à caractère personnel des bénéficiaires ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

Les données à caractère personnel relatives à la santé des bénéficiaires sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité notamment par la mise en œuvre de mesures techniques et organisationnelles renforcées.

Dans la mesure où les données seraient amenées à être transférées en dehors de l'Union Européenne et dans un pays ne présentant pas un niveau de protection des données personnelles reconnu adéquat par la Commission européenne, Malakoff Humanis s'engage à prendre toutes les garanties juridiques appropriées pour encadrer le transfert.

Les durées de conservation des données à caractère personnel traitées dans le cadre de la gestion des contrats d'assurance et de la relation clients avec les bénéficiaires varient en fonction des finalités susvisées et sont conformes aux recommandations de la CNIL. En tout état de cause, le calcul de ces durées est réalisé en fonction des finalités pour lesquelles les données sont collectées, de la durée de la relation contractuelle, des obligations légales de Malakoff Humanis et des prescriptions légales applicables.

Malakoff Humanis, ses partenaires et, le cas échéant, la CFE s'engagent (1) à prendre les mesures techniques et organisationnelles appropriées pour garantir un niveau de sécurité et de confidentialité adapté au risque présenté par le traitement des données des bénéficiaires et (2) à notifier à la CNIL et informer les bénéficiaires en cas de violation de leurs données dans les limites et conditions des articles 33 et 34 du RGPD.

2. Les bénéficiaires disposent du droit de demander l'accès à leurs données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de leurs données, post-mortem. Les bénéficiaires disposent également du droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes de leurs données à caractère personnel, de limiter le traitement dont elles font l'objet et du droit à la portabilité de celles-ci dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale, y compris lorsque celle-ci est réalisée de manière ciblée.

Ces droits peuvent être exercés directement sur le site internet de Malakoff Humanis via les formulaires mis à disposition, par email à dpo@malakoffhumanis.com ou par courrier à Malakoff Humanis, Pôle Informatique et Libertés, 21 rue Laffitte 75317 Paris Cedex 9. Le ou les Bénéficiaires peuvent également écrire à la CFE, lorsque le contrat intervient en complément de celle-ci : Monsieur le Directeur de la CFE - 160, Rue des Meuniers - CS 70238 Rubelles - 77052 MELUN.

En cas de réclamation relative à la protection des données, les bénéficiaires disposent également du droit de contacter la CNIL directement sur son site internet <https://www.cnil.fr/fr/agir> ou par courrier à l'adresse suivante : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715, 75334 PARIS CEDEX 07.

Les bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr.

10.2 Valeur contractuelle

Ont valeur contractuelle et constituent le contrat :

- les présentes Conditions Générales, y compris l'Annexe,
- les Conditions Particulières,
- les avenants et lettres avenants.

En cas de contradiction entre les dispositions des Conditions Générales et celles des Conditions Particulières, ce sont celles qui figurent dans les Conditions Particulières qui l'emportent.

Les titres des articles du contrat n'ont qu'une valeur classificatoire.

Le contrat exprime l'intégralité de l'accord conclu entre les Parties. Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les Parties se rapportant à l'objet du contrat.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions de ce contrat serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du contrat.

ARTICLE 11 – SOUSCRIPTION A DISTANCE – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

11.1 Coût lié à l'utilisation de la technique de commercialisation à distance

La souscription du contrat par le biais d'une ou plusieurs techniques de communication à distance est soumise aux conditions tarifaires en vigueur applicables à la technique de communication utilisée par le candidat à la souscription, dont le coût est à sa charge.

11.2 Langue utilisée

Les parties conviennent de l'utilisation de la langue française pendant toute la durée du contrat.

11.3 Fonds de garantie

Le Souscripteur est informé par la présente disposition de l'existence du fonds de garantie des assurés contre la défaillance de sociétés d'assurance de personnes visé aux articles L.423-1 et suivants du Code des Assurances français.

TITRE II – GARANTIES

ARTICLE 12 - CHOIX ET CHANGEMENT DES GARANTIES

12.1 Choix des garanties à la souscription

Le choix du niveau des garanties est laissé au Souscripteur lors de la souscription parmi les options prévues par le contrat. Il indique sur son Bulletin d'Adhésion le niveau des garanties dont il souhaite bénéficier.

Le Souscripteur salarié peut souscrire :

- La garantie Décès seule,
- La garantie Décès et l'option Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) par accident,
- La garantie Décès, l'option Décès ou PTIA par accident et les garanties Arrêt de Travail

Le Souscripteur choisit le niveau de garanties dont il souhaite bénéficier au titre des garanties Arrêt de travail parmi 3 formules différentes proposées par l'Assureur : « Indispensable », « Complète » ou « Maximale ».

Le Souscripteur qui a souscrit aux garanties Arrêt de Travail choisit également la durée de la franchise applicable en cas d'Incapacité Temporaire de Travail parmi 3 durées différentes proposées par l'Assureur.

Le Souscripteur non salarié peut souscrire :

- La garantie décès seule,
- La garantie Décès et l'option Décès ou PTIA par accident.

12.2 Changement du niveau des garanties

Le Souscripteur peut changer le niveau des garanties tous les 2 ans à la hausse ou à la baisse, à effet du 1^{er} janvier, par demande adressée à l'Assureur par lettre recommandée, au plus tard le 31 octobre précédant la prise d'effet du changement.

Il peut, dans les mêmes conditions, modifier la durée de franchise applicable en cas d'Incapacité Temporaire de Travail.

Il peut, dans les mêmes conditions, souscrire à l'Option « Décès et PTIA par accident » s'il ne l'a pas fait lors de la souscription du contrat.

En cas de modification des garanties à la hausse, l'Assureur peut accepter l'augmentation sous réserve de l'état de santé du Souscripteur. Celui-ci doit remplir un questionnaire de santé à adresser au service médical de l'Assureur.

Après examen de ce questionnaire, le service médical de l'Assureur peut :

- demander, en fonction des résultats, toutes justifications, visites ou examens complémentaires,
- accepter le changement de garanties à la hausse sans réserve,
- accepter le changement de garanties à la hausse avec majoration des cotisations ou aménagement des garanties. En cas de refus du Souscripteur de la majoration ou de l'aménagement proposée, sa demande de modification ne sera pas prise en compte. Il se verra maintenir les garanties dont il bénéficiait avant de procéder à sa demande de modification.
- refuser le changement de garanties à la hausse. Dans ce cas, il se verra maintenir les garanties dont il bénéficiait avant de procéder à sa demande de modification.

La carence du Souscripteur soumis aux formalités médicales sera caractérisée si, à l'expiration d'un délai de 30 jours suivant l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception au dernier domicile que connaît l'Assureur, il n'a pas satisfait à l'ensemble des formalités médicales réclamées.

En cas de carence du Souscripteur dans l'accomplissement de ces formalités médicales, n'ayant pas permis à l'Assureur d'apprécier le risque, et passé un délai de trente jours, l'Assureur lui adressera une lettre recommandée avec avis de réception l'informant de son refus.

En cas de changement de situation de famille (mariage, conclusion d'un PACS, concubinage, naissance, adoption, divorce, dissolution du PACS, séparation, décès du conjoint ou partenaire lié par un PACS ou concubin ou d'un enfant), le Souscripteur peut demander à modifier le niveau des garanties sur justificatif et sans formalités médicales.

Dans ce cas, le changement du niveau des garanties prend effet au jour de la modification de la situation familiale, dès lors que le Souscripteur a effectué sa demande de modification dans les 3 mois suivant l'évènement y donnant naissance et qu'il a fourni l'ensemble des justificatifs nécessaires à la juste appréciation de sa nouvelle situation par l'Assureur. A défaut, le changement de niveau des garanties prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande et la fourniture de l'ensemble des justificatifs.

Par dérogation à ce qui précède, le Souscripteur qui réside ou séjourne aux Etats-Unis d'Amérique ne peut pas changer de niveau de garanties en cours d'adhésion tant qu'il est sur ce territoire.

La demande de changement de niveau des garanties donne lieu, en cas d'acceptation par l'Assureur, à l'établissement d'un avenant.

Chapitre I – GARANTIES EN CAS DE DECES OU PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

ARTICLE 13 – OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet :

1. le versement d'un capital en cas de décès du Souscripteur, ou le versement anticipé de ce capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie du Souscripteur,
2. si cette option a été souscrite, le versement d'un capital supplémentaire en cas de décès par accident du Souscripteur, ou le versement anticipé de ce capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par accident du Souscripteur,
3. le versement d'un capital complémentaire, en cas de décès du conjoint ni remarié ni pacsé du souscripteur, survenu simultanément ou postérieurement au décès dudit Souscripteur,
4. le versement d'une allocation frais d'obsèques en cas de décès du Souscripteur, de son conjoint ou assimilé ou d'un enfant à charge.

Pour l'application des présentes garanties sont assimilés au conjoint :

- le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), à la date du sinistre, avec ou sans enfant à charge,
- le concubin à la date du sinistre, avec ou sans enfant à charge,

tels que définis à l'article 2 des présentes Conditions Générales.

ARTICLE 14 – GARANTIE DECES

14.1 Montant du capital Décès « Toutes Causes »

Le montant du capital choisi est fixé aux Conditions Particulières, il est exprimé en euros en fonction du choix du niveau de garantie effectué par le Souscripteur sur son Bulletin d'Adhésion.

Le capital ainsi déterminé est versé aux bénéficiaires désignés dans les conditions prévues à l'article 14.3 des présentes Conditions Générales.

14.2 Option « Décès ou PTIA par accident »

L'Assureur verse, lorsque l'option « Décès ou PTIA par accident » a été souscrite par le Souscripteur, un capital supplémentaire égal au Capital Décès « Toutes Causes » défini à l'article 14.1 des présentes Conditions Générales et dont le montant choisi figure aux Conditions Particulières.

Ce capital est versé à condition :

- que le décès soit consécutif à un accident du Souscripteur, tel que défini au présent contrat,
- que le décès survienne au plus tard dans les 12 mois suivant l'accident, des suites des blessures ou lésions constatées à cette occasion,
- et que le contrat soit toujours en vigueur à cette date.

La preuve de la relation directe entre l'Accident et le décès ainsi que la preuve de la nature de l'Accident incombent au(x) Bénéficiaire(s) du capital.

14.3 Bénéficiaires

A défaut de désignation particulière du Bénéficiaire,

- ou si cette désignation est devenue caduque,
- ou en cas de décès du ou des Bénéficiaires avant le décès du Souscripteur,

le(s) bénéficiaire(s) des prestations en capital dues au titre des garanties définies aux articles 14.1 et 14.2 sont :

- le conjoint survivant du Souscripteur non séparé de corps judiciairement ou son partenaire lié par un PACS ou son concubin, justifiant de cette qualité au moment du décès,
- à défaut, par parts égales entre eux, les enfants du Souscripteur, nés ou à naître, vivants ou représentés, à charge ou non du Souscripteur,

- à défaut, par parts égales entre eux, les père et mère du Souscripteur ou le survivant d'entre eux,
- à défaut, les héritiers du Souscripteur, en proportion de leurs parts héréditaires et indépendamment de toute renonciation à la succession.

A tout moment, le Souscripteur peut modifier l'ordre ci-dessus ou désigner toute autre personne par acte sous seing privé, c'est-à-dire par un avis écrit désignant le ou les nouveaux bénéficiaires de son choix, adressé à l'Assureur ou par acte authentique qui sera porté à la connaissance de l'Assureur.

Toute désignation ou tout changement de désignation non porté à la connaissance de l'Assureur est inopposable à celui-ci.

L'Assureur attire cependant l'attention du Souscripteur sur le fait que la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le ou les bénéficiaires. Cette acceptation doit être effectuée avec l'accord du Souscripteur.

Lorsque le ou les bénéficiaires sont nommément désignés, soit à l'affiliation, soit en cours de contrat, le Souscripteur peut indiquer les coordonnées du ou des bénéficiaires, lesquelles seront utilisées par l'Assureur en cas de décès du Souscripteur.

Lorsqu'une désignation de Bénéficiaire nominative devient caduque par la disparition du ou des Bénéficiaires, sous réserve de leur représentation, par annulation de l'Assuré ou en cas de révocation prévue par le Code civil français, sans nouvelle désignation personnalisée, la désignation contractuelle s'applique.

Des règles spécifiques à chacune des garanties définies aux articles 15, 16 et 17 des présentes Conditions Générales sont appliquées pour l'attribution de leur bénéfice.

Cas particuliers

- En cas de décès du Souscripteur et du ou des bénéficiaires au cours d'un même évènement, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, le Souscripteur est présumé avoir survécu le dernier, sauf pour l'application de la garantie « double effet conjoint ».
- Si le représentant légal du ou des enfants bénéficiaires n'est pas une personne physique, les prestations sont bloquées sur un compte particulier jusqu'à la majorité de l'enfant, les démarches d'ouverture de ce compte étant à la charge de la personne morale.
- Au cas où le bénéficiaire désigné est un organisme prêteur, le capital décès sera versé à l'organisme prêteur à hauteur du prêt restant dû, le solde revenant aux autres bénéficiaires.
- Sous réserve de l'application de l'article 25, en cas de décès du Souscripteur, intentionnellement causé ou provoqué par un (ou des) Bénéficiaire(s) condamné(s) à ce titre, le capital est versé, sur justification d'un jugement ayant autorité de la chose jugée déterminant toutes les responsabilités :
 - aux autres Bénéficiaires désignés,
 - ou aux Bénéficiaires subséquents selon l'étude des désignations prévues dans la clause Bénéficiaire.

ARTICLE 15 - PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est complémentaire à la garantie décès « toutes causes » en cas de décès du Souscripteur.

La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) est caractérisée dès lors que le Souscripteur est reconnu par le Médecin Conseil de l'Assureur, comme étant définitivement incapable de se livrer à toute occupation, et à tout travail lui procurant gain ou profit et dont l'état de santé nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. La preuve de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie « Toutes causes » incombe au Souscripteur.

Le souscripteur, bénéficiaire de la Caisse des Français de l'Etranger, doit en outre être classé par celle-ci en invalidité 3^{ème} catégorie, ou se voir attribuer, en cas d'accident de travail, une rente correspondant à un taux de 100 % résultant du barème des accidents du travail, et bénéficiaire de la majoration de l'allocation pour l'assistance d'une tierce personne.

Lorsque le Souscripteur a souscrit à l'Option « Décès et PTIA par accident », la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie par accident donne lieu au versement du capital supplémentaire définie à l'article 14.2 des présentes Conditions Générales. La preuve de la relation directe entre l'Accident et la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ainsi que la preuve de la nature de l'Accident incombe à l'Assuré, bénéficiaire de la prestation.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie du Souscripteur reconnue par le médecin-conseil de l'Assureur, celui-ci lui verse :

- le Capital Décès « toutes causes »,
- le cas échéant, en cas d'Accident le capital Décès supplémentaire versé en cas d'accident définis ci-dessus, lorsque l'option a été souscrite,

sous réserve que le présent contrat soit toujours en vigueur à la date de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Le versement de ce capital met fin aux garanties Capital décès.

ARTICLE 16 - DOUBLE EFFET CONJOINT

Cette garantie est complémentaire à la garantie décès « toutes causes ».

L'Assureur verse aux enfants à charge par parts égales entre eux, ou à leur représentant légal, en cas de décès du conjoint ou assimilé du Souscripteur simultanément ou postérieurement au Souscripteur, un capital dont le montant figure aux Conditions Particulières et qui est égal au capital décès « Toutes causes » versé en cas de décès du Souscripteur.

La garantie est accordée sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- le conjoint ou assimilé décède au plus tôt le jour du décès du Souscripteur et au plus tard à l'âge légal d'ouverture du droit à la pension vieillesse de la CNAV,
- il satisfait, au jour du décès, à la définition du conjoint ou assimilé du présent contrat,
- il laisse un ou plusieurs enfants, à sa charge au moment de son décès, et initialement à la charge du Souscripteur.

Si le représentant légal des enfants à charge n'est pas une personne physique, les prestations sont bloquées sur un compte particulier jusqu'à la majorité de l'enfant, les démarches d'ouverture de ce compte étant à la charge de la personne morale.

ARTICLE 17 - FRAIS D'OBSEQUES

Cette garantie est complémentaire à la garantie décès « toutes causes ».

L'Assureur verse une allocation dont le montant, exprimé en euros, est fixé au tableau des garanties annexé aux présentes Conditions Générales :

- au Souscripteur, en cas de décès :
 - de son conjoint ou assimilé avant l'âge légal d'ouverture du droit à la pension vieillesse de la CNAV,
 - ou d'un enfant à charge,
- à la personne justifiant avoir exposé les frais d'obsèques du Souscripteur en cas de décès de celui-ci.

Aucune prestation n'est versée si le défunt est âgé de moins de 12 ans, s'il est majeur sous tutelle ou s'il est une personne placée en établissement psychiatrique.

ARTICLE 18 - PLAFOND DE GARANTIES

Au titre des garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, le cumul des prestations versées par l'Assureur au titre d'un même Souscripteur **ne peut excéder quatre-vingt (80) fois le plafond annuel de la sécurité sociale française en vigueur à la date du sinistre.**

Dans cette limite, sont compris les capitaux garantis.

Ces derniers sont calculés sur la base :

- des tables de mortalité réglementaires TGH TGF 05,
- du taux d'intérêt technique, en vigueur à la date du décès.

En cas de dépassement du plafond précité, et sous réserve que les garanties soient souscrites, le différentiel des prestations viendrait en déduction des prestations dans l'ordre de priorité suivant :

- capital décès accidentel
- capital décès toute causes.

Chapitre II - GARANTIES EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL

ARTICLE 19 - OBJET DES GARANTIES

La souscription des garanties en cas d'arrêt de travail, intervenant en complément des prestations de la CFE, est réservée aux Souscripteurs expatriés salariés affiliés aux garanties «Maladie-Maternité», « Capital décès / Indemnités Journalières / Invalidité » et « Accidents de Travail / Maladies Professionnelles » auprès de la CFE.

19.1 Droits ouverts à la Caisse des Français de l'Étranger

Les garanties ont pour objet, dans les conditions prévues ci-après, et lorsque les conditions particulières le prévoient :

- le versement d'une indemnité journalière en cas d'incapacité, totale ou partielle, temporaire de travail du Souscripteur ouvrant droit aux prestations en espèces de la Caisse des Français de l'Étranger, au titre de l'assurance maladie,

- le versement d'une rente, en cas d'invalidité permanente du Souscripteur ouvrant droit à la pension d'invalidité de la Caisse des Français de l'Etranger,
- le versement d'une indemnité journalière ou d'une rente en cas d'incapacité temporaire ou d'incapacité permanente ouvrant droit aux prestations de la Caisse des Français de l'Etranger au titre de la législation française sur les accidents du travail et maladies professionnelles,

19.2 Droits non ouverts à la Caisse des Français de l'Etranger

Durant le délai de carence appliqué par la Caisse des Français de l'Etranger pour ouvrir droit à la garantie « Maladie – Maternité », « Capital décès / Indemnités Journalières / Invalidité » et « Accidents de Travail / Maladies Professionnelles », les prestations complémentaires d'incapacité et d'invalidité sont calculées sous déduction du remboursement théorique des prestations du régime de base de la Caisse des Français de l'Etranger.

Le cumul des prestations versées par l'Assureur, la Caisse des Français de l'Etranger ou tout autre organisme et le salaire versé par l'employeur, ne peut excéder 100 % du salaire brut qu'aurait perçu le Souscripteur, s'il n'avait pas eu d'arrêt de travail.

Les éventuelles prestations servies au même titre par tout régime dont pourrait relever le Souscripteur seront déduites des prestations versées dans le cadre du présent contrat.

ARTICLE 20 – BASE DES PRESTATIONS

La base des prestations pour les garanties Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité Permanente est égale au traitement retenu pour l'assiette des cotisations (article 4.1.2 des présentes Conditions Générales) tel que déclaré par le Souscripteur à l'Assureur, correspondant aux douze mois civils précédant l'évènement ouvrant droit à prestations et ayant donné lieu à paiement des cotisations, divisée par 365.

Pour les Souscripteurs titulaires d'une pension de vieillesse de la CNAV ou de tout autre régime de base français reprenant une activité professionnelle salariée, la base des prestations est constituée par la seule rémunération brute perçue au titre de l'activité salariée, au cours des douze mois civils ayant précédé l'arrêt de travail ou le décès.

Si la période de référence est inférieure à douze mois, la rémunération est annualisée à partir de la moyenne mensuelle des rémunérations brutes perçues.

Si la période de référence est inférieure à un mois, la rémunération brute servant de base des prestations est celle prévue au contrat de travail du Souscripteur.

En cas de décès survenant au cours d'un arrêt de travail, les rémunérations prises en considération pour le calcul de la base des prestations sont celles précédant la date de l'arrêt de travail, revalorisées dans les conditions prévues ci-après.

ARTICLE 21 – REVALORISATION

21.1 Revalorisation des prestations

La revalorisation des prestations indemnités journalières et rentes d'invalidité intervient le 1^{er} janvier suivant la date anniversaire du sinistre générateur des prestations. La revalorisation est effectuée sur la base du pourcentage d'augmentation du point de retraite AGIRC-ARRCO constaté entre le 31 décembre de l'exercice au cours duquel s'est produit le sinistre et le 1^{er} janvier, date de la revalorisation.

21.2 Revalorisation de la base des prestations

La revalorisation de la base des prestations indemnités journalières et rentes d'invalidité s'effectue sur la base du pourcentage d'augmentation du point de retraite AGIRC-ARRCO constaté entre le 31 décembre de l'exercice au cours duquel s'est produit le sinistre et le 1^{er} janvier, date de la revalorisation.

21.3 Plafond de revalorisation

Le taux de revalorisation des Prestations et de la base des prestations, est limité au fonds général de revalorisation de l'Assureur.

ARTICLE 22 – INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

22.1 Définition

Est considéré en état d'Incapacité Temporaire de Travail donnant lieu au service de prestations par l'Assureur, le Souscripteur qui, suite à une maladie ou un accident :

- est reconnu par une autorité médicale compétente et par le Médecin Conseil de l'Assureur, totalement ou partiellement et temporairement inapte à l'exercice de son activité professionnelle,
- perçoit des indemnités journalières de la CFE :
 - soit au titre de l'assurance maladie,
 - soit au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles,

et qui n'a fait l'objet d'aucune mesure de suspension de maintien de salaire par son employeur suite à une éventuelle contre-visite médicale sollicitée par ce dernier.

L'indemnité journalière n'est jamais due pendant une période de congé légal ou conventionnel (et notamment en cas de congé de maternité, de paternité ou d'adoption).

22.2 Montant de l'Indemnité Journalière

L'indemnité journalière est exprimée en pourcentage de la 365^e partie de la base des prestations telle que définie à l'article 20 des présentes Conditions Générales.

Les prestations s'entendent sous déduction des prestations brutes servies par la Caisse des Français de l'Etranger, dans la limite de la règle de cumul prévue à l'article 22.4 des présentes Conditions Générales et sous réserves des dispositions prévues à l'article 19.2.

22.3 Prise d'effet du versement des prestations – Franchise

L'indemnité journalière est versée à l'expiration d'une période d'arrêt continu et total de travail appelée " franchise ".

La franchise est choisie par le Souscripteur parmi les durées de franchise suivantes : 30 jours, 60 jours, 90 jours. La franchise, effectivement retenue par le Souscripteur, est fixée aux Conditions Particulières.

Il est toutefois précisé que :

- toute période de travail dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique prise en charge en totalité par la Caisse des Français de l'Etranger est considérée comme période d'interruption de travail prise en compte pour le calcul de la franchise,
- la période du congé légal ou conventionnel de maternité, de paternité ou d'adoption n'est pas prise en considération pour la détermination de la franchise, ni pour le délai de deux mois, ci-après,
- la période de franchise débute le lendemain de l'achèvement du congé de maternité, de paternité ou d'adoption,
- lorsque le Souscripteur ayant commencé à bénéficier de l'indemnité reprend son activité professionnelle et doit l'interrompre moins de **deux mois** après pour la même cause, le service de l'indemnité journalière reprend sans application de la franchise.

22.4 Règle de cumul

Les Indemnités Journalières versées par l'Assureur viennent en complément :

- des prestations servies par la Caisse des Français de l'Etranger,
- du salaire versé au titre d'une activité à temps partiel. Dans ce cas, le salaire sera reconstitué par application du taux d'activité à temps partiel à la base des prestations définie à l'article 20 revalorisée, s'il y a lieu, en application de l'article 21,
- de la fraction de salaire versée au Souscripteur dans le cas d'un maintien de salaire total ou partiel de l'employeur,
- des prestations versées au titre de tout autre régime obligatoire français.

Ces éléments sont retenus pour leur montant net.

Le cumul de ces éléments ne peut en aucun cas dépasser 100 % de la Rémunération nette telle que définie à l'article 2 des présentes Conditions Générales, à la date d'arrêt de travail, éventuellement revalorisé en application des dispositions de l'article 21.

Le montant des Indemnités Journalières versées par l'Assureur pourra être réduit en conséquence si cette limite est dépassée. **Pour l'application de cette règle de cumul, n'est pas prise en considération la pension de vieillesse du régime obligatoire français, perçue par l'Assuré poursuivant par ailleurs une activité professionnelle salariée.**

22.5 Modalités de versement de la prestation

L'indemnité journalière est payable au Souscripteur mensuellement à terme échu.

22.6 Cessation de la prestation

Outre les cas de cessation prévus à l'article 3.6 des présentes Conditions Générales, le service des indemnités journalières cesse dès la reprise de l'activité professionnelle à temps plein et en tout état de cause :

- dès que la Caisse des Français de l'Etranger cesse de verser des prestations en espèces,
- à la veille de la date à laquelle le Souscripteur est reconnu en état d'invalidité permanente (totale ou partielle) par le Médecin Conseil de l'Assureur,
- Suite à un éventuel contrôle médical effectué dans les conditions prévues à l'article 27 des présentes conditions générales,
- à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse française

- ou de tout autre régime de base français, et/ou d'une ou plusieurs pensions de retraite complémentaire, y compris au titre de l'incapacité au travail,
- au jour du décès du Souscripteur.

La prestation servie dans le cas d'une grossesse pathologique est suspendue pendant la durée du congé de maternité.

22.7 Rechute

En cas de survenance, après une reprise de travail de moins de deux mois, d'une Incapacité Temporaire de Travail ayant pour origine une cause identique à l'Incapacité Temporaire indemnisée par l'Assureur, les indemnités journalières sont calculées sur les mêmes bases qu'à la date du 1^{er} arrêt de travail. Dans ce cas, conformément à l'article 22.3 il n'est pas fait application de la période de franchise.

ARTICLE 23 - INVALIDITE PERMANENTE

23.1 Définition

Le Souscripteur est considéré en état d'invalidité donnant lieu au service de prestations par l'Assureur, lorsque, suite à une maladie ou un accident constaté par une autorité médicale compétente, sa capacité de travail ou de gain est réduite définitivement, dans des proportions déterminées par le Médecin-Conseil de l'Assureur. Le Souscripteur doit également percevoir, au titre de son invalidité, une rente ou une pension versée par Caisse des Français de l'Etranger sous réserve des dispositions de l'article 18.2, pour bénéficier des prestations de l'Assureur.

Le Médecin-Conseil de l'Assureur procède au classement des invalides dans l'une des trois catégories ci-après :

- Invalidité de 1^{ère} catégorie : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée,
- Invalidité de 2^{ème} catégorie : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque,
- Invalidité de 3^{ème} catégorie : Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Le Médecin Conseil de l'Assureur n'est pas tenu par les constatations de la Caisse des Français de l'Etranger. L'Assureur se base sur les conclusions de son Médecin Conseil pour procéder au classement des invalides.

23.2 Montant de la prestation

23.2.1 Invalidité permanente consécutive à une maladie ou à un accident.

Le montant annuel de la rente est fixé en fonction de la catégorie d'invalidité dans laquelle le Souscripteur a été classé par le Médecin-Conseil de l'Assureur et du pourcentage de la base des prestations appréciée à la date de l'arrêt de travail du Souscripteur, sous déduction de la prestation versée par la Caisse des Français de l'Etranger.

Le niveau de la garantie effectivement choisi par le Souscripteur figure aux Conditions Particulières du contrat.

23.2.2 Cas particulier de l'incapacité permanente consécutive à une maladie professionnelle ou à un accident du travail

En cas d'incapacité permanente relevant de la législation sur les accidents de travail ou les maladies professionnelles, le montant annuel de la rente est fixé en pourcentage de la base des prestations appréciée à la date de l'arrêt de travail du Souscripteur selon le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par Caisse des Français de l'Etranger, sous déduction de la prestation versée par celle-ci.

Les prestations du contrat prévues pour la 2^{ème} catégorie et la 3^{ème} catégorie d'invalides peuvent être accordées aux Souscripteurs reconnus en incapacité permanente par le Médecin Conseil de l'Assureur à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, sous réserve que le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par la Caisse des Français de l'Etranger soit au moins égal à 66 %.

Lorsque le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par la CFE est compris entre 33% et 66 %, l'Assureur verse le montant de la rente prévu pour la 2^{ème} catégorie d'invalides affecté du coefficient minorant de 3N/2 (N étant le taux d'incapacité fonctionnelle).

En deçà de 33 %, le versement des prestations par l'Assureur est suspendu.

Le niveau de la garantie effectivement choisi par le Souscripteur figure aux Conditions Particulières du contrat.

23.3 Versement de la prestation

En cas de reconnaissance de l'invalidité, une rente se substitue aux indemnités journalières versées jusqu'alors et est servie dès la reconnaissance de l'invalidité ou de l'incapacité permanente de travail au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles.

La rente annuelle est payable trimestriellement à terme échu, au Souscripteur.

En cas de décès, la rente n'est due que jusqu'au dernier jour du trimestre civil précédant le décès, un prorata étant dû pour le trimestre civil en cours.

23.4 Règle de cumul

La rente versée par l'Assureur vient en complément :

- des prestations servies par la Caisse des Français de l'Étranger au titre de la rente d'invalidité hors majoration tierce personne. En cas de conversion de la rente d'invalidité CFE en capital, l'Assureur prendra en compte le montant de ladite rente dans son montant atteint avant la conversion majorée des revalorisations légales,
- du salaire versé au titre d'une activité à temps partiel, le cas échéant. Dans ce cas, le salaire sera reconstitué par application du taux d'activité à temps partiel à la base des prestations définie à l'article 20 revalorisée, s'il y a lieu, en application de l'article 21,
- de la fraction de salaire perçue par le Souscripteur dans le cas d'un maintien de salaire total ou partiel versé par l'employeur,
- des prestations versées au titre de tout autre régime obligatoire,
- S'il y a lieu, des indemnités journalières versées par la CFE et/ou par l'Assureur au titre de la garantie Incapacité Temporaire de Travail,
- Et tout autre revenu perçu par le Souscripteur à quelque titre que ce soit.

Ces éléments sont retenus pour leur montant net.

Le cumul de ces éléments ne peut en aucun cas dépasser 100 % de la Rémunération nette telle que définie à l'article 2 des présentes Conditions Générales, à la date d'arrêt de travail, éventuellement revalorisée en application des dispositions de l'article 21.

Le montant des Prestations versées par l'Assureur pourra être réduit en conséquence si cette limite est dépassée.

23.5 Cessation de la rente

Outre les cas de cessation prévus à l'article 3.6.2 des présentes Conditions Générales, le versement de la rente par l'Assureur cesse :

- dès que le Souscripteur reprend une activité professionnelle sans diminution de sa Rémunération brute,
- dès que la Caisse des Français de l'Étranger cesse elle-même de verser une pension d'invalidité, ou une rente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles,
- au jour fixé par un éventuel contrôle médical réalisé dans les conditions prévues à l'article 27,
- à la date de liquidation de la pension de vieillesse, y compris au titre de l'inaptitude au travail,
- en cas de décès du Souscripteur.

Si la rente ou pension d'invalidité de la Caisse des Français de l'Étranger est ou devient nulle, l'Assureur suspend ses prestations.

ARTICLE 24 - EXONERATION DES COTISATIONS ET MAINTIEN DES GARANTIES

24.1 Exonération des cotisations

L'Assureur exonère le Souscripteur, en incapacité temporaire de travail ou en invalidité, du paiement des cotisations afférentes aux garanties Décès, Incapacité Temporaire de Travail ou Invalidité arrivant à échéance à compter de la date de prise d'effet du versement des Prestations par l'Assureur définie aux articles 22.3 et 23.3 des présentes Conditions Générales.

24.2 Maintien des garanties

Le Souscripteur bénéficiant de l'exonération des cotisations visée à l'article 24.1 bénéficie du maintien de l'ensemble des garanties souscrites :

- pour les garanties Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité, dans les conditions contractuelles en vigueur à la date d'arrêt de travail,
- pour les garanties Décès, dans les conditions contractuelles en vigueur à la date du décès.

24.3 Cessation de l'exonération des cotisations et du maintien des garanties

L'exonération et le maintien des garanties cessent :

- à la date de reprise d'activité du Souscripteur,
- plus généralement, dans tous les cas de cessation des prestations Incapacité Temporaire de Travail tels que prévus à l'article 22.6 et Invalidité tels que prévus à l'article 23.5,
- à la date de résiliation de l'adhésion du Souscripteur.

TITRE III – EXCLUSIONS

ARTICLE 25 – EXCLUSIONS

Ne donnent pas lieu aux garanties Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie toutes causes et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Assureur les sinistres qui résultent :

- d'accidents, de blessures, mutilations ou maladies qui sont le fait volontaire du Souscripteur;
- de la guerre étrangère ou de la guerre civile (que la guerre soit déclarée ou non),
- d'émeutes, d'insurrections, d'attentats, d'actes de terrorisme ou de sabotages quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que le Souscripteur y prend une part active,
- de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes, quelles qu'en soient l'origine et l'intensité,
- d'un déplacement ou d'un séjour dans une des zones formellement déconseillées par le Ministère Français des affaires étrangères, excepté si l'Assureur accepte de couvrir le dit déplacement ou séjour dans les conditions prévues à l'article 3.3.2 des présentes Conditions Générales,
- de la conduite d'un véhicule terrestre à moteur en l'absence de permis en état de validité tel qu'exigé par la réglementation française en vigueur, lorsque celle-ci impose d'en être titulaire.

Ne donnent pas lieu aux garanties Décès et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Assureur, les sinistres qui résultent :

- du suicide survenant dans le délai d'un an suivant la date d'adhésion du Souscripteur sauf s'il était, à la date de son décès, assuré depuis au moins un an au titre d'un contrat et/ou au titre d'une affiliation à un contrat souscrit antérieurement par ailleurs, si ce contrat comportait une garantie collective Décès équivalente à celle visée au contrat,
- du meurtre commis sur la personne du Souscripteur dont le Bénéficiaire est l'auteur ou le complice et a été condamné de ce fait par une décision de justice devenue définitive.

Ne donnent pas lieu aux garanties Décès accidentel et Perte totale et irréversible d'autonomie accidentelle, Incapacité temporaire de travail et Invalidité permanente, les sinistres résultant des faits suivants :

- de faits intentionnels provoqués par le Souscripteur,
- de la guerre étrangère ou de la guerre civile (que la guerre soit déclarée ou non),
- d'émeutes, d'insurrections, d'attentats, d'actes de terrorisme ou de sabotage, quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que le Souscripteur y prend une part active.
- de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes, quelles qu'en soient l'origine et l'intensité,
- d'un déplacement ou d'un séjour dans une des zones formellement déconseillées par le Ministère Français des affaires étrangères, excepté si l'Assureur accepte de couvrir le dit déplacement ou séjour dans les conditions prévues à l'article 3.3.2 des présentes Conditions Générales,
- les sinistres consécutifs à un état d'imprégnation alcoolique, s'il est révélé qu'au moment de l'accident, le Souscripteur avait une concentration d'alcool dans le sang ou dans l'air expiré égale ou supérieure au taux d'alcoolémie défini dans le code de la route français pour la conduite d'un véhicule, sauf si le(s) Bénéficiaire(s) apporte(nt) la preuve que cette concentration d'alcool n'a eu aucun lien de cause à effet avec la réalisation dudit accident,
- d'usage de tous produits toxiques ainsi que de stupéfiants, de psychotropes et plus généralement toutes substances médicamenteuses, en l'absence ou en dehors des limites de la prescription médicale, délivrée au Souscripteur et valable à la date de l'évènement,
- de la navigation aérienne du Souscripteur :
 - à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmée, le pilote pouvant être le Souscripteur lui-même,
 - avec utilisation d'un deltaplane, d'un parapente, d'un wingsuit, d'une montgolfière, d'un appareil ultra léger motorisé (U.L.M), de la pratique du saut à l'élastique, du saut en parachute ou de tout engin ou pratique assimilés, sauf si ces pratiques ont été encadrées lors d'une initiation, d'un baptême ou d'une découverte et que la pratique de l'activité a fait l'objet d'un encadrement par du personnel qualifié, titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires à un tel encadrement et avec l'utilisation du matériel homologué,
 - au cours d'un meeting, d'un raid sportif, d'un vol acrobatique, de vols sur prototypes, d'une tentative de record, d'un essai préparatoire, d'un essai de réception, d'une compétition organisée dans un cadre officiel ou privé,

- de la participation dans un cadre officiel ou privé à des concours ou essais, courses, matchs, compétitions, acrobaties, démonstrations lorsque cette participation comporte l'utilisation de véhicules, d'embarcations à moteur,
- de la conduite d'un véhicule terrestre ou maritime à moteur en l'absence de permis en état de validité tel qu'exigé par la réglementation française en vigueur, lorsque celle-ci impose d'en être titulaire,
- de la pratique de toute activité sportive non représentée par une fédération sportive,
- de la pratique de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics ou par la fédération du sport correspondant à l'activité,
- de la pratique de sports à titre professionnel,
- d'activités professionnelles dans les airs, sous la mer et/ou sous la terre,
- des conséquences de la participation volontaire et violente du Souscripteur à des événements tels que rassemblements, manifestations sur la voie publique, mouvements populaires, rixes, jeux et paris, sauf si le Souscripteur est en état de légitime défense,
- de la fabrication et manipulation d'explosifs, de munitions ou de feux d'artifices,
- d'activités proposées dans le cadre d'un parc de loisirs, parc d'attractions, fête foraine, en cas de non-respect des consignes de sécurité affichées ou annoncées.

Ne donnent pas lieu aux garanties Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité Permanente et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Assureur :

- les sinistres qui résultent des troubles mentaux organiques, des troubles de la personnalité et du comportement, des troubles mentaux et du comportement lié à l'utilisation de substances psychoactives, de la schizophrénie, des troubles délirants, des troubles de l'humeur et affectifs y compris des troubles bipolaires, des épisodes ou troubles dépressifs, des troubles névrotiques, des troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes, des syndromes de fatigue chronique, du burn-out, des syndromes de stress post-traumatique, des troubles obsessionnels compulsifs, des douleurs chroniques (fibromyalgie), des troubles de l'alimentation, des troubles du sommeil, de l'état Border Line et des troubles de l'adaptation,
- les affections résultant d'une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire (lumbago, lombalgie, sciatique, sciatalgie, cruralgie, névralgie cervico-brachiale, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, et atteintes nerveuses périphériques à ces affections), excepté lorsque ces affections ont donné lieu à un acte chirurgical suivi d'une hospitalisation d'au moins 48 heures. La prise en charge de l'Assureur est, dans ce cas, limitée à 6 mois à compter du premier jour d'hospitalisation.

Le fait que l'Assureur ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

TITRE IV – VERSEMENT DES PRESTATIONS

ARTICLE 26 – CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

26.1 Paiement des cotisations

Pour pouvoir bénéficier des prestations, le Souscripteur doit avoir payé l'intégralité des cotisations et des sommes qu'il pourrait devoir au titre du présent contrat.

26.2 Déclaration des sinistres

Le Souscripteur et plus généralement tous les bénéficiaires des garanties sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du présent contrat, de fournir à l'Assureur les déclarations et pièces justificatives listées ci-dessous.

L'Assureur se réserve le droit de demander au Souscripteur ou au(x) bénéficiaire(s) toute autre pièce justificative pour tenir compte notamment de la situation particulière du Souscripteur à la date du sinistre (travail à temps partiel, licenciement, ...), de la nature du sinistre (accident,...), ou de certaines spécificités dans les garanties souscrites.

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du ou des bénéficiaires de la prestation.

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de ...	Décès	PTIA	Double Effet Conjoint	Frais d'obsèques	Incapacité temporaire de Travail	Invalidité
Photocopie des bulletins de salaire nécessaires à l'application de la règle de cumul aux articles 21.4 et 22.4					x	x
Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du Souscripteur ou copie de la carte consulaire du Souscripteur	x	x	x			x
Certificat médical précisant la cause du Décès : origine de la maladie, date et nature du décès	x		x			
Certificat médical précisant la cause de l'arrêt de travail ou de l'invalidité : origine de la maladie, contexte de l'Accident					x	x
Certificat de scolarité ou toutes pièces justificatives prouvant que l'enfant répond à la définition d'enfant à charge au titre du contrat	x	x	x	x		
Extrait d'acte de décès	x		x	x		
Extrait d'acte de naissance de chaque bénéficiaire	x		x			
Extrait d'acte de naissance établie au nom du conjoint décédé			x			
Attestation indiquant la date initiale de l'arrêt de travail du Souscripteur ou, en cas de décès, précisant que le Souscripteur n'était pas en arrêt de travail	x	x			x	x
Décomptes originaux de la CFE ou à défaut attestation portant paiement de ses Prestations en cas d'arrêt de travail, à compter du début de l'indisponibilité	x	x			x	x
Acte de dévolution successorale ou certificat d'hérédité	x		x			
En cas d'accident ou de suicide, rapport de la gendarmerie	x		x			
Photocopie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité		x				x
Photocopie de la notification d'attribution de l'allocation pour tierce personne en cas d'invalidité de 3ème catégorie, ou d'incapacité permanente d'un taux de 100 %		x				
Copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité signée (carte d'identité, passeport...)	x	x	x	x	x	x
Copie intégrale du livret de famille du Souscripteur	x	x	x	x		
Attestation d'engagement dans les liens d'un PACS	x		x	x		
Justificatif de domicile commun en cas de concubinage	x		x	x		
Attestation sur l'honneur de non séparation et de non remariage	x					
Facture acquittée concernant les frais d'obsèques				x		
RIB au nom du ou des bénéficiaires des prestations	x	x	x	x	x	x

En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, l'Assureur n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à un sinistre réel.

Le Souscripteur ou le Bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné :

- s'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou une fausse déclaration à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre,
- s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'Assureur.

26.3 Obligations du Souscripteur

Le Souscripteur s'engage à informer, sans délai, l'Assureur de tout changement de situation (professionnelle ou personnelle) ayant des conséquences sur les prestations versées par l'Assureur et en particulier :

- La reprise de son activité professionnelle suite à un arrêt de travail,
- Son inscription au Pôle emploi (Services),
- La radiation totale ou partielle de son affiliation à la Caisse des Français de l'Etranger,
- Et le bénéfice de prestations d'un autre régime de prévoyance.

Par ailleurs, dans le cas d'un sinistre Incapacité Temporaire de Travail, si le Souscripteur perçoit un salaire d'un ou plusieurs employeurs, le Souscripteur doit communiquer à l'Assureur le montant exact de la rémunération brute qu'il perçoit de son ou ses employeurs.

A défaut, l'Assureur se réserve le droit de suspendre ses prestations.

26.4 Délai d'envoi des dossiers : déchéance partielle

Les demandes de Prestations accompagnées des documents justificatifs visés ci-avant doivent être produites à l'Assureur :

- **Au titre du risque Incapacité Temporaire de Travail : au plus tard dans un délai maximum de quatre-vingt-dix jours suivant la date d'arrêt de travail.**

Tout retard dans cette déclaration cause un préjudice à l'Assureur qui n'est pas en mesure de diligenter son contrôle médical. De ce fait, si la déclaration est faite après le délai évoqué ci-avant, sauf en cas de force majeure, telle que définie à l'article 1218 du Code civil français, dont la preuve reste à la charge du Souscripteur, les Prestations ne prennent effet qu'au lendemain de cette déclaration après expiration de la franchise applicable le cas échéant.

- **Au titre du risque invalidité (y compris Perte Totale et Irréversible d'Autonomie) :** dans un délai maximum de **deux ans** à compter de l'événement qui donne naissance à la demande de prestation ;
- **Au titre du risque décès :**
 - dans un délai maximum de **deux ans** suivant la date du décès si le Bénéficiaire de la prestation est le Souscripteur;
 - si le Bénéficiaire est distinct du Souscripteur, dans un délai maximum de **dix ans** suivant la date du décès du Souscripteur ou la date à laquelle le Bénéficiaire en a eu connaissance, sans que ces demandes puissent être postérieures au dépôt des sommes garanties auprès de la Caisse des Dépôts et Consignation.

En effet, au-delà du délai de dix ans courant à compter de la date de prise de connaissance du décès par l'Assureur, les sommes garanties qui n'ont pas fait l'objet d'une demande de versement de prestations de la part du (des) Bénéficiaire(s) sont déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations. Les Bénéficiaires en sont informés par tout moyen par l'Assureur, six mois avant l'expiration du délai précité.

Ainsi, sous réserve des règles de prescription, les demandes de prestations intervenant après le dépôt par l'Assureur des sommes entre les mains de la Caisse des Dépôts et Consignation doivent être formulées auprès de cette dernière.

Les sommes en cas de décès non réclamées sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt à la Caisse des Dépôts et Consignations.

Revalorisation des prestations post-mortem et délais de versement

En cas de décès du Souscripteur (ou de décès du conjoint ou assimilé pour la garantie Double Effet Conjoint), le montant versé par l'Assureur au titre du capital forfaitaire et/ou de l'allocation frais d'obsèques, tel que prévu au contrat, est revalorisé à compter de la date du décès jusqu'à la réception de l'intégralité des pièces justificatives telles que définies ci-dessus nécessaires au règlement des prestations.

Le capital et/ou l'allocation en euros garantis au titre du présent contrat, produisent de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, à compter du jour du décès du Souscripteur, 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'Etat français, calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente,
- Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

Dans le délai de trente jours qui suit la réception de l'intégralité des pièces justificatives précitées, l'Assureur verse la prestation en cas de décès au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s). Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis à l'expiration de ce délai, au triple du taux légal.

ARTICLE 27 - CONTROLE MEDICAL

Le service médical de l'Assureur peut faire procéder par un médecin désigné par lui, au contrôle médical du Souscripteur qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre des garanties prévues au contrat, lorsque ces prestations sont liées à l'état de santé.

A toute époque, les médecins missionnés par le service médical de l'Assureur doivent avoir, sous peine de déchéance de garantie et de suspension du paiement de la prestation en cours de service, un libre accès auprès du Souscripteur en état d'incapacité ou d'invalidité, à son lieu de traitement ou à son domicile tous les

jours ouvrables, afin de pouvoir constater son état de santé.

De même, le Souscripteur doit se rendre aux convocations des médecins missionnés par le service médical de l'Assureur.

Pour l'ensemble des garanties prévues au contrat, le service médical de l'Assureur se réserve la possibilité de demander, dans le respect du secret médical, outre les pièces justificatives prévues pour l'ouverture des droits au bénéfice de chaque prestation, des pièces complémentaires ou des examens permettant une juste appréciation de la situation du Souscripteur.

L'Assureur se réserve ainsi le droit de demander au Souscripteur un certificat médical dûment rempli par le médecin traitant en cas d'Incapacité de Travail ou d'Invalidité Permanente donnant lieu au versement de prestations de la part de l'Assureur. Cette demande du service médical de l'Assureur peut intervenir à tout moment aussi bien avant le versement des premières prestations qu'en cours de versement.

Le certificat médical est étudié par le Médecin-conseil de l'Assureur qui peut convoquer le Souscripteur à une expertise médicale pour un contrôle. Selon les conclusions du médecin expert, l'Assureur pourra remettre en cause le versement ou le montant des prestations.

Les décisions de l'Assureur, notamment le refus, la réduction ou la cessation du versement des prestations, prises en fonction des conclusions du médecin qu'il a missionné, sont notifiées au Souscripteur par courrier recommandé. Elles s'imposent à lui, s'il n'en a pas contesté le bien-fondé dans les trente jours suivant leur envoi, au moyen d'une attestation médicale détaillée.

Cette contestation doit être adressée au service médical de l'Assureur par lettre recommandée avec avis de réception.

En cas de désaccord sur l'état de santé du Souscripteur, celui-ci et l'Assureur choisissent un médecin tiers pour les départager.

Faute d'entente sur son choix, la désignation en est faite, à la diligence de l'Assureur, par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant par ordonnance de référé, dans le ressort duquel se situe le siège social de l'Assureur.

Dans ce cas, la décision du médecin arbitre s'impose au Souscripteur et à l'Assureur qui supportent par moitié les frais relatifs à sa nomination.

Tant que cette procédure d'arbitrage n'a pas été menée jusqu'à son terme, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire pour le règlement des prestations.

Dans le cadre d'un accident ou de la mise en cause de la responsabilité d'un tiers faisant intervenir les prestations du contrat, une expertise privée ou judiciaire pourra remplacer la procédure de contrôle médical visée supra et aboutir également à une suspension ou cessation des versements.

ANNEXE – GARANTIES PRÉVOYANCE

Les garanties et les niveaux de prestations effectivement souscrits figurent aux Conditions Particulières.

GARANTIES DÉCÈS			
DÉCÈS OU PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) « TOUTES CAUSES »			
Le montant du capital effectivement choisi par le Souscripteur figure aux Conditions Particulières.			
Limites de souscription :			
<ul style="list-style-type: none"> • Capital minimum : 60 000 € • Capital maximum pour les Souscripteurs salariés : 1 500 000 € • Capital maximum pour les Souscripteurs non-salariés ou sans activité professionnelle : 390 000€ 			
à souscrire par tranche de 30 000 €			
OPTION DÉCÈS OU PTIA « PAR ACCIDENT »			
Versement d'un capital supplémentaire égal au capital Décès « toutes causes » retenu.			
DOUBLE EFFET CONJOINT			
En cas de décès postérieur ou simultané du conjoint ou concubin ou Pacsé avant l'âge légal d'ouverture du droit à la pension vieillesse de la CNAV.		Versement aux enfants à charge, par parts égales entre eux, d'un capital supplémentaire égal au capital Décès « toutes causes » retenu.	
FRAIS D'OBSÈQUES			
En cas de décès, de l'Assuré, du conjoint ou concubin ou Pacsé ou d'un enfant à charge de l'Assuré versement d'une allocation égale à :		3200 €	
GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL			
Les garanties sont exprimées en pourcentage de la base des prestations limitée à la Tranche C			
NIVEAU DE GARANTIES	Indispensable IT/IP1	Complète IT/IP2	Maximale IT/IP3
INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL (ITT)			
Franchise	Franchise au choix de 30, 60 ou 90 jours continus d'arrêt de travail		
Indemnités journalières	70 % ⁽¹⁾	80 % ⁽¹⁾	90 % ⁽¹⁾
INVALIDITE PERMANENTE (IP)			
Rente d'invalidité 2 ^{ème} ou 3 ^{ème} catégorie, Rente accident du travail ou maladie professionnelle d'un taux au moins égal à 66 %	70 % ⁽²⁾	80 % ⁽²⁾	90 % ⁽²⁾
Rente d'invalidité 1 ^{ère} catégorie	42 % ⁽²⁾	48 % ⁽²⁾	54 % ⁽²⁾
Rente d'incapacité permanente accident du travail ou maladie professionnelle d'un taux compris entre 33 % et 66 %	Le montant de la rente prévu en cas d'invalidité de 2 ^{ème} catégorie est affecté du coefficient 3N/2 (N : taux d'incapacité fonctionnelle)		
Rente d'incapacité permanente accident du travail ou maladie professionnelle d'un taux inférieur à 33 %	Le versement de la prestation est suspendu.		

(1) Sous déduction des prestations brutes de la CFE et dans la limite de la règle de cumul prévue à l'article 21.4 des présentes Conditions Générales.

(2) Sous déduction des prestations brutes de la CFE et dans la limite de la règle de cumul prévue à l'article 22.4 des présentes Conditions Générales.



MALAKOFF HUMANIS ASSURANCES, société anonyme régie par le Code des assurances au capital de 23 565 660 € entièrement libéré, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 447 883 661, dont le siège social est en France, à Paris (75009), 21 rue Laffitte.