
11 / DISPOSITIONS GÉNÉRALES DES GARANTIES DE PRÉVOYANCE, EN OPTION

Le présent contrat a été conclu entre les soussignés:

ASSOCIATION OF SERVICES FOR EXPATRIATES (A.S.F.E.ASFE)

1828, Rue de Mogador, rue de Courcelles
75009 - PARIS 75008 - PARIS

et

Groupama Gan Vie

Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 euros (entièrement versé)

RCS Paris 340 427 616 - APE 6511Z

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

Entreprise régie par le code des assurances et soumise à

l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61 rue Taitbout - 75009 Paris

par l'intermédiaire de **MSH INTERNATIONAL**.

ASFE, Association of Services For Expatriates, créée en 1992, est une Association de loi 1901.

Sa vocation est d'apporter des solutions à tous les expatriés dans le monde entier en matière de couverture santé, prévoyance, assistance médicale / rapatriement, et responsabilité civile. ASFE sera ci-après dénommée « **ASFE** » ou « **L'ASSOCIATION CONTRACTANTE** ».

MSH INTERNATIONAL, concepteur des contrats ASFE, est l'un des leaders mondiaux de la protection sociale internationale, avec plus de 330 000 personnes couvertes en situation de mobilité internationale à travers le Monde.

MSH INTERNATIONAL met à votre service une équipe dédiée disponible pour vous accompagner et vous conseiller au quotidien. MSH INTERNATIONAL, organisme mandaté par l'**Assureur** et l'**Association contractante** notamment pour gérer les affiliations au contrat, sera ci-après dénommé « MSH INTERNATIONAL » ou encore « L'ASSUREUR » chaque fois que ce terme s'inscrit dans le cadre de la gestion administrative du contrat.

Groupama Gan Vie sera ci-après dénommé « L'ASSUREUR ».

SOMMAIRE DES DISPOSITIONS GÉNÉRALES DES GARANTIES DE PRÉVOYANCE

11.1 / GÉNÉRALITÉS

Article 1 - Objet du contrat

Article 2 - Définitions et Territorialité

Article 3 - Langue et Monnaie du contrat - Numérotation du contrat

11.2 / GARANTIES

Préambule - Mode d'emploi des garanties pour l'adhérent

Article 4 - Garantie en cas de décès de l'adhérent

Article 5 - Garantie en cas d'invalidité absolue et définitive de l'adhérent

Article 6 - Garantie optionnelle en cas de décès de l'adhérent consécutif à un accident

Article 7 - Garantie optionnelle en cas d'infirmité de l'adhérent

Article 8 - Garantie optionnelle en cas d'arrêt de travail de l'adhérent

Article 9 - Tableau récapitulatif du montant des garanties proposées

11.3 / EXÉCUTION DU CONTRAT

Article 10 - Référence légale

Article 11 - Date d'effet - durée et renouvellement du contrat

Article 12 - Adhésion des membres de l'association contractante

Article 13 - Prise d'effet de l'adhésion et des garanties

Article 14 - Modification des garanties

Article 15 - Cessation de l'adhésion et des garanties

Article 16 - Information des adhérents

Article 17 - Réclamation - Médiation - Informatique et libertés

Article 18 - Fausse déclaration

11.4 / COTISATION

Article 19 - Arbitrage

Article 20 - Cotisation

11.1 / GÉNÉRALITÉS

// ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative a pour objet :

- le paiement d'un capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès de l'adhérent (article 4),
- le paiement d'un capital à l'adhérent lui-même en cas d'invalidité absolue et définitive (article 5),

et, lorsque les garanties optionnelles sont souscrites par l'adhérent :

- le paiement d'un capital supplémentaire au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès de l'adhérent consécutif à un accident (article 6),
- le versement à l'adhérent d'un capital proportionnel au taux d'infirmité, en cas d'infirmité totale ou partielle de ce dernier (article 7),
- le versement à l'adhérent de prestations en cas d'arrêt de travail consécutif à une maladie ou à un accident (article 8).

Au titre de cette garantie Arrêt de travail, 3 options sont proposées à l'adhérent, dénommées «Garantie Arrêt de travail classique», «Garantie Short Term Disability» et «Garantie Long Term Disability»- Une numérotation du contrat spécifique, décrite à l'article 3 ci-après, est attribuée compte tenu de ces différentes options.

Les garanties et options souscrites par l'adhérent sont indiquées au certificat d'adhésion.

// ARTICLE 2 - DÉFINITIONS ET TERRITORIALITÉ

• DÉFINITION

Accident	Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'adhérent ou du bénéficiaire, provoquée par l'action soudaine d'une cause extérieure. Il appartient au(x) bénéficiaire(s), en application de l'article 1315 du code civil, d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le décès.
Adhérent	Membre de l'association contractante demandant à adhérer au présent contrat et répondant aux conditions prévues à l'article 12.
Association contractante	ASFE Personne morale qui souscrit le contrat afin d'en faire bénéficier ses adhérents et s'engage aux obligations correspondantes.
Certificat d'adhésion	Document remis à chaque adhérent, attestant de son adhésion au contrat et mentionnant notamment les garanties souscrites, les montants de garanties retenus, la date d'effet et les cotisations.
COM	Collectivités d'Outre Mer (Saint-Pierre et Miquelon, Wallis et Futuna, Saint-Barthélemy et Saint-Martin).
DROM	Départements et Régions d'Outre Mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion et Mayotte).
Hospitalisation	Séjour dans un établissement hospitalier (public ou privé) en vue du traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité. L'hospitalisation à domicile (HAD) constitue une alternative à l'hospitalisation classique et permet d'assurer des soins chez le patient.
Maladie	Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente.
Régime de protection sociale de base	Aucun ou tout régime de protection sociale en vigueur dans le pays d'expatriation ou la Caisse des Français à l'étranger - CFE.

• TERRITORIALITÉ

Les garanties sont acquises dans le pays de destination, situé dans le monde entier ainsi qu'en France et dans les DROM et COM.

Toutefois, les garanties sont acquises, pour des périodes n'excédant pas 60 jours consécutifs entre deux séjours dans le pays de destination lors de voyages internationaux hors du pays de destination (voyages à titre privé).

Il est précisé qu'en fonction d'événements (guerre civile ou étrangère, insurrection..) qui pourraient s'y dérouler et, en tout état de cause, selon la classification des pays à risque effectuée par le ministère des affaires étrangères français,

l'adhésion au contrat peut être exclue pour certains pays classifiés fortement déconseillés (zone rouge) par ce ministère ou alors, soumise à l'acceptation préalable de l'assureur si le pays est classifié déconseillé sauf pour raison impérative (zone orange) par ce ministère.

// ARTICLE 3 - LANGUE ET MONNAIE DU CONTRAT - NUMÉROTATION DU CONTRAT

MSH INTERNATIONAL est l'organisme mandaté par l'Assureur et l'Association contractante notamment pour gérer les affiliations au contrat.

• LANGUE DU CONTRAT

La langue du contrat d'assurance de groupe est la langue française.

Toutefois, MSH INTERNATIONAL met à la disposition des adhérents des versions traduites en anglais du contrat et des documents nécessaires à la gestion des affiliations tels que le bulletin individuel d'affiliation, les questionnaires médicaux, l'attestation médicale confidentialisée, etc...

Toutefois, en cas de désaccord sur l'interprétation des garanties du contrat ou de leurs modalités de mise en œuvre, seule la version française du document concerné saurait être prise en considération. Les traductions des documents ne sont mises à la disposition des adhérents qu'à titre purement informatif, seule la langue française faisant foi.

• MONNAIE DU CONTRAT

La monnaie du contrat est l'euro. Toutefois, MSH INTERNATIONAL propose aux adhérents de retenir le dollar américain dans le cadre de leur adhésion, tant pour les cotisations que les prestations.

La monnaie retenue par l'adhérent est indiquée au certificat d'adhésion.

Pour l'assureur, les cotisations et prestations sont en tout état de cause payables en euros.

Une numérotation du contrat spécifique, décrite au paragraphe C) ci-après, est attribuée selon que l'adhésion est en euro ou en dollar.

IMPORTANT

Il ne pourra être procédé à aucun paiement à destination, directe ou indirecte, d'un pays soumis à sanctions, tel qu'édicté, par exemple, par les Nations Unies, l'Office of Foreign Assets Control (OFAC) du Trésor américain ou l'Union Européenne.

• NUMÉROTATION DU CONTRAT

Le contrat porte les références suivantes:

1 Adhésion en Euros:

- n° 509/863693 dans tous les cas, excepté lorsque la «Garantie Short Term Disability» et/ou la «Garantie Long Term Disability» est souscrite par l'adhérent,

- n° 509/863694 lorsque la «Garantie Short Term Disability» et/ou la «Garantie Long Term Disability» est souscrite par l'adhérent.

2 Adhésion en Dollar:

- n° 509/863693/10 dans tous les cas, excepté lorsque la «Garantie Short Term Disability» et/ou la «Garantie Long Term Disability» est souscrite par l'adhérent,

- n° 509/863694/10 lorsque la «Garantie Short Term Disability» et/ou la «Garantie Long Term Disability» est souscrite par l'adhérent.

11.2 / GARANTIES

// PRÉAMBULE - MODE D'EMPLOI DES GARANTIES POUR L'ADHÉRENT

L'objectif de ces quelques lignes est de permettre à l'adhérent de prendre connaissance de manière synthétique du mode d'emploi des garanties de prévoyance en cas d'événement déclencheur de celles-ci:

1 Contact: le service SUPPORT & PREVOYANCE de MSH INTERNATIONAL:

- par téléphone: + 33 (0)1 44 20 48 07,

- par e-mail: add_support@msh-intl.com,

- par fax: + 33 (0)1 44 20 48 79.

2 Pour faciliter et accélérer le versement des prestations, l'ensemble des documents à fournir énumérés dans l'article correspondant à chacune des garanties doit être communiqué au service SUPPORT & PREVOYANCE de MSH INTERNATIONAL.

// ARTICLE 4 - GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS DE L'ADHÉRENT

• DÉFINITION ET MONTANT DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet de verser au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) défini(s) au paragraphe C) ci-après, sous réserve des dispositions du paragraphe B), un capital en cas de décès de l'adhérent dont le montant est égal à 100 % du capital choisi. Le montant du capital est fixé librement par l'adhérent.

Le montant du capital garanti à choisir, varie entre :

- en euro : 25 000 € et 1 000 000 €, par tranche de 25 000 €,

- en dollar : 30 000 \$ à 1 200 000 \$, par tranche de 30 000 \$.

Le montant retenu par l'adhérent est indiqué au certificat d'adhésion.

• CAS D'EXCLUSION DE LA GARANTIE

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

- Le décès résultant d'une guerre mettant en cause l'État français est exclu.

- Le décès occasionné par une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute, une rixe, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes (sauf si l'adhérent n'y prend pas une part active ou s'il est appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance visant au maintien de la sécurité des personnes) est exclu.

- Le suicide, quelle que soit sa qualification, est exclu pendant la première année d'adhésion au contrat.

• ATTRIBUTION DU BÉNÉFICE DE L'ASSURANCE DÉCÈS

Sauf stipulation contraire valable au jour du décès de l'adhérent, le capital garanti revient :

- à son conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps judiciairement ou à défaut à son partenaire survivant avec lequel il est lié par un pacte civil de solidarité [Un pacte civil de solidarité est un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du code civil)],

- à défaut, à ses enfants nés et à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession,

- à défaut, par parts égales entre eux, à son père et à sa mère ou la totalité au survivant d'entre eux,

- à défaut, à ses autres héritiers.

Si l'adhérent désire que le capital garanti ne soit pas attribué selon la clause ci-dessus ou si, en cours de contrat, il souhaite désigner un ou plusieurs autres bénéficiaires, il doit désigner le ou les bénéficiaires de son choix et en faire la déclaration à l'assureur.

Cette désignation peut faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

Afin d'éviter tout risque d'homonymie et pour faciliter la recherche de(s) bénéficiaire(s) désigné(s), l'adhérent doit indiquer, pour chaque bénéficiaire, toutes précisions permettant son identification exacte, notamment ses nom, prénoms, date et lieu de naissance.

Toute désignation ou changement de désignation non porté à la connaissance de l'assureur lui est inopposable.

IMPORTANT

L'assureur attire l'attention de l'adhérent sur la nécessité de mettre à jour régulièrement sa désignation de bénéficiaire(s) particulier(s).

Avec l'accord de l'adhérent, toute attribution bénéficiaire peut faire l'objet d'une acceptation, au terme d'un délai de 30 jours au moins suivant la date d'effet de l'adhésion au contrat lorsque la désignation est effectuée à titre gratuit.

Tant que l'adhérent est en vie, cette acceptation doit être formalisée soit par un avenant signé de l'assureur, de l'adhérent et du bénéficiaire, soit par un acte authentique ou sous seing privé signé de l'adhérent et du bénéficiaire.

L'acceptation n'est opposable à l'assureur que lorsqu'elle lui a été notifiée par écrit.

La preuve de cette notification incombe à la personne qui entend s'en prévaloir.

IMPORTANT

Il est précisé que l'attribution faite au profit d'un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation de celui-ci dans les conditions ci-dessus.

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

L'ouverture du droit des bénéficiaires au capital garanti est subordonnée à leur existence le surlendemain du jour du décès de l'adhérent.

• FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE ET PAIEMENT DES PRESTATIONS

Sauf en cas de force majeure, le décès doit être déclaré à l'assureur dans les six mois suivant sa survenance, en lui adressant les pièces justificatives nécessaires au règlement, notamment :

- un extrait de l'acte de décès,

- un certificat médical, à transmettre au médecin conseil de l'assureur sous pli confidentiel, indiquant la date du décès et précisant s'il s'agit d'une mort naturelle ou accidentelle ou d'une mort résultant d'un événement exclu,

- tout document prouvant l'identité et/ou la situation de famille,

- le cas échéant, tous documents précisant la cause et les circonstances de l'accident ayant entraîné le décès.

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

Le règlement du capital est effectué au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans les quinze jours suivant la date la réception des pièces justificatives par l'assureur.

En cas de pluralité de bénéficiaires :

- le capital est partagé en fonction de la répartition éventuellement indiquée par l'adhérent ou, en l'absence de répartition ou de bénéficiaire(s) désigné(s), de façon égale entre bénéficiaires de même rang,
- le paiement du capital est indivisible à l'égard de l'assureur qui règle sur quittance signée conjointement par les intéressés ou leur représentant légal.

// ARTICLE 5 - GARANTIE EN CAS D'INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE DE L'ADHÉRENT

Cette garantie est accordée en complément de la garantie décès prévue à l'article 4.

• DÉFINITION ET MONTANT DE LA GARANTIE

Si, avant la liquidation de la pension vieillesse de son régime de protection sociale et au plus à la date de son 70ème anniversaire, un adhérent est, consécutivement à une maladie ou à un accident, sous réserve des dispositions du paragraphe B) ci-après, atteint d'une invalidité le mettant dans l'impossibilité totale d'exercer une profession quelconque et, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie, l'assureur le reconnaît en état d'invalidité absolue et définitive.

L'état d'invalidité absolue et définitive est apprécié par le médecin conseil de l'assureur indépendamment des décisions du régime de protection sociale de base dont relève éventuellement l'adhérent.

L'assureur verse alors à l'adhérent, **un capital identique à celui prévu au titre de l'article 4.**

Le versement de la prestation due en cas d'invalidité absolue et définitive met fin pour l'adhérent concerné à la garantie prévue en cas de décès au titre de l'article 4.

• RISQUES EXCLUS

- **accident ou maladie causé(e) intentionnellement par l'adhérent ou résultant, soit d'une tentative de suicide, soit de mutilation volontaire, soit de l'usage de stupéfiants ou psychotropes hors prescription médicale,**
- **accident ou maladie occasionné(e) par une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute, une rixe, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, sauf si l'adhérent n'y prend pas une part active ou s'il est appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance visant au maintien de la sécurité des personnes et des biens,**
- **accident ou maladie occasionné(e) par une guerre mettant en cause l'État français.**

En outre, sauf application de l'article L.113-8 du code des assurances, et sous réserve des exclusions énumérées ci-dessus, la garantie s'exerce sur les conséquences des infirmités ou affections médicales survenues avant la date de signature de la demande d'adhésion au contrat si elles ont été déclarées sur ladite demande et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion particulière notifiée à l'adhérent par lettre recommandée.

• FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE ET PAIEMENT DES PRESTATIONS

FORMALITÉS À ACCOMPLIR

La déclaration de l'état d'invalidité absolue et définitive incombe à l'adhérent qui est tenu d'en apporter la preuve à l'assureur au moyen des pièces justificatives nécessaires au règlement, celles-ci comprenant notamment :

- un certificat détaillé du médecin traitant indiquant la nature de la maladie ou de l'accident, à transmettre au médecin conseil de l'assureur, sous pli confidentiel,
- toute preuve établissant la nécessité de l'assistance d'une tierce personne telle que la notification de l'attribution, le cas échéant, par le régime de protection sociale de base, d'une pension d'invalidité nécessitant l'assistance d'une tierce personne,
- tout document prouvant l'identité et/ou la situation de famille,
- le cas échéant, tous documents précisant la cause et les circonstances de l'accident ayant entraîné l'invalidité absolue et définitive.

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

RECONNAISSANCE ET CONTRÔLE PAR L'ASSUREUR DE L'ÉTAT D'INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

Jusqu'à la date d'exigibilité de la prestation, l'assureur se réserve le droit de se livrer à tout contrôle et de soumettre l'intéressé à toutes expertises médicales jugées utiles pour apprécier, reconnaître ou contrôler l'état d'invalidité absolue et définitive. À cet effet, les médecins, agents ou délégués de l'assureur doivent pouvoir se rendre auprès de l'adhérent, lequel s'engage à les recevoir et à les informer loyalement de son état. **Si l'adhérent s'oppose aux visites et/ou aux examens médicaux, l'assureur est autorisé à surseoir de plein droit au paiement de la prestation.**

En cas de désaccord entre le médecin de l'adhérent et celui de l'assureur portant sur l'état d'invalidité absolue et définitive, l'adhérent et l'assureur pourront choisir ensemble un troisième médecin pour les départager et faute d'entente sur le choix, la désignation sera faite par le Tribunal de Grande Instance de Paris. Les honoraires d'arbitrage sont partagés par moitié entre l'adhérent et l'assureur. **Les adhérents déclarent se soumettre à la juridiction des tribunaux de Paris et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.**

MODE DE RÈGLEMENT DU CAPITAL

Le capital garanti, payable à l'adhérent lui-même, est exigible six mois après la date de reconnaissance, par l'assureur, de l'invalidité absolue et définitive et sous réserve du maintien de cet état.

En cas de décès de l'adhérent avant le paiement du capital, un capital sera versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) tel(s) que défini(s) à l'article 4.C).

// ARTICLE 6 - GARANTIE OPTIONNELLE EN CAS DE DÉCÈS DE L'ADHÉRENT CONSÉCUTIF À UN ACCIDENT

Cette garantie, souscrite en complément de la garantie décès prévue à l'article 4, est accordée lorsque le certificat d'adhésion prévoit son attribution.

• DÉFINITION ET MONTANT DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet de verser au(x) bénéficiaire(s) défini(s) à l'article 4, si l'adhérent décède consécutivement à un accident tel que défini à l'article 2 et sous réserve des dispositions du paragraphe B) ci-après, un **capital supplémentaire** dont le montant est fixé à 100% du capital décès prévu à l'article 4.

La garantie s'applique à condition que le décès survienne, au plus tard, douze mois après l'accident. Il appartient au(x) bénéficiaire(s), en application de l'article 1315 du code civil, d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le décès.

• CAS D'EXCLUSION DE LA GARANTIE

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

- maladie, même d'origine accidentelle,
- accident causé intentionnellement par l'adhérent ou résultant, soit d'un suicide, soit d'une mutilation volontaire, soit de l'usage de stupéfiant ou de psychotrope hors prescription médicale,
- accident résultant de l'état d'imprégnation alcoolique de l'adhérent définie par l'existence d'un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui fixé par le code de la route français pour caractériser la contravention de conduite sous l'emprise d'un état alcoolique,
- accident de navigation aérienne sauf si l'adhérent se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmés, le pilote pouvant être l'adhérent lui-même,
- accident résultant :
 - de matchs, courses, paris, compétitions sportives (sauf si l'adhérent y participe en tant qu'amateur),
 - de courses de véhicules à moteur,
 - de la désintégration du noyau atomique,
 - de la pratique de la plongée sous-marine avec bouteille,
 - des sauts à l'élastique,
 - de la pratique des sports aériens nécessitant ou non l'utilisation d'un engin à moteur (exhibitions, meetings, raids sportifs, vols acrobatiques ou de compétition, records ou tentatives de records, essais préparatoires ou de réception, sauts en parachute non motivés par une raison de sécurité, deltaplane, parapente, ULM....),
- accident occasionné par une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute, une rixe, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, sauf si l'adhérent n'y prend pas une part active ou s'il est appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance visant au maintien de la sécurité des personnes et des biens,
- accident occasionné par une guerre mettant en cause l'État français.

• MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA PRESTATION

FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

Les formalités sont celles définies à l'article 4 pour la garantie en cas de décès de l'adhérent. Outre les pièces justificatives énumérées pour le paiement de la prestation, la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le décès doit être apportée à l'assureur par tout document.

ATTRIBUTION DU BÉNÉFICE DU CAPITAL

Le capital est versé dans les conditions définies à l'article 4 pour la garantie en cas de décès de l'adhérent.

// ARTICLE 7 - GARANTIE OPTIONNELLE EN CAS D'INFIRMITÉ DE L'ADHÉRENT

Cette garantie, souscrite en complément de la garantie décès prévue à l'article 4, est accordée lorsque le certificat d'adhésion prévoit son attribution.

• DÉFINITION ET MONTANT DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet d'accorder, sous réserve des dispositions du paragraphe B ci-après, un capital à l'adhérent en cas de maladie ou d'accident corporel entraînant une infirmité l'atteignant dans l'exercice de sa profession ou au cours de sa vie privée.

Le montant du capital garanti est fixé librement par l'adhérent, **dans la limite du montant du capital décès souscrit par ce dernier.**

Le montant du capital garanti à choisir, varie entre :

- en euro : 25 000 € et 1 000 000 €, par tranche de 25 000 €,
- en dollar : 30 000 \$ à 1 200 000 \$, par tranche de 30 000 \$.

Le montant retenu par l'adhérent est indiqué au certificat d'adhésion.

Le montant du capital, pour un taux d'infirmité totale (égal à 100%) déterminé par le médecin de l'assureur, est fixé à 100% du capital choisi. Si l'infirmité est partielle, le montant du capital versé est proportionnel au taux d'infirmité.

Aucun capital n'est dû pour un taux d'infirmité inférieur à 33%.

Dans tous les cas, il n'est jamais tenu compte de l'âge et de la profession de l'affilié.

Le taux d'infirmité est fixé par le médecin de l'assureur à la date de consolidation de l'accident ou de stabilisation de la maladie.

Détermination du taux d'infirmité: Le taux d'infirmité retenu pour l'application du contrat est déterminé par voie d'expertise médicale (expertise contradictoire du médecin traitant de l'adhérent et du médecin contrôleur de l'assureur et en cas de besoin du médecin tiers arbitre comme il est dit ci-après), en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle de l'adhérent. L'incapacité fonctionnelle, physique ou mentale, est évaluée en dehors de toute considération de ressources ou de profession, par référence au barème indicatif des incapacités en droit commun - Barème du Concours Médical.

IMPORTANT

Le taux d'incapacité fonctionnelle retenu pour l'application de la présente garantie, ne peut être aggravé par des maladies ou affections médicales antérieures à la date de signature de la demande d'adhésion au contrat ayant fait l'objet d'une exclusion particulière notifiée à l'adhérent par lettre recommandée de l'assureur.

• RISQUES EXCLUS

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

- accident ou maladie causé(e) intentionnellement par l'adhérent ou résultant, soit d'une tentative de suicide, soit de mutilation volontaire, soit de l'usage de stupéfiants ou psychotropes hors prescription médicale,
- accident ou maladie occasionné(e) par une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute, une rixe, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, sauf si l'adhérent n'y prend pas une part active ou s'il est appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance visant au maintien de la sécurité des personnes et des biens,
- accident ou maladie occasionné(e) par une guerre mettant en cause l'État français, conduite par l'adhérent d'un véhicule, sans permis en état de validité ou sans l'âge requis,
- accident ou maladie résultant de l'état d'imprégnation alcoolique de l'adhérent définie par l'existence d'un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui fixé par le code de la route pour caractériser la contravention de conduite sous l'emprise d'un état alcoolique,
- travaux souterrains ou sous l'eau, manipulation d'explosifs, effet de radiations atomiques,
- hernies et lumbagos.

• FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE ET PAIEMENT DES PRESTATIONS

FORMALITÉS À ACCOMPLIR

L'adhérent doit déclarer la maladie ou l'accident à l'assureur le plus rapidement possible, la déclaration devant comporter toutes précisions sur la gravité, les causes et les circonstances de la maladie ou de l'accident. En outre, l'adhérent doit:

- transmettre au médecin conseil de l'assureur sous pli confidentiel, un certificat du médecin appelé à donner les premiers soins et décrivant la nature exacte de son état actuel, des lésions et de leurs conséquences,
- transmettre, le cas échéant, tous documents nécessaires pour établir la matérialité et l'importance de l'accident,
- se soumettre à l'examen du médecin de l'assureur.

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

Toute fraude, réticence ou fausse déclaration de la part de l'adhérent ayant pour objet d'induire l'assureur en erreur sur les circonstances ou les conséquences de la maladie ou de l'accident, entraîne la perte du droit à la prestation.

RECONNAISSANCE PAR L'ASSUREUR DE L'ÉTAT D'INFIRMITÉ

L'assureur se réserve expressément la faculté d'apprécier, reconnaître et contrôler l'état d'infirmité de l'adhérent. A cet effet, les médecins, agents ou délégués de l'assureur doivent pouvoir se rendre auprès de l'adhérent, lequel s'engage à les recevoir et à les informer loyalement de son état. Ils peuvent également convoquer l'adhérent.

Si l'adhérent s'oppose aux visites et/ou aux examens médicaux, l'assureur est autorisé à surseoir de plein droit au paiement de la prestation.

En cas de désaccord entre le médecin de l'adhérent et celui de l'assureur portant sur le taux d'infirmité, l'adhérent et l'assureur pourront choisir ensemble un troisième médecin pour les départager et faute d'entente sur le choix, la désignation sera faite par le Tribunal de Grande Instance de Paris. Les honoraires d'arbitrage sont partagés par moitié entre l'adhérent et l'assureur. **Les adhérents déclarent se soumettre à la juridiction des tribunaux de Paris et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.**

MODE DE RÈGLEMENT DU CAPITAL

Le versement du capital est effectué dans un délai maximum d'un mois après accord entre le médecin de l'affilié et celui de l'assureur sur les causes et les conséquences de la maladie ou de l'accident, ainsi que sur le taux d'infirmité.

• RECOURS CONTRE LES RESPONSABLES DE L'ACCIDENT

L'adhérent conserve intégralement le bénéfice d'un recours éventuel à l'encontre des personnes responsables.

// ARTICLE 8 - GARANTIE OPTIONNELLE EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL DE L'ADHÉRENT

Cette garantie, souscrite en complément de la garantie décès prévue à l'article 4, est accordée lorsque le certificat d'adhésion prévoit son attribution.

• DÉFINITION ET OBJET DE LA GARANTIE

DÉFINITION DE LA GARANTIE

Par incapacité temporaire totale de travail, il faut entendre une incapacité temporaire **consécutives à une maladie ou un accident** atteignant l'adhérent dans l'exercice de son activité professionnelle ou au cours de sa vie privée et qui le place dans la totale incapacité physique ou psychique, constatée médicalement et reconnue par l'assureur, d'exercer une activité professionnelle quelconque.

Par invalidité permanente totale ou partielle, il faut entendre une invalidité **consécutives à une maladie ou à un accident** entraînant l'impossibilité physique ou psychique totale ou partielle pour l'adhérent, constatée médicalement et reconnue par l'assureur, de se livrer à l'exercice normal de sa profession ou d'une profession lui procurant un traitement équivalent à celui qu'il recevait avant l'arrêt de travail consécutif à la maladie ou à l'accident.

OBJET DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet le service d'une prestation en cas d'arrêt de travail de l'adhérent (indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou rente annuelle en cas d'invalidité permanente totale ou partielle) consécutif à une maladie ou à un accident.

Trois options ci-après dénommées « Garantie Arrêt de travail classique », « Garantie Short Term Disability » et « Garantie Long Term Disability », sont proposées à l'adhérent au titre de cette garantie, les options 2 et 3 pouvant être souscrites conjointement (voir définitions ci-après).

La ou les options retenue(s) par l'adhérent est(ont) indiquée(s) au certificat d'adhésion.

Les prestations en cas d'arrêt de travail sont versées à l'adhérent à la condition qu'il soit reconnu par l'assureur comme étant atteint d'une incapacité temporaire totale de travail ou d'une invalidité permanente totale ou partielle telle qu'elles sont définies au paragraphe A.1) ci-avant et sous réserve des dispositions du paragraphe C.3) ci-après.

L'état d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente totale ou partielle est apprécié par le médecin conseil de l'assureur indépendamment des décisions du régime de protection sociale de base dont relève éventuellement l'adhérent.

CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS

Les modalités d'application de la garantie sont établies en considération de la réglementation actuelle de la Sécurité sociale française. Si, ultérieurement, cette réglementation venait à être changée, entraînant une modification des engagements pris par l'adhérent et l'assureur, ce dernier procéderait à l'ajustement de la cotisation relative aux garanties accordées en cas d'arrêt de travail. Si l'adhérent ne donnait pas suite à la proposition de l'assureur ou s'il refusait expressément la nouvelle cotisation, l'assureur pourrait résilier l'adhésion au terme d'un délai de 30 jours. Toutefois, l'assureur se réserve la faculté, pour l'application des garanties, de tenir compte de la législation en vigueur lors de la souscription de l'adhésion au contrat.

• MONTANT DES PRESTATIONS

Selon l'option retenue par l'adhérent, l'assureur verse à l'adhérent reconnu en état d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente, les prestations suivantes :

OPTION 1: GARANTIE ARRÊT DE TRAVAIL « CLASSIQUE » (INDEMNITÉS JOURNALIÈRES ET RENTES)

MONTANT DE LA PRESTATION :

Le choix du montant de l'indemnité journalière garantie est fixé librement par l'adhérent, dans la limite d'un millième du capital décès souscrit.

Le montant de l'indemnité journalière garantie à choisir, varie entre :

- en euro : 25 € à 500 € par jour, par tranche de 25 €,
- en dollar : 30 \$ à 600 \$ par jour, par tranche de 30 \$,

dans la limite d'un millième du capital décès souscrit.

Toutefois, si le montant du capital décès souscrit est inférieur ou égal à 250 000 € ou 300 000 \$, le montant de l'indemnité journalière retenu par l'adhérent pourra excéder un millième du capital décès souscrit l'adhérent et être majoré de 25 € ou 30 \$ par jour.

Le montant de l'indemnité journalière retenu par l'adhérent est indiqué au certificat d'adhésion.

Le montant mensuel de la rente d'invalidité permanente totale (taux supérieur ou égal à 66 %) est égal à celui de l'indemnité journalière retenue multiplié par 30 pour reconstituer une base mensuelle.

Le montant de l'indemnité journalière retenu par l'adhérent est indiqué au certificat d'adhésion.

En outre, il est précisé que l'indemnité journalière versée ne pourra, en aucun cas, excéder 70 % du revenu professionnel journalier moyen perçu par l'adhérent au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail pris en considération.

Incapacité temporaire totale de travail :

Lorsque l'assureur reconnaît l'adhérent en état d'incapacité temporaire totale de travail, il lui verse une indemnité journalière, à compter de l'expiration d'une durée d'arrêt de travail totale et continue dite « franchise » de 30 jours, 60 jours ou 90 jours selon le choix de l'adhérent, indiqué au certificat d'adhésion.

Le montant de l'indemnité d'incapacité temporaire totale de travail versée par l'assureur est fixé à 100 % de l'indemnité journalière retenue, limité en tout état de cause à **70 % du revenu professionnel journalier moyen perçu par l'adhérent au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail pris en considération.**

1 Modalités de paiement de la prestation : L'indemnité journalière, acquise jour par jour, tant que l'adhérent est en état d'incapacité temporaire totale de travail, est payable à l'adhérent mensuellement, à terme échu, jusqu'à la date de consolidation de l'accident ou de stabilisation de la maladie et, au plus tard, pendant une durée maximale de 24 mois.

- 2 Cessation du service de l'indemnité journalière:** Le service de l'indemnité journalière cesse en tout état de cause :
- dès que l'adhérent reprend ou est reconnu médicalement apte à reprendre une activité professionnelle, même à temps partiel,
 - au jour de la reconnaissance de l'état d'invalidité permanente de l'adhérent, les dispositions du paragraphe B.1.2 ci-après étant applicables à cette date,
 - à la date de la liquidation de la pension de retraite du régime social de base de l'adhérent, y compris pour inaptitude au travail et, au plus tard au jour où l'adhérent atteint l'âge de 70 ans,
 - et, au plus tard, au terme de la période maximale de 24 mois prévue ci-dessus.

Invalidité permanente

Détermination du taux d'invalidité «n»: Le taux «n» d'invalidité est déterminé par voie d'expertise médicale (expertise contradictoire du médecin traitant de l'adhérent et du médecin contrôleur de l'assureur et en cas de besoin du médecin tiers arbitre comme il est dit ci-après) et par référence au barème croisant le taux d'incapacité fonctionnelle et le taux d'incapacité professionnelle figurant ci-après. Le taux d'invalidité est déterminé indépendamment des décisions du régime social de base de l'adhérent, à la date de consolidation de l'accident ou de stabilisation de la maladie, et au plus tard après la période maximale d'indemnisation de 24 mois au titre de la garantie Incapacité temporaire totale.

L'incapacité fonctionnelle, physique ou mentale, est appréciée en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème indicatif des incapacités en droit commun - Barème du Concours Médical. L'incapacité professionnelle est appréciée d'après le taux et la nature de l'incapacité par rapport à la profession exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de la profession et des possibilités d'exercice restantes.

IMPORTANT

Les taux d'invalidité fonctionnelle et professionnelle, retenus pour l'application de la présente garantie, ne peuvent être aggravés par des maladies ou affections médicales antérieures à la date de signature de la demande d'adhésion au contrat ayant fait l'objet d'une exclusion particulière notifiée à l'adhérent par lettre recommandée de l'assureur.

Le tableau suivant indique les taux résultant des divers degrés d'incapacité tant fonctionnelle que professionnelle. **Le taux «n» ouvrant droit à la rente en cas d'invalidité permanente doit être au moins égal à 40%.**

TIP*	TAUX D'INCAPACITE FONCTIONNELLE								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10	—	—	—	—	—	—	40,00	43,27	46,42
20	—	—	—	—	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30	—	—	—	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	—	—	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	—	—	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	—	—	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	—	—	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	—	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	—	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	—	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

*TIP = Taux d'Incapacité Professionnelle

En cas de désaccord entre le médecin de l'adhérent et celui de l'assureur portant sur le taux d'invalidité permanente, l'adhérent et l'assureur pourront choisir ensemble un troisième médecin pour les départager et faute d'entente sur le choix, la désignation sera faite par le Tribunal de Grande Instance de Paris. Les honoraires d'arbitrage sont partagés par moitié entre l'adhérent et l'assureur. **Les adhérents déclarent se soumettre à la juridiction des tribunaux de Paris et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.**

En tout état de cause, le service de la prestation garantie peut cesser en fonction de l'évolution de l'état de santé.

§ Montant de la rente d'invalidité permanente: Si le taux d'invalidité «n» déterminé par l'assureur est supérieur ou égal à 66 %, l'invalidité est réputée totale. Il est alors versé une rente dont le montant mensuel est fixé à 30 fois le montant de l'indemnité journalière retenue, limité en tout état de cause à

70 % du revenu professionnel journalier moyen perçu par l'adhérent au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail pris en considération.

Si le taux d'invalidité «n» déterminé par l'assureur est compris entre 40 et 66 %, l'invalidité est réputée partielle. Il est alors versé une rente réduite dont le montant est déterminé à partir de celui de la rente versée par l'assureur en cas d'invalidité totale, auquel est affecté un coefficient égal à n/66.

Aucune prestation n'est due si le taux d'invalidité «n» déterminé par l'assureur n'atteint pas 40%.

1 Modalités de paiement de la prestation: La rente est versée dès la date de reconnaissance en invalidité par l'assureur mais au plus tôt à l'issue de la période maximale d'indemnisation de 24 mois au titre de la garantie Incapacité temporaire totale prévue ci-avant.

Le montant de la rente est révisable en cas de modification de l'état d'invalidité.

La rente est payable à l'adhérent, par trimestre échu, pendant toute la durée de l'invalidité.

2 Cessation du service de la rente: Le service de la rente cesse en tout état de cause:

- dès que l'adhérent reprend ou est reconnu médicalement apte à reprendre une activité professionnelle,
- et, au plus tard à la date de la liquidation de la pension de retraite du régime social de base de l'adhérent, y compris pour inaptitude au travail et, au plus tard au jour où l'adhérent atteint l'âge de 70 ans.

OPTION 2: GARANTIE «SHORT TERM DISABILITY»

Lorsque l'assureur reconnaît l'adhérent en état d'incapacité temporaire totale de travail, il lui verse une indemnité journalière à compter du:

- 7^e jour d'arrêt de travail total et continu en cas de maladie,

- 1^{er} jour d'arrêt de travail en cas d'hospitalisation

- 1^{er} jour d'arrêt de travail en cas d'accident.

Le montant de l'indemnité journalière est fixé à 70% du revenu professionnel journalier moyen perçu par l'adhérent au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail pris en considération.

1 Modalités de paiement de la prestation: L'indemnité journalière, acquise jour par jour, tant que l'adhérent est en état d'incapacité temporaire totale de travail, est payable à l'adhérent mensuellement, à terme échu, jusqu'à la date de consolidation de l'accident ou de stabilisation de la maladie et, au plus tard, pendant une durée maximale librement choisie par l'adhérent et indiquée au certificat d'adhésion, de **30, 60 ou 180 jours**.

1 Cessation du service de l'indemnité journalière: Le service de l'indemnité journalière cesse en tout état de cause:

- dès que l'adhérent reprend ou est reconnu médicalement apte à reprendre une activité professionnelle, même à temps partiel,
- au jour de la reconnaissance de l'état d'invalidité permanente de l'adhérent,
- à la date de la liquidation de la pension de retraite du régime social de base de l'adhérent, y compris pour inaptitude au travail et, au plus tard au jour où l'adhérent atteint l'âge de 70 ans,
- et, au plus tard, au terme de la période maximale choisie par l'adhérent et indiquée au certificat d'adhésion (sauf si l'option 3 ci-dessous a également été souscrite par l'adhérent).

OPTION 3: GARANTIE «LONG TERM DISABILITY»

Lorsque l'assureur reconnaît l'adhérent en état d'incapacité temporaire totale de travail, il lui verse une indemnité journalière à compter de l'expiration d'une durée d'arrêt de travail totale et continue dite «franchise» de **30 jours, 60 jours ou 180 jours** selon le choix de l'adhérent, indiqué au certificat d'adhésion.

Le montant de l'indemnité journalière est fixé à 70% du revenu professionnel journalier moyen perçu par l'adhérent au cours des 12 mois civils précédant l'arrêt de travail pris en considération.

1 Modalités de paiement de la prestation: L'indemnité journalière, acquise jour par jour, tant que l'adhérent est en état d'incapacité temporaire totale de travail, est payable à l'adhérent mensuellement, à terme échu, jusqu'à la date de consolidation de l'accident ou de stabilisation de la maladie et, au plus tard, jusqu'au 1095^e jour d'arrêt de travail.

1 Cessation du service de l'indemnité journalière: Le service de l'indemnité journalière cesse en tout état de cause:

- dès que l'adhérent reprend ou est reconnu médicalement apte à reprendre une activité professionnelle, même à temps partiel,
- au jour de la reconnaissance de l'état d'invalidité permanente de l'adhérent,
- à la date de la liquidation de la pension de retraite du régime social de base de l'adhérent, y compris pour inaptitude au travail et, au plus tard au jour où l'adhérent atteint l'âge de 70 ans,
- et, au plus tard, au terme de la période de 1095 jours prévue ci-dessus.

• DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES PRÉVUES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

REPRISE DU TRAVAIL À TEMPS PARTIEL APRÈS UNE PÉRIODE D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

Si, après une période d'incapacité temporaire totale de travail, l'adhérent reprend ou est reconnu médicalement apte à reprendre une activité professionnelle, à temps complet ou à temps partiel, **les indemnités journalières cessent d'être versées par l'assureur.**

DISPOSITION SPÉCIFIQUE À LA MATERNITÉ OU PATERNITÉ

L'adhérent se trouvant en état d'incapacité de travail ne bénéficie pas de l'indemnité journalière pendant la durée du congé légal de maternité ou de paternité.

REPRISE DU TRAVAIL INFÉRIEURE À 90 JOURS

Lorsque l'adhérent ayant commencé à bénéficier des prestations prévues ci-dessus reprend son activité et doit l'interrompre moins de 90 jours après cette reprise en raison d'une rechute, lesdites prestations sont à nouveau versées sans application de la franchise, sous réserve que l'adhésion au contrat soit toujours en vigueur à la date du nouvel arrêt de travail.

CUMUL DES PRESTATIONS

Le cumul des prestations versées tant par le régime de protection sociale de base dont relève éventuellement l'adhérent (à l'exclusion de la majoration pour tierce personne), que par l'assureur, ne peut excéder 70% du revenu professionnel que l'adhérent aurait perçu s'il avait continué son activité professionnelle.

CAS D'EXCLUSION DES GARANTIES

Les garanties ne s'appliquent pas dans les cas suivants :

accident ou maladie causé(e) intentionnellement par l'adhérent ou résultant, soit d'une tentative de suicide, soit de mutilation volontaire, soit de l'usage de stupéfiants ou psychotropes hors prescription médicale,

accident ou maladie occasionné(e) par une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute, une rixe, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, sauf si l'adhérent n'y prend pas une part active ou s'il est appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance visant au maintien de la sécurité des personnes et des biens,

accident ou maladie occasionné(e) par une guerre mettant en cause l'État français,

accident résultant de l'état d'imprégnation alcoolique de l'adhérent définie par l'existence d'un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui fixé par le code de la route français pour caractériser la contravention de conduite sous l'emprise d'un état alcoolique,

accident de navigation aérienne sauf si l'adhérent se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmés, le pilote pouvant être l'adhérent lui-même,

accident résultant :

- de matchs, courses, paris, compétitions sportives (sauf si l'adhérent y participe en tant qu'amateur),
- de courses de véhicules à moteur,
- de la désintégration du noyau atomique,
- de la pratique de la plongée sous-marine avec bouteille,
- des sauts à l'élastique,
- de la pratique des sports aériens nécessitant ou non l'utilisation d'un engin à moteur (exhibitions, meetings, raids sportifs, vols acrobatiques ou de compétition, records ou tentatives de records, essais préparatoires ou de réception, sauts en parachute non motivés par une raison de sécurité, deltaplane, parapente, ULM....).

En outre, sauf application des articles L.113-8 et L.113-9 du code des assurances sous réserve des exclusions énumérées ci-dessus, les garanties s'exercent sur les conséquences des infirmités ou affections médicales survenues avant la date de signature de la demande d'adhésion au contrat si elles ont été déclarées sur ladite demande et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion particulière notifiée à l'adhérent par lettre recommandée.

De plus, les prestations en cas d'arrêt de travail ne sont pas versées pendant la durée du congé légal de maternité ou de paternité.

FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

La déclaration de l'arrêt de travail incombe à l'adhérent qui est tenu de l'adresser à l'assureur dans les délais suivants :

- si la durée de la franchise est inférieure à 90 jours : dans les trois mois suivant la date d'arrêt du travail,
- si la durée de la franchise est égale ou supérieure à 90 jours : dans les 30 jours suivant la date d'expiration de la franchise.

Les arrêts de travail déclarés après ce délai ne feront l'objet d'aucun paiement pour la période antérieure à la déclaration.

Cette déclaration doit être accompagnée :

- d'un certificat médical à transmettre sous pli confidentiel au médecin conseil de l'assureur mentionnant la date d'arrêt du travail ainsi que la nature de la maladie ou de l'accident, la date de la première constatation médicale et la durée prévisible de l'arrêt de travail,
- de la justification des revenus professionnels des 12 derniers mois précédant l'arrêt de travail,
- de tout document prouvant l'identité,
- et le cas échéant :
 - de l'attestation médicale confidentielle du modèle fourni par l'assureur dûment complétée par le médecin traitant,
 - si l'adhérent bénéficie d'un régime de protection sociale de base : du justificatif de paiement des prestations en espèces servies par ce régime.

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

Aucune prestation ne sera versée tant que les justificatifs demandés n'auront pas été transmis à l'assureur.

Toute reprise d'activité de l'adhérent, doit être déclarée à l'assureur dans les plus brefs délais.

RECONNAISSANCE ET CONTRÔLE PAR L'ASSUREUR DE L'ÉTAT D'INCAPACITÉ OU D'INVALIDITÉ

L'assureur se réserve expressément la faculté d'apprécier, reconnaître et contrôler l'état d'incapacité ou d'invalidité de l'adhérent. À cet effet, les médecins, agents ou délégués de l'assureur doivent pouvoir se rendre auprès de l'adhérent, lequel s'engage à les recevoir et à les informer loyalement de son état. Ils peuvent également convoquer l'adhérent.

Si l'adhérent s'oppose aux visites et/ou aux examens médicaux, l'assureur est autorisé à interrompre de plein droit le paiement des prestations.

En cas de désaccord entre le médecin de l'adhérent et celui de l'assureur portant, soit sur l'état d'incapacité temporaire totale de travail, soit sur l'état d'invalidité permanente totale et définitive, l'adhérent et l'assureur pourront choisir ensemble un troisième médecin pour les départager et faute d'entente sur le choix, la désignation sera faite par le Tribunal de Grande Instance de Paris. Les honoraires d'arbitrage sont partagés par moitié entre l'adhérent et l'assureur. **Les adhérents déclarent se soumettre à la juridiction des tribunaux de Paris et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.**

DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE RÉSILIATION DU CONTRAT OU DE L'ADHÉSION À CELUI-CI

Le service des prestations Arrêt de travail (indemnités journalières des Options 1, 2 ou 3 et rentes d'invalidité versées au titre de l'option 1) est poursuivi dans les conditions du contrat, pour le montant atteint à la date de la résiliation du contrat.

// ARTICLE 9 - TABLEAU RÉCAPITULATIF DU MONTANT DES GARANTIES PROPOSÉES

NATURE ET MONTANT DE LA PRESTATION			
GARANTIE DE BASE OBLIGATOIRE			
Décès ou invalidité absolue et définitive de l'adhérent (quelle qu'en soit la cause) - articles 4 et 5 Capital au choix de l'adhérent :	De 25 000 € à 1 000 000 € par tranche de 25 000 €, ou de 30 000 \$ à 1 200 000 \$ par tranche de 30 000 \$		
GARANTIES OPTIONNELLES			
Décès de l'adhérent consécutif à un accident - article 6	Doublement du capital décès toutes causes		
Infirmité de l'adhérent (quelle qu'en soit la cause) - article 7 Capital au choix de l'adhérent pour un taux d'infirmité totale (égal à 100%), par référence au barème indicatif des incapacités fonctionnelles en droit commun - Barème du Concours Médical: Si l'infirmité est partielle, le montant du capital versé est proportionnel au taux d'infirmité (indemnisation à partir d'un taux d'infirmité de 33%)	De 25 000 € à 1 000 000 € par tranche de 25 000 €, ou de 30 000 \$ à 1 200 000 \$ par tranche de 30 000 \$ dans la limite du montant du capital décès toutes causes souscrit		
Arrêt total de travail de l'adhérent - article 8 3 options de garanties proposées à l'adhérent :	GARANTIE ARRÊT DE TRAVAIL « CLASSIQUES » (Indemnités journalières et Rente d'invalidité)	GARANTIE « SHORT TERM DISABILITY »	GARANTIE « LONG TERM DISABILITY »
	Ces 2 options de garanties peuvent être souscrites conjointement.		
Franchise, selon l'option de garantie souscrite par l'adhérent :	Au choix de l'adhérent : 30, 60 ou 90 jours	6 jours (sauf en cas d'hospitalisation ou d'accident : indemnité versée dès le 1er jour d'arrêt de travail)	Au choix de l'adhérent : 30, 60 ou 180 jours
Montant de l'Indemnité journalière (ou rente), selon l'option de garantie souscrite par l'adhérent :	Au choix de l'adhérent : - de 25 € à 500 € par jour, par tranche de 25 €, - de 30 \$ à 600 \$ par tranche de 30 \$, dans la limite d'un millième du capital décès souscrit (avec possibilité de majorer le montant de l'indemnité ainsi constitué de 25 €/30 \$ par jour si le capital décès souscrit est inférieur ou égal à 250 000 €/300 000 \$) Montant maximum de l'indemnité : 70 % du revenu professionnel de l'adhérent.	70 % du revenu professionnel de l'adhérent	70 % du revenu professionnel de l'adhérent
Durée maximale d'indemnisation, selon l'option de garantie souscrite par l'adhérent :	24 mois d'indemnité journalière puis service d'une rente d'invalidité jusqu'à la date de liquidation de la pension de retraite et au plus tard 70 ans	Au choix de l'adhérent : 30, 60 ou 180 jours	jusqu'au 1095 ^e jour d'arrêt de travail

11.3 / EXÉCUTION DU CONTRAT

// ARTICLE 10 - RÉFÉRENCE LÉGALE

Le présent contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative est régi par le droit français et le code des assurances et notamment ses articles L141-1 et suivants. Le contrat relève des branches 2 (Maladie) et 20 (Vie-Décès) de l'article R321-1 du code des assurances.

Le contrat est constitué des présentes conditions générales ainsi que du certificat d'adhésion.

Les déclarations de l'adhérent servent de base à l'application des garanties.

Le contrat d'assurance de groupe est établi en français. Il peut être mis à disposition de l'adhérent par MSH INTERNATIONAL dans une version traduite en anglais. En cas de désaccord sur l'interprétation des garanties de ce contrat, seule la version française de ce contrat saurait être prise en considération. Les traductions des documents contractuels composant le contrat ne sont mises à la disposition des adhérents qu'à titre purement informatif, seule la langue française faisant foi.

• PRESCRIPTION

En application de l'article L114-1 du code des assurances, toute action dérivant du contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Ce délai est porté à dix ans pour les garanties Décès. Toutefois, ce délai ne court :

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

- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

En application de l'article L114-2 du code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci. Elles sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil. Il s'agit notamment de :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du Code civil) ;

- une demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (articles 2241 et 2242 du Code civil)- L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;

- un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du Code civil).

La prescription est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite d'une demande de prestation ;

- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'adhérent ou le bénéficiaire à l'assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

• RENONCIATION

L'adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion au contrat par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de l'envoi de son certificat d'adhésion au contrat. Cette renonciation doit reproduire le texte suivant : « Je soussigné(e) _____ déclare renoncer expressément à mon adhésion au contrat de prévoyance n° XXX/XXXXXX et demande le remboursement de la cotisation versée dans les conditions définies par l'article L132-5-1 du code des assurances. » La renonciation entraîne la restitution de toutes les sommes versées par l'adhérent dans un délai maximal de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de réception de la lettre recommandée par l'assureur.

// ARTICLE 11 – DATE D'EFFET - DURÉE ET RENOUVELLEMENT DU CONTRAT

Le contrat conclu entre l'association et l'assureur prend effet le 1er juillet 2015- Il est souscrit pour une première période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet.

Il se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation, par l'une des parties, notifiée par lettre recommandée adressée deux mois au moins avant chaque date de renouvellement.

Le contrat peut être modifié, en cours d'exercice, à effet du 1er jour d'un mois civil, d'un commun accord entre l'assureur et l'association contractante. Les modifications convenues entre l'association contractante et l'assureur donneront lieu à l'émission par l'assureur d'un avenant au contrat.

Dans ce cas, l'adhérent sera préalablement informé, dans les conditions de l'article 16, des changements modifiant ses droits et obligations au titre du contrat.

// ARTICLE 12 – ADHÉSION DES MEMBRES DE L'ASSOCIATION CONTRACTANTE

• ADHÉSION

L'adhésion au contrat est réservée à tout membre de l'association contractante demandant à adhérer au contrat, sous réserve :

- qu'il soit âgé de 18 ans ou plus et de moins de 66 ans,

- qu'il réside à l'étranger hors de son pays de nationalité (pays dans lequel il a sa résidence habituelle), dans un cadre privé ou professionnel.

• CONDITIONS D'ADHÉSION

Pour adhérer au contrat, le membre de l'association contractante défini ci-dessus doit remplir et signer le bulletin d'adhésion fourni par l'assureur et un questionnaire de santé.

Selon l'âge de l'intéressé et le montant des garanties souscrites, une visite médicale passée auprès d'un médecin agréé par l'assureur et/ou des renseignements ou examens médicaux complémentaires peuvent être exigés après examen de ce questionnaire.

Si les renseignements médicaux fournis ne permettent pas d'accepter le proposant aux conditions normales du contrat, l'assureur se réserve le droit de le refuser ou d'accorder ses garanties à l'exclusion de certains risques ou moyennant surprime.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'adhésion conformément aux dispositions de l'article L113-8 du code des assurances.

Toute condition d'acceptation particulière de garanties sera notifiée par lettre recommandée à l'intéressé(e).

La personne dont l'adhésion au contrat est acceptée est ci-après dénommée «adhérent».

L'adhésion est constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion au contrat indiquant notamment :

- le numéro et la date d'effet de l'adhésion,
- la monnaie retenue,
- les garanties souscrites et les montants de garanties retenus,
- le taux de cotisation correspondant.

// ARTICLE 13 - PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES

• PRISE D'EFFET, DURÉE ET RENOUELEMENT DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion et au plus tôt à la date de notification de la décision d'acceptation par l'assureur.

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 20 :

- l'adhésion est souscrite pour une période de 12 mois,

- elle se renouvelle ensuite chaque année, par tacite reconduction, à sa date anniversaire, pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation notifiée par lettre recommandée adressée deux mois au moins avant chaque date de renouvellement.

Elle prend fin en cas de résiliation exprimée conformément aux dispositions prévues ci-avant ainsi qu'à celle de l'article 20.

• PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet pour chaque adhérent, sous réserve de l'acceptation du risque par l'assureur, à la date d'adhésion au contrat telle que prévue ci-dessus.

// ARTICLE 14 - MODIFICATION DES GARANTIES

A chaque renouvellement annuel de son adhésion, l'adhérent a la possibilité de modifier les garanties souscrites dans les conditions suivantes :

• DIMINUTION DES GARANTIES SOUSCRITES

Lorsque l'adhérent demande une diminution de ses garanties souscrites, les nouvelles garanties prennent effet le 1er jour du trimestre civil qui suit ladite demande.

• AUGMENTATION DES GARANTIES SOUSCRITES

Lorsque l'adhérent demande une augmentation de ses garanties souscrites, ce dernier devra remplir un nouveau bulletin d'adhésion et se soumettre aux formalités médicales stipulées à l'article 12 ci-avant. L'adhérent doit en outre effectuer sa demande au plus tard deux mois avant la date de renouvellement annuel de son adhésion au contrat.

L'assureur se réserve le droit de refuser les majorations de garanties ou de les accepter avec restrictions ou moyennant surprime, l'adhérent demeurant cependant garanti dans les conditions antérieures à sa demande.

Si elles sont acceptées par l'assureur, les nouvelles garanties majorées prendront effet à la date de renouvellement annuelle de son adhésion au contrat, sous réserve de la notification de la décision d'acceptation par l'assureur, l'adhérent continuant à bénéficier des anciennes garanties jusqu'à cette date.

• SOUSCRIPTION DE NOUVELLES GARANTIES OPTIONNELLES

L'adhérent qui souhaite souscrire une (des) nouvelle(s) garantie(s) optionnelle(s) devra remplir un nouveau bulletin d'adhésion et se soumettre aux formalités médicales stipulées à l'article 12 ci-avant.

L'assureur se réserve le droit de refuser les nouvelles garanties ou de les accepter avec restrictions ou moyennant surprime.

Si elles sont acceptées par l'assureur, les nouvelles garanties prendront effet à la date de notification de la décision d'acceptation par l'assureur et, au plus tard, à l'expiration d'un délai d'attente de 6 mois en ce qui concerne la garantie en cas d'arrêt de travail.

// ARTICLE 15 - CESSATION DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES

• CESSATION DE L'ADHÉSION

L'adhésion au contrat et les garanties cessent pour chaque adhérent :

- à la date anniversaire de l'année au cours de laquelle il aura demandé la cessation de son adhésion au contrat, **sous réserve que la résiliation ait été notifiée à l'assureur par lettre recommandée adressée deux mois au moins avant cette date,**
- le dernier jour du trimestre civil au cours duquel il cesse d'adhérer à l'ASFE, cette dernière devant en aviser l'assureur dans un délai d'un mois,
- le dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'adhérent retourne définitivement dans son pays d'origine, ce dernier devant en aviser l'assureur au moins un mois avant la date de son retour,
- le dernier jour du trimestre civil au cours duquel les cotisations le concernant ne sont pas réglées sous réserve des dispositions de l'article 20 ci-après,
- à la date de liquidation de la pension vieillesse de son régime de protection sociale de base, y compris pour inaptitude au travail et, au plus tard, le dernier jour du trimestre civil au cours duquel il atteint l'âge de 71 ans,
- à la date de résiliation de l'adhésion par l'assureur, celle-ci ne pouvant intervenir que dans les deux premières années d'adhésion,

- à la date de résiliation du contrat. Toutefois, la personne qui aura adhéré au présent contrat depuis deux ans ou plus à la date de la résiliation du contrat pourra demander à bénéficier d'un maintien des garanties jusqu'à la date de liquidation de la pension vieillesse de son régime de protection sociale de base, moyennant le paiement de la cotisation indiquée par l'assureur.

• CESSATION DES GARANTIES

Les garanties du contrat prennent fin pour chaque adhérent à la date de la cessation de son adhésion, dans les conditions du paragraphe 1) ci-dessus et, au plus tard, le dernier jour du trimestre civil au cours duquel il atteint l'âge de 70 ans :

En outre :

- le service des prestations en cas d'arrêt de travail cesse en tout état de cause à la date de reprise ou d'aptitude médicalement constatée à la reprise d'une activité professionnelle de l'adhérent, quelle que soit la nature de cette activité,
- en cas de résiliation du contrat, le service des prestations arrêt de travail est poursuivi dans les conditions du contrat, pour le montant atteint à la date de la résiliation du contrat.

// ARTICLE 16 - INFORMATION DES ADHÉRENTS

Les conditions générales établies par l'assureur valent notice d'information et sont remises à l'adhérent avec le certificat d'adhésion prévu à l'article 12.

Il incombe à l'association contractante d'informer par écrit les adhérents des modifications éventuelles qui seraient apportées à leurs droits et obligations, conformément à l'article L141-4 du code des assurances, trois mois au minimum avant la date prévue pour leur entrée en vigueur.

// ARTICLE 17 - RÉCLAMATION - MÉDIATION - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

• RÉCLAMATION - MÉDIATION

Pour toute réclamation (désaccord, mécontentement) relative au contrat, l'adhérent peut s'adresser à son conseiller habituel ou au service en charge de la relation avec la clientèle à l'adresse suivante :

- par courrier postal: Service des relations avec les consommateurs Groupama Gan Vie - Immeuble Michelet 4-8 Cours Michelet - 92082 LA DEFENSE CEDEX - Tél: 01 70 96 62 68
- par courriel: src-collectives@ggvie.fr

Si cette demande n'est pas satisfaite, la réclamation peut être adressée au service « Réclamations » de l'assureur à l'adresse suivante :

- par courrier postal: Groupama Gan Vie - Service Réclamations - 160 avenue Charles de Gaulle - TSA 41269 - 91246 Morangis Cedex
- par courriel: service.reclamations@ggvie.fr

Dans ces deux cas, l'assureur s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables. Celle-ci sera traitée dans les 2 mois au plus. Si tel n'est pas le cas, le demandeur en sera informé.

En dernier lieu et sans préjudice de son droit de saisir éventuellement la justice, l'adhérent pourra recourir au médiateur de l'assureur en lui écrivant à l'adresse suivante: Médiateur de Groupama Gan Vie - 5-7 rue du Centre - 93199 Noisy-le-Grand Cedex. Le détail des modalités de traitement des réclamations est accessible à l'adhérent auprès du conseiller habituel et dans la rubrique « Mentions légales » sur le site internet www.gan-eurocourtage.fr.

• INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données personnelles concernant les adhérents sont traitées dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion de leur adhésion et de leurs garanties. A l'exception des données de santé, elles sont destinées au conseiller habituel, aux services de l'assureur et à ses mandataires, prestataires et sous traitants, aux réassureurs ainsi qu'aux organismes professionnels et administratifs dans le cadre d'obligations légales. Elles peuvent par ailleurs être utilisées à des fins d'évaluation et acceptation des risques, de contrôle interne (surveillance de portefeuille) et dans le cadre des dispositions légales, notamment concernant la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

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

L'adhérent dispose, en justifiant de son identité, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition sans frais en s'adressant par courrier postal à l'assureur :

Groupama Gan Vie - Direction des Affaires Générales - Correspondant Informatique et Libertés 4-8 Cours Michelet - 92082 La Défense Cedex

RECUEIL ET TRAITEMENT DES DONNÉES DE SANTÉ

L'adhérent accepte expressément le recueil et le traitement des données concernant sa santé. Nécessaires à la gestion des garanties, ces données sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale. Elles sont exclusivement destinées au médecin conseil de l'assureur et à son service médical ou aux personnes internes ou externes habilitées (notamment experts médicaux)- L'adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations le concernant en s'adressant par courrier postal accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité au médecin conseil de l'assureur.

ENREGISTREMENT DES APPELS TÉLÉPHONQUES

L'adhérent peut être amené à téléphoner à l'assureur pour lui demander tous types de renseignements. L'assureur informe

l'adhérent que ses appels téléphoniques peuvent être enregistrés afin de s'assurer de la bonne exécution des prestations à son égard et plus généralement faire progresser la qualité de service. Ces enregistrements sont destinés aux seuls services de l'assureur en charge de l'appel considéré.

Si l'adhérent a été enregistré et souhaite écouter l'enregistrement d'un entretien, il peut en faire la demande par courrier adressé à l'assureur à l'adresse indiquée ci-dessus. Il lui sera délivré, sans frais, copie de l'enregistrement téléphonique ou retranscription du contenu de la conversation, dans les limites de la durée de conservation de ces enregistrements.

TRANSFERT D'INFORMATIONS HORS DE L'UNION EUROPÉENNE

Dans le cadre de l'exécution du contrat et de la mise en œuvre des garanties, et conformément aux finalités convenues, des données à caractère personnel concernant les adhérents peuvent faire l'objet d'un transfert vers des pays de l'Union Européenne ou situés hors Union Européenne, ce dont les adhérents sont informés par les présentes dispositions et qu'ils autorisent de manière expresse.

// ARTICLE 18 - FAUSSE DÉCLARATION

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L- 132-26 du code des assurances, l'adhésion au contrat d'assurance est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque et en diminue l'opinion pour l'assureur alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur le sinistre. Les cotisations payées demeurent alors acquises à l'assureur qui a le droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

11.4 / COTISATION

// ARTICLE 19 - ARBITRAGE

Tous les litiges auxquels le présent contrat pourra donner lieu seront résolus par voie d'arbitrage. Chacune des parties nomme un arbitre et les deux arbitres réunis nomment le troisième. Faute pour l'une des parties de nommer son arbitre dans un délai d'un mois à compter de la notification par l'une ou l'autre des parties de la mise en œuvre de la clause d'arbitrage, ou par les deux arbitres de s'entendre sur la nomination du troisième dans un délai égal, il y sera pourvu par le président du Tribunal de Grande Instance, statuant en référé sur l'assignation de la partie la plus diligente.

Les arbitres sont dispensés de suivre les formes habituelles de la procédure et décident en dernier ressort: la sentence arbitrale est exécutoire et définitive. Elle doit être prononcée dans un délai de six mois à compter de la constitution du tribunal arbitral. Pour les frais d'arbitrage, les parties se soumettent également à la décision des arbitres.

Cette exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des primes ou cotisations versées antérieurement par l'assuré.

// ARTICLE 20 - COTISATION

• FIXATION ET PAIEMENT

Les garanties de l'adhésion sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation exprimée en euros ou en dollars, fixée en fonction de l'âge de l'adhérent (l'âge considéré est celui calculé par différence de millésime au 1er janvier de chaque exercice), des garanties souscrites et de leur montant.

Le montant de la cotisation est indiqué dans le certificat d'adhésion.

Les cotisations afférentes à la garantie Arrêt de travail sont révisées au 1er janvier de chaque année par l'assureur, en fonction des résultats enregistrés au cours de l'année écoulée.

Toute taxe ou imposition qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite, serait mise à la charge de l'adhérent et payable en même temps que la cotisation.

• PAIEMENT

PAIEMENT DE LA COTISATION PAR L'ADHÉRENT

Les cotisations sont payables mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement et d'avance, en euros et en dollars à l'association contractante.

En cas d'adhésion en cours d'échéance (mois, trimestre, semestre ou année), la cotisation est calculée prorata temporis.

En cas de résiliation de l'adhésion au contrat, l'adhésion et les garanties sont maintenues jusqu'à la fin de la période couverte par la dernière cotisation réglée.

DÉFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION

En application des dispositions de l'article L113-3 du code des assurances, toute cotisation exigible reste due et peut être recouvrée par tout moyen de droit.

En application des dispositions de l'article L141-3 du code des assurances, l'association contractante doit, au plus tôt dix jours après la date d'échéance d'une cotisation impayée, adresser à l'adhérent une lettre recommandée de mise en demeure. D'un commun accord entre l'assureur et l'association contractante, il est convenu que cette dernière donne mandat à l'assureur pour établir et adresser cette lettre recommandée.

La lettre stipulera qu'à l'issue d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi de cette lettre, l'adhérent est exclu du contrat d'assurance en raison du non-paiement de la cotisation. L'adhérent reste redevable de l'intégralité de la cotisation jusqu'à sa date de radiation.

Mentions légales de l'Assureur: Groupama Gan Vie, Société Anonyme au capital de 1 371100605 € - RCS Paris 340 427 616 - APE 6511 Z, Siège social: 8-10, rue d'Astorg - 75383 Paris Cedex 08 - Tél.: 01.44.56.77.77, Entreprise régie par le Code des Assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61 rue Taitbout - 75009 Paris

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

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



MSH INTERNATIONAL L'ASSURANCE SANTÉ. AVEC VOUS. PARTOUT. TOUJOURS.

VOS CONTACTS

Pour de plus amples informations ou pour souscrire,
vous pouvez nous contacter via les coordonnées suivantes :

- Tél. : +33 (0)1 44 20 48 77
- E-mail : contact@asfe-expat.com
- Site web : <http://www.asfe-expat.com>
- LinkedIn : MSH INTERNATIONAL