



SwissLife

SwissLife Prévoyance Indépendants

Notice d'information

L'essentiel : votre contrat en quelques mots

SwissLife Prévoyance Indépendants est une offre de prévoyance complète et modulable. Ce résumé et les schémas simplifiés ci-après vous présentent les points clés du fonctionnement de votre contrat. Ils ne sauraient se substituer aux dispositions de votre notice d'information et n'ont pas de valeur contractuelle.

Les conditions et modalités d'application de garanties sont décrites dans la notice d'information de votre contrat SwissLife Prévoyance Indépendants.

I. Quelles conditions devez-vous réunir pour adhérer à SwissLife Prévoyance Indépendants ?

1	2	3	4
Être membre de l'AGIS (Association générale interprofessionnelle de solidarité).	Être âgé de moins de 63 ans (dérogation possible après étude et accord de la compagnie).	Être à jour du paiement des cotisations à vos régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance retraite.	Exercer une activité professionnelle en tant que TNS ou de professionnel libéral, y compris profession paramédicale ; conjoint collaborateur ; mandataire social regroupant l'une des fonctions suivantes : président ou dirigeant de SA, SAS, SASU, SELAS ou SELAFA ou gérant minoritaire ou égalitaire de SARL ou SELARL.

Pour les conditions et modalités d'application, référez-vous au chapitre 2 de la notice d'information.

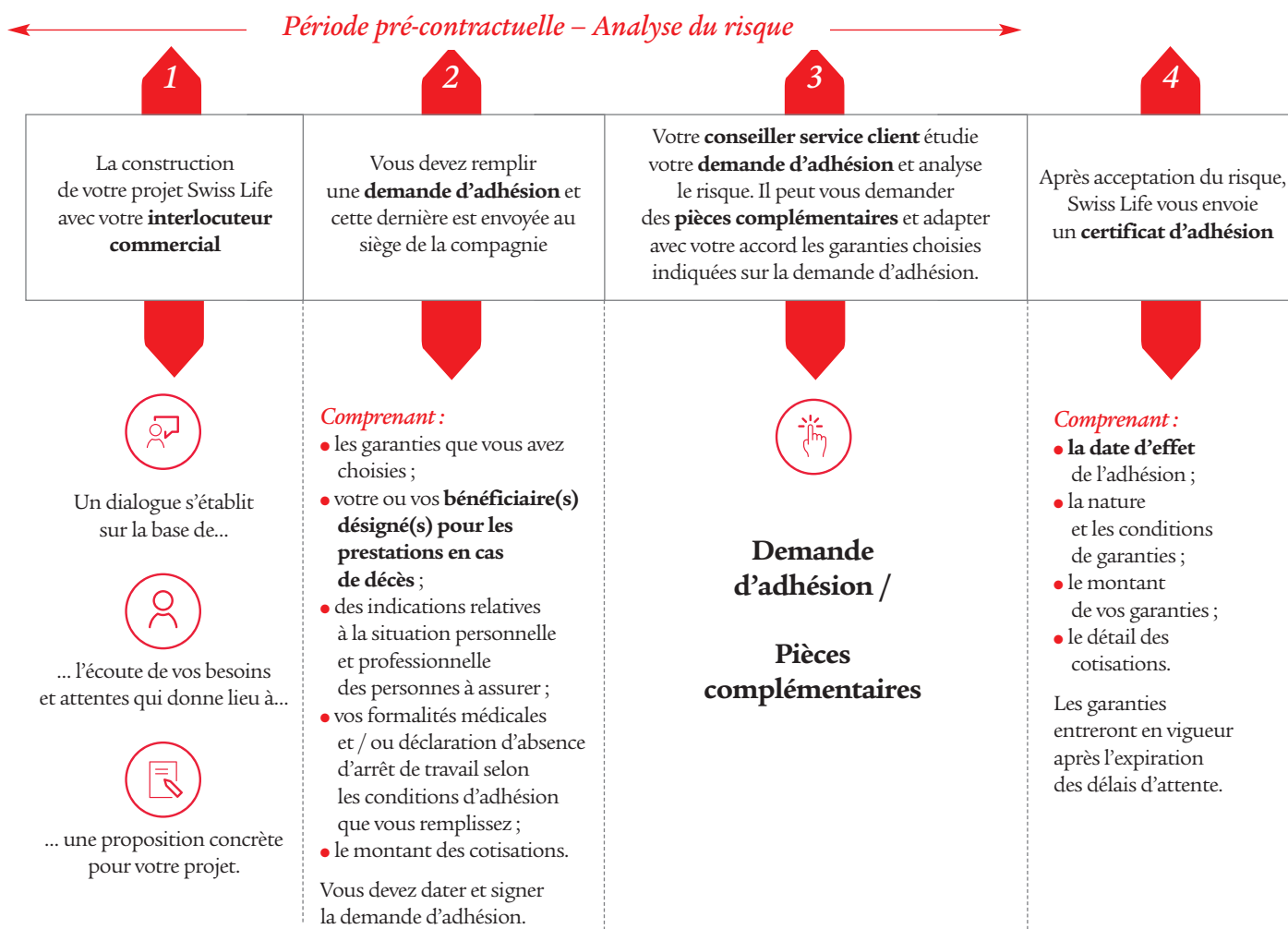
II. Que garantissent les contrats Swiss Life Prévoyance Indépendants ?

Les garanties que vous avez choisies (et qui ont été acceptées par l'assureur) sont précisées sur votre certificat d'adhésion.

1. En cas de décès ou perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)	2. En cas d'arrêt de travail
Garanties obligatoires ● Capital décès ou PTIA : somme versée en une seule fois à votre (vos) bénéficiaire(s) désigné(s). ● Capital décès accidentel. ● Double effet. ● Rente éducation : rente temporaire versée aux enfants désignés. Le montant de la rente varie selon l'âge de l'enfant bénéficiaire désigné. Pensez à ajouter vos enfants nés en cours d'adhésion. ● Rente viagère de conjoint : rente versée à votre conjoint jusqu'au décès de ce dernier. Options En complément d'au moins une des garanties décès ci-dessus, vous pouvez choisir une ou plusieurs des options suivantes : ● versement d'un capital maladie grave ; ● versement d'un capital infirmité par accident ; ● versement d'un capital frais d'obsèques.	● Maintien de revenus : incluant deux couvertures en cas de perte de revenus : – indemnités journalières versées en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou en cas de mi-temps thérapeutique ; – rente versée en cas d'incapacité de travail permanente, totale ou partielle. ● Frais généraux : indemnités journalières garantissant le remboursement des frais généraux de l'entreprise. ● Dividendes : indemnités journalières versées pour garantir le maintien de votre rémunération issue des dividendes. <i>Cette garantie est réservée aux gérants et associés visés à l'article 62 du Code général des impôts.</i> ● Des garanties d'assistance (voir le détail et les conditions de ces garanties dans la convention d'assistance prévoyance SWISS 0008).

Pour les conditions et modalités d'application, référez-vous au chapitre 3 de la notice d'information.

III. Comment fonctionne votre adhésion ?



Règlement des prestations



Pour plus de détails et d'informations, référez-vous aux chapitres 2 et 5 de la présente notice.

Vous avez une interrogation sur votre contrat ? Besoin d'un document ou de contacter votre conseiller ? MySwissLife est là pour vous.



MySwissLife

Ensemble, connectés à vos choix.

Pilotage de vos contrats

Mise à disposition de vos documents

Connexion à votre conseiller

Connectez-vous sur myswisslife.fr

Pensez à vous munir de votre identifiant personnel et de votre mot de passe



Notice d'information

Sommaire

<i>Lexique</i>	<i>5</i>	<i>Chapitre 3 Que garantissent les contrats SwissLife Prévoyance Indépendants ?</i>	<i>13</i>
<i>Chapitre 1 Quelles sont les solutions prévoyance offertes par SwissLife Prévoyance Indépendants ?</i>	<i>7</i>	3.1. Le fonctionnement des garanties	13
1.1. Introduction	7	3.2. Les garanties en cas de décès ou PTIA et les options associées	14
1.2. Que garantissent les contrats SwissLife Prévoyance Indépendants ?	7	3.3. Les garanties « maintien de revenus » versées sous forme de rente ou d'indemnités journalières	15
1.3. Que se passe-t-il en cas de révision des contrats ?	7	3.4. La garantie remboursement des frais généraux	18
<i>Chapitre 2 Le fonctionnement de votre adhésion</i>	<i>8</i>	3.5. La garantie des dividendes	18
2.1. Quelles conditions devez-vous réunir pour adhérer à SwissLife Prévoyance Indépendants ?	8	<i>Chapitre 4 Les exclusions et limitations de vos garanties</i>	<i>20</i>
2.2. Conclusion de l'adhésion, date d'effet et durée	8	4.1. Exclusions de garanties	20
2.3. Comment renoncer à votre adhésion ?	8	4.2. Limitations de garanties	20
2.4. Quels sont les différents cas de résiliation ou de cessation de votre adhésion ?	8	<i>Chapitre 5 Comment mettre en œuvre le règlement de vos prestations</i>	<i>21</i>
2.5. Comment sont calculées vos cotisations ?	9	5.1. Règlement des prestations en cas de décès	21
2.6. La prescription	9	5.2. Règlement des prestations pour les autres garanties	21
2.7. Quand intervient la subrogation ?	11	5.3. Contrôle et expertise médicale	21
2.8. Quelle procédure devez-vous observer en cas de litiges ou réclamations ?	11	5.4. Aggravation indépendante de l'événement garanti	21
2.9. Protection des données à caractère personnel	11	<i>Annexe 1 Barèmes professionnels</i>	<i>22</i>
2.10. L'autorité de contrôle	12		
2.11. Dispositions relatives à la dématérialisation et aux opérations en ligne valant convention de preuve	12		

Lexique

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant exclusivement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Acte de terrorisme : l'assureur se fonde sur l'article 421-1 du Code pénal. Toute évolution de cet article sera applicable au présent contrat.

Constituent des actes de terrorisme, lorsqu'elles sont intentionnellement en relation avec une entreprise individuelle ou collective ayant pour but de troubler gravement l'ordre public par l'intimidation ou la terreur, les infractions suivantes :

1. les atteintes volontaires à la vie, les atteintes volontaires à l'intégrité de la personne, l'enlèvement et la séquestration ainsi que le détournement d'aéronef, de navire ou de tout autre moyen de transport, définis par le livre II du présent code ;
2. les vols, les extorsions, les destructions, dégradations et détériorations, ainsi que les infractions en matière informatique définies par le livre III du présent code ;
3. les infractions en matière de groupes de combat et de mouvements dissous définies par les articles 431-13 à 431-17 et les infractions définies par les articles 434-6 et 441-2 à 441-5 ;
4. les infractions en matière d'armes, de produits explosifs ou de matières nucléaires définies par le I de l'article L. 1333-9, les articles L. 1333-11 et L. 1333-13-2, le II des articles L. 1333-13-3 et L. 1333-13-4, les articles L. 1333-13-6, L. 2339-2, L. 2339-5, L. 2339-8 et L. 2339-9 à l'exception des armes de la 6^e catégorie, L. 2339-14, L. 2339-16, L. 2341-1, L. 2341-4, L. 2341-5, L. 2342-57 à L. 2342-62, L. 2353-4, le 1^o de l'article L. 2353-5 et l'article L. 2353-13 du Code de la défense ;
5. le recel du produit de l'une des infractions prévues aux 1. à 4. ci-dessus ;
6. les infractions de blanchiment prévues au chapitre IV du titre II du livre III du présent code ;
7. les délits d'initié prévus à l'article L. 465-1 du Code monétaire et financier.

Activité exclusive de direction : activité de gestion d'entreprise sans aucune activité manuelle.

Adhérent : la personne signant l'adhésion et désignée au certificat d'adhésion. Elle est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies à l'adhésion et figurant dans la notice d'information.

Affections psychologiques et psychiatriques : sont visés par le présent contrat le syndrome de fatigue chronique, burn-out ou syndrome d'épuisement professionnel, bore-out, troubles de l'adaptation, anxiété, dépression, spasmophilie, troubles du sommeil, troubles obsessionnels compulsifs, trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, syndrome de stress post-traumatique, fibromyalgie, troubles de comportement alimentaire, syndromes de dépendance à l'alcool et aux substances psychoactives, troubles bipolaires, troubles du comportement et de la personnalité, psychoses aiguës ou chroniques, schizophrénie.

Arrêt de travail. L'arrêt de travail se définit comme suit :

- **incapacité temporaire totale de travail** : impossibilité momentanée pour l'assuré d'exercer son activité professionnelle pour cause d'altération de son état de santé par suite de maladie ou d'accident (tels que définis dans le lexique), reconnue médicalement ;
- **invalidité permanente totale ou partielle** : réduction de l'intégrité physique ou intellectuelle de l'assuré ayant acquis un caractère stable et présumé définitif, par suite de maladie ou d'accident, reconnue médicalement.

Assuré : la ou les personne(s) garantie(s) par le contrat et désignée(s) au certificat d'adhésion, sur laquelle (lesquelles) repose(nt) le risque assuré. Il est en principe l'adhérent du contrat.

Assureur :

- SwissLife Prévoyance et Santé qui assure les garanties maintien de revenus.
- SwissLife Assurance et Patrimoine qui assure les garanties en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie.

Attentat : l'assureur se fonde sur l'article 412-1 du Code pénal. Toute évolution de cet article sera applicable au présent contrat. Constitue un attentat le fait de commettre un ou plusieurs actes de violence de nature à mettre en péril les institutions de la République ou à porter atteinte à l'intégrité du territoire national.

Bénéficiaire des garanties en cas de décès : la (les) personne(s) désignée(s) par l'assuré, mentionnée(s) au certificat d'adhésion et au profit de laquelle (desquelles) l'assureur verse les indemnités prévues. À défaut de désignation d'un bénéficiaire, ou du choix d'une autre clause bénéficiaire particulière, le capital décès est versé :

- en priorité à son conjoint non séparé de corps ni divorcé, ou son partenaire avec lequel il est lié par un pacte civil de solidarité ;
- à défaut, à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales ;
- à défaut à ses héritiers.

Conjoint collaborateur : il s'agit d'une personne travaillant bénévolement dans l'entreprise de son concubin, marié ou lié par un pacte civil de solidarité (pacs) et ayant choisi le statut de collaborateur non rémunéré défini par les articles L. 121-4 et R. 121-1 du Code de commerce (les conjoints associés ou salariés n'ont pas ce statut).

Date de consolidation : date à laquelle, à la suite de l'état transitoire que constitue la période des soins, les lésions ou séquelles consécutives à une maladie ou à un accident prennent un caractère permanent, tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation. La date de consolidation est définie par une autorité médicale.

Date d'effet : date à laquelle votre adhésion prend effet. Elle est reprise sur le certificat d'adhésion.

Déchéance : c'est la perte du droit à la prestation due en cas de sinistre à la suite du non-respect de la part de l'assuré de certaines dispositions de l'adhésion.

Délai d'attente : période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Tout événement survenant pendant le délai d'attente ainsi que ses suites, conséquences et récidives ne sont jamais garantis pendant toute la durée de l'adhésion. Le point de départ de cette période est la date d'effet de votre adhésion indiquée au certificat d'adhésion.

Destinations à risques aggravés : zones géographiques dans lesquelles il existe des risques naturels (ouragans, séismes, par exemple), des risques sanitaires (grippe aviaire, par exemple), des risques terroristes, un risque nucléaire, un risque de piraterie maritime, formellement déconseillées par le ministère des Affaires étrangères sur son site Internet : www.diplomatie.gouv.fr - rubrique « Conseils aux voyageurs »).

Échéance anniversaire : date de renouvellement de l'adhésion pour laquelle une nouvelle cotisation annuelle d'assurance est due. Elle est précisée sur le certificat d'adhésion.

Enfants à charge. Sont considérés comme tels les enfants de l'assuré :

- de moins de 18 ans rattachés au foyer fiscal de l'assuré ;
- âgés de 18 à 26 ans fiscalement à charge de l'assuré, à condition qu'ils ne perçoivent pas de revenu propre supérieur à 50 % du smic (salaire minimum interprofessionnel de croissance) ;
- enfants âgés de 26 ans au plus, non fiscalement à charge, mais pour lesquels l'assuré verse une pension alimentaire à la suite d'une décision de justice ;
- enfants handicapés âgés de moins de 21 ans et pour lesquels est versée l'allocation aux adultes handicapés ou l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ;
- enfants nés viables moins de 300 jours après le décès de l'assuré, jusqu'à leur 26^e anniversaire.

Il peut s'agir non seulement des propres enfants de l'assuré mais également des enfants que celui-ci a recueillis à son foyer fiscal.

Examen à visée diagnostique : examen réalisé dans le cadre d'une situation de santé ou de symptômes médicalement constatés motivant la réalisation de l'examen.

Franchise : période qui débute le premier jour d'arrêt de travail et pendant laquelle aucune prestation n'est due.

Grossesse pathologique : une grossesse est dite pathologique lorsqu'au cours de son évolution survient un phénomène pathologique médicalement constaté et traité, à l'exclusion de toute considération socio-professionnelle ou de convenances personnelles.

Les seules complications qui seront garanties au titre d'un arrêt de travail pour grossesse pathologique sont :

- la menace d'accouchement prématuré nécessitant une hospitalisation et / ou un traitement médical utérorelaxant (ouverture anormale du col objectivée par échographie) ;
- la grossesse extra-utérine ;
- la fausse couche spontanée ;
- la môle hydatiforme ;
- le choriocarcinome ;
- la toxémie gravidique et l'hyper-tension artérielle (HTA) gravidique ;
- l'hématome rétroplacentaire ;
- le placenta praevia.

Hospitalisation : séjour, en qualité de patient, prescrit par un médecin dans une clinique ou un hôpital public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou d'un accident.

Intervention chirurgicale : intervention pratiquée par un chirurgien, à la suite d'une maladie ou d'un accident, en clinique ou hôpital (y compris acte chirurgical ambulatoire). **Les actes de chirurgie faits dans un cabinet médical ne sont pas pris en compte.**

Maladie : toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

La grossesse pathologique est assimilée contractuellement au risque maladie.

Mandataire social (assimilé salarié) : le mandataire social est une personne physique qui a été mandatée par une personne morale pour agir en son nom, mais qui relève du régime général. À cet égard, elle dispose de l'autorité pour représenter la société auprès des tiers.

Nous : désigne l'assureur.

Nullité : sanction entraînant l'annulation du contrat d'assurance, c'est-à-dire que le contrat est considéré comme n'ayant jamais existé.

Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA). Est considéré en PTIA tout adhérent qui est reconnu pendant la période de validité de la garantie :

- définitivement incapable de se livrer à toute occupation ou à tout travail lui procurant gain ou profit ;
- et dont l'état nécessite en permanence l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ou qui est définitivement obligé de vivre dans un établissement hospitalier.

Rechute : nouvelle manifestation d'une affection ayant déjà donné lieu à une indemnisation dans les conditions prévues au contrat.

Résiliation : c'est la cessation de l'adhésion.

Subrogation : en cas de dommage causé par un tiers responsable, l'assureur exercera son recours à l'encontre de ce dernier, conformément aux articles L. 121-12 et L. 131-2 du Code des assurances, à concurrence des prestations et indemnités versées à l'assuré.

Vous : désigne l'adhérent.

Chapitre 1 – Quelles sont les solutions prévoyance offertes par SwissLife Prévoyance Indépendants ?

1.1. Introduction

SwissLife Prévoyance Indépendants est une offre de prévoyance complète, modulable et personnalisable destinée aux professions libérales, y compris médicales et paramédicales, artisans, commerçants et exploitants agricoles. Cette offre vous permet de vous protéger ainsi que votre famille, en cas de décès ou d'arrêt de travail.

SwissLife Prévoyance Indépendants est composé de plusieurs contrats d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrits par l'Association générale interprofessionnelle de solidarité (AGIS), association loi 1901, dont le siège est situé 7, rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret, auprès de SwissLife Prévoyance et Santé pour les garanties relevant des branches 1 (accident) et 2 (maladie) de l'article R. 321-1 du Code des assurances, et SwissLife Assurance et Patrimoine pour les garanties relevant de la branche 20 (vie-décès) de l'article R. 321-1 du Code des assurances.

L'AGIS est une association souscriptrice qui a pour objet de conclure en faveur de ses membres des contrats d'assurance de groupe auprès d'organismes assureurs. En sa qualité de souscriptrice, elle veille à la bonne exécution des conventions et les adapte en fonction des intérêts de ses membres.

Chaque membre de l'association dispose d'un droit de vote à l'assemblée générale.

Les contrats entre l'AGIS et l'assureur prennent effet le 1^{er} janvier 2010, et se renouvellent par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant préavis de 3 mois.

En cas de résiliation des contrats entre l'AGIS et l'assureur :

- aucune adhésion nouvelle ne pourra être enregistrée ;
- chaque assuré garanti par ces contrats au moment de la résiliation, pourra le demeurer jusqu'à la fin des garanties.

L'adhésion aux contrats SwissLife Prévoyance Indépendants est régie par la loi française, notamment le Code des assurances. L'adhésion est soumise à la réglementation fiscale française. Les parties s'engagent à utiliser, pendant toute la durée de l'adhésion, la langue française.

1.2. Que garantissent les contrats SwissLife Prévoyance Indépendants ?

Vous adhérez librement aux contrats suivants :

- le contrat n° 3011 prévoit le versement de prestations en cas de décès et le versement de revenus de remplacement sous forme de rentes ou d'indemnités journalières. Ce contrat est souscrit dans le cadre de la fiscalité Madelin – article 154 bis du Code général des impôts ;
- le contrat n° 3012 prévoit le versement de prestations en cas de décès et le versement de revenus de remplacement sous forme de rentes ou d'indemnités journalières. Il permet également de couvrir les dividendes et les frais généraux. Ce contrat n'est pas éligible à la fiscalité Madelin – article 154 bis du Code général des impôts.

Les dispositions de la notice d'information qui suivent s'appliquent à l'ensemble des contrats.

1.3. Que se passe-t-il en cas de révision des contrats ?

L'AGIS et l'assureur peuvent, d'un commun accord, réviser un ou plusieurs des contrats souscrits. Toute modification des droits et obligations des adhérents sera portée par écrit à la connaissance de l'ensemble des adhérents.

Vous pouvez résilier votre adhésion en raison de ces modifications. Le paiement de la nouvelle cotisation vaut acceptation des nouvelles conditions ; le non-paiement entraîne la résiliation de l'adhésion, conformément à l'article 2.5.4. de la présente notice d'information.

Chapitre 2 – Le fonctionnement de votre adhésion

2.1. Quelles conditions devez-vous réunir pour adhérer à SwissLife Prévoyance Indépendants ?

2.1.1. Qui peut adhérer ?

Pour pouvoir adhérer, toute personne physique membre de l'AGIS doit remplir les conditions suivantes :

- être âgée de moins de 63 ans [cependant, sur demande expresse de votre part, l'assureur étudiera votre dossier si vous êtes âgé(e) de 63 ans ou plus] ;
- être à jour du paiement des cotisations à ses régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance retraite ;
- exercer une activité professionnelle en tant que :
 - travailleur non salarié ou de professionnel libéral, y compris les professions médicales et paramédicales ;
 - conjoint collaborateur ;
 - mandataire social appartenant à l'une de ces catégories : président ou dirigeant de société anonyme (SA), société par actions simplifiées (SAS, SASU), société d'exercice libéral par actions simplifiées (SELAS), société d'exercice libéral à forme anonyme (SELAFA) ou gérant minoritaire ou égalitaire de société à responsabilité limitée (SARL) ou de société d'exercice libéral à responsabilité limitée (SELARL).

Le mandataire social (assimilé salarié) ne pourra pas, en raison de son seul titre de mandataire social, bénéficier des garanties frais généraux et dividendes. Il ne pourra choisir la garantie maintien de revenus qu'en complément de la garantie décès et dans les conditions prévues par l'assureur.

Si l'adhérent réside hors de France, l'assureur se réserve le droit de refuser l'adhésion du contrat si l'assureur ne dispose pas du droit d'exercer une activité d'assurance dans le pays de résidence.

Les mêmes règles sont appliquées en cas de changement de pays de résidence en cours de vie du contrat. Dans ce cas, l'assureur se réserve le droit de mettre un terme au contrat.

2.1.2. Quelles sont les formalités d'adhésion ?

Vous devez remplir, dater et signer une demande d'adhésion comportant :

- les garanties choisies ;
- le(s) bénéficiaire(s) des garanties en cas de décès ;
- les indications relatives à la situation personnelle et professionnelle des personnes à assurer ;
- une déclaration d'absence d'arrêt de travail ou une déclaration d'état de santé ou un questionnaire de santé selon votre âge, le montant des capitaux assurés et des garanties choisies ;
- un questionnaire spécifique peut vous être demandé selon votre profession et le niveau de garanties demandées.

Un complément d'information ou des formalités médicales complémentaires, réalisées à nos frais, peuvent être demandés lors de l'étude du dossier.

L'acceptation de votre adhésion est conditionnée aux réponses aux différents questionnaires, mais également au regard de vos activités professionnelles le cas échéant.

2.1.3. Comment et quand déclarer le risque ?

Au moment de l'adhésion

Après étude de vos déclarations, notamment celles relatives à votre état de santé, vos antécédents médicaux de tous ordres, le fait que vous soyez fumeur ou non-fumeur, vos activités professionnelles, vos déplacements à l'étranger, nous pouvons exclure, ajourner ou refuser tout ou partie des garanties, en diminuer certaines ou appliquer une surprime.

Vous vous engagez à nous déclarer toute modification relative à votre état de santé et à votre situation entre la date de signature de la demande d'adhésion et la date à laquelle vous recevez votre certificat d'adhésion.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, l'adhérent et l'assuré, s'il est différent, s'exposent à la nullité de l'adhésion, conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte, il peut être fait application des articles L. 113-9 et L. 132-26 du Code des assurances.

En cours d'adhésion

En cours d'adhésion, vous devez nous informer en application de l'article L. 113-2 du Code des assurances de tout changement de votre situation, et notamment :

- le fait que vous vous mettiez ou que vous vous remettiez à fumer, même occasionnellement, alors que lors de votre adhésion, vous déclariez être non-fumeur ;
- un changement de profession ou une modification des conditions d'exercice de votre activité professionnelle (exemple : déplacement à l'étranger hors Union européenne de plus de 60 jours) ;
- la cessation ou la réduction d'activité professionnelle (exemple : fermeture temporaire, mise en sommeil ou fermeture définitive de votre entreprise), ainsi qu'un départ en retraite ;

- un changement de statut pouvant entraîner une modification de votre adhésion ;
- le changement de votre domicile ou sa fixation hors de France ;
- la cessation ou le changement d'affiliation au régime obligatoire ;
- l'évolution de votre situation familiale ainsi que de vos revenus ou de vos frais généraux, afin d'ajuster au mieux vos garanties ;
- la souscription de tout autre contrat (individuel ou collectif) de prévoyance complémentaire comprenant une ou plusieurs garanties présentes au sein de votre contrat Swiss Life. Le défaut de déclaration entraînera les sanctions prévues par le Code des assurances.

Vous devez nous faire part de ces déclarations en cours de contrat, par lettre recommandée à notre siège social ou à notre représentant, dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous en avez connaissance, sous peine des sanctions prévues par le Code des assurances.

2.2. Conclusion de l'adhésion, date d'effet et durée

L'adhésion est conclue par l'accord entre vous, l'adhérent, et nous, l'assureur.

Tout ce qu'il faut savoir sur votre adhésion

- Notre acceptation est matérialisée par l'émission d'un **certificat d'adhésion** qui indique la date d'effet de l'adhésion, la date d'échéance anniversaire, la nature, l'étendue, le montant des garanties ainsi que le détail de votre cotisation.
- La **date de conclusion** de l'adhésion est celle de notre acceptation qui vous sera indiquée sur le certificat d'adhésion.
- L'adhésion prend effet à la date indiquée au certificat d'adhésion et sous réserve du paiement de la première cotisation.
- L'adhésion est conclue pour une **durée annuelle**. Elle est **reconduite tacitement** d'année en année à chaque échéance anniversaire.
- Elle prend fin à l'extinction de la totalité de vos garanties d'assurance.
- L'adhésion prend fin également lors de la mise en œuvre des garanties décès ou perte totale et irréversible d'autonomie.

2.3. Comment renoncer à votre adhésion ?

Vous pouvez renoncer à votre adhésion dans un **délai de 30 jours calendaires révolus** à compter de la date de conclusion de votre adhésion, ou de réception de votre certificat d'adhésion si cette date est postérieure.

Pour ce faire, il suffit de nous adresser une lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, selon le modèle suivant :

Je soussigné(e) (*prénom et nom*), demeurant à (*adresse*) demande à renoncer aux garanties prévues par le contrat n° (*numéro de contrat*) que j'ai signé le (*date*).

(*Si des cotisations ont été versées*) Je vous prie de me rembourser l'intégralité des sommes versées.

Date et signature

Dans les 30 jours à compter de la réception de votre lettre, nous vous rembourserons l'intégralité des sommes versées.

2.4. Quels sont les différents cas de résiliation ou de cessation de votre adhésion ?

2.4.1. À votre initiative

Vous pouvez résilier vos contrats :

- chaque année à l'échéance anniversaire. Pour ce faire, une **lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique doit nous être adressé(e) au plus tard 2 mois avant cette date**. Vous pouvez également utiliser tout autre moyen prévu à l'article L. 113-14 du Code des assurances, ou encore résilier votre contrat *via* votre espace client *MySwissLife* ;
- en cas de disparition de circonstances aggravantes mentionnées au certificat d'adhésion ou en cas de diminution du risque et si nous refusons de réduire vos cotisations en conséquence (article L. 113-4 du Code des assurances) ;
- en cas de cessation définitive d'activité professionnelle entraînant une modification dans la nature et la portée des garanties ;
- en cas de révision des cotisations selon les dispositions du paragraphe « En fonction des résultats techniques » de l'article 2.5.2. de la présente notice d'information.

N.B. : L'ajustement des cotisations en fonction de l'âge ne constitue pas un motif de résiliation.

2.4.2. À notre initiative

Dans les deux premières années d'adhésion

L'assureur peut résilier votre adhésion à l'échéance anniversaire moyennant un préavis de 2 mois.

Cependant, par dérogation à l'alinéa précédent, l'assureur s'interdit expressément l'utilisation de ce droit si l'adhésion vient en remplacement d'un contrat de même

nature, avec des garanties demandées équivalentes et de mêmes montants, souscrit auprès d'un autre organisme, et sous réserve qu'il n'y ait pas eu d'interruption de couverture entre ces deux adhésions.

Après deux ans d'adhésion

Nous ne pourrions plus résilier l'adhésion et le contrat sera maintenu jusqu'au terme des garanties indiqué au certificat d'adhésion, sauf pour les motifs suivants :

- non-paiement des cotisations ;
- aggravation du risque en cours d'adhésion (non lié à l'état de santé), si vous n'acceptez pas le tarif proposé ;
- fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues ; **étant précisé que l'assuré 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 ;

- en cas de mise en sommeil de l'entreprise, de procédure de sauvegarde (article L. 622-13 du Code de commerce), de redressement judiciaire (article L. 631-14 du Code de commerce), ou de liquidation judiciaire (article L. 641-11-1 du Code de commerce) de l'adhérent et dans le respect des dispositions de ces articles.

2.4.3. De plein droit

- En cas de retrait de l'agrément de l'assureur.
- Lors de votre décès.
- À la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 67 ans, sauf cas particuliers précisés à l'article 3.2.1. de la présente notice.

Dans tous les cas, les garanties indemnités journalières, rente invalidité et remboursement des frais généraux cessent à compter de l'âge à partir duquel vous pouvez faire valoir vos droits à la retraite. Si des prestations sont en cours de versements, celles-ci cessent également à cette date.

2.4.4. La forme de la résiliation

La résiliation de l'adhésion à votre initiative doit être notifiée par lettre recommandée à notre siège social : Swiss Life – Service souscription et résiliation – CS 50003 – 59897 Lille Cedex 09, ou par envoi recommandé électronique, ainsi que par tout autre moyen visé à l'article L. 113-14 du Code des assurances. Vous pouvez également résilier votre contrat *via* votre espace client *MySwissLife*.

La résiliation de l'adhésion à notre initiative doit vous être notifiée par lettre recommandée à votre dernier domicile connu.

Dans le cas de résiliation au cours de la période annuelle d'assurance, la cotisation payée vous sera remboursée au prorata de la période non courue sauf en cas de :

- non-paiement des cotisations ;
- fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues.

2.4.5. Quelles sont les conséquences de la résiliation sur le droit aux prestations ?

En cas de résiliation de votre adhésion, la garantie cesse à la date de prise d'effet de la résiliation, mais le versement des prestations au titre d'un arrêt de travail survenu pendant la période de garantie est maintenu dans la limite de la durée contractuellement prévue. Les prestations frais généraux cessent à la date d'effet de la résiliation.

Seuls les sinistres dont la franchise est arrivée à expiration durant la période de validité de l'adhésion seront indemnisés. Cela signifie que si la franchise arrive à expiration postérieurement à la résiliation du contrat, le sinistre ne sera jamais garanti.

2.5 Comment sont calculées vos cotisations ?

2.5.1. Le montant des cotisations

Le montant de la cotisation se calcule en fonction :

- de votre âge, à la prise d'effet de l'adhésion, selon les tranches d'âge suivantes : moins de 26 ans / 26 – 30 ans / 31 – 35 ans / 36 – 40 ans / 41 – 45 ans / 46 – 50 ans / 51 – 55 ans / 56 – 60 ans / 61 – 62 ans ;
- de votre activité professionnelle déclarée et des conditions d'exercice de votre profession ;
- de votre lieu de résidence ;
- du fait que vous soyez fumeur ou non ;
- du montant des indemnités et des garanties que vous avez souscrites ;
- et des conditions d'acceptation médicale.

2.5.2. Évolution des cotisations

En fonction de l'âge

Pour tenir compte de l'augmentation du risque liée à votre âge, les cotisations sont réajustées automatiquement, à chaque échéance principale selon l'âge atteint et en application du barème suivant :

Tranches d'âge	Taux annuel d'évolution des cotisations	
	Capital décès, rente viagère de conjoint, rente éducation et capital maladie grave	Garanties maintien de revenus, couverture des dividendes et remboursement des frais généraux
18 – 30 ans	cotisation constante	3 %
31 – 40 ans	3 %	3 %
41 – 45 ans	5 %	3 %
46 – 60 ans	7 %	4 %
61 – 65 ans	10 %	5 %
66 – 70 ans	12 %	5 %

À partir de l'échéance principale suivant vos 70 ans, la garantie décès toutes causes en capital se poursuit selon les conditions évoquées à l'article 3.2.1. de la présente notice et la cotisation correspondante n'est plus soumise à l'ajustement en fonction de l'âge.

Dans le cas où le capital doit être ajusté à 250 000 euros à l'échéance principale suivant vos 70 ans, la cotisation est recalculée à cette date pour tenir compte de cette baisse de garantie.

Les cotisations des options « capital infirmité consécutive à un accident » et « allocation frais d'obsèques » n'évoluent pas en fonction de l'âge.

L'ajustement de la cotisation en fonction de l'âge ne peut pas constituer un motif de résiliation à votre initiative.

En fonction des résultats techniques

Nous pouvons être amenés à modifier notre tarif, en cas d'aggravation du caractère technique général, telle que l'augmentation de la fréquence ou du coût moyen des sinistres.

Cette modification de la cotisation interviendra après notification préalable à l'association AGIS. Elle sera notifiée lors de l'envoi du relevé d'information annuelle et prendra effet à l'échéance anniversaire de l'adhésion. L'assureur rendra compte de cette modification lors de la prochaine assemblée générale de l'AGIS.

Dans ce cas de figure, l'adhérent dispose d'un délai de 30 jours pour résilier son adhésion à compter de l'envoi de l'information par l'assureur. La résiliation prendra effet à la date d'effet de la modification.

En cas de modifications législatives et / ou réglementaires

L'assureur se réserve la faculté d'ajuster la cotisation en cours d'année en cas de modification de l'environnement législatif ou réglementaire, ayant pour effet d'augmenter significativement le coût de l'exécution du contrat ou de remettre en cause l'équilibre du portefeuille, au sens de l'article 1195 du Code civil.

Toute modification de la cotisation interviendra après notification préalable à l'association AGIS, et prendra effet à la date déterminée par l'assureur. L'assureur rendra compte de cette modification lors de la prochaine assemblée générale de l'AGIS. Dans ce cas de figure, l'adhérent dispose d'un délai de 30 jours pour résilier son adhésion à compter de l'envoi de l'information par l'assureur. La résiliation prendra effet à la date d'effet de la modification.

Les cotisations incluent l'ensemble des taxes et contributions ; toute modification ou ajout de taxe ou contribution obligatoire de toute nature impliquera une variation de cotisations.

Le montant de la cotisation est indexé annuellement tel que le prévoit l'article 3.1.5. de la présente notice.

2.5.3. Le paiement de vos cotisations

Les cotisations sont payables annuellement et par avance. Nous pouvons accepter des paiements semestriels, trimestriels ou mensuels. Le paiement par fractionnement mensuel de la cotisation se fait uniquement par prélèvement automatique. Pour les autres fractionnements, vous pouvez régler par chèque ou par prélèvement automatique depuis votre compte bancaire.

2.5.4. Le non-paiement de vos cotisations

En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'assureur adresse une mise en demeure à l'adhérent, conformément à l'article L. 113-3 du Code des assurances. Si la cotisation n'a pas été acquittée dans les 30 jours suivants cet envoi, la garantie est de plein droit suspendue et sera résiliée par l'assureur à compter du 41^e jour.

Si les garanties décès sont souscrites seules, l'assureur adresse une lettre recommandée informant l'adhérent qu'après l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement entraînera la résiliation de l'adhésion.

Il est précisé que tout événement survenu pendant une période de suspension des garanties, ainsi que ses suites, conséquences et récidives, ne seront jamais garantis.

2.5.5. L'exonération du paiement de vos cotisations

Cette garantie est réservée aux personnes ayant retenu la garantie maintien de revenus en cas d'incapacité temporaire de travail.

À compter du 91^e jour d'arrêt de travail continu, garanti et indemnisé au titre de

vosre adhésion, vous êtes exonéré du paiement des cotisations dues pendant la durée de l'incapacité temporaire ou de l'invalidité permanente, et ce pour toutes les garanties souscrites.

L'exonération prend fin dès la cessation de l'indemnisation de votre arrêt de travail et au plus tard lorsque vous avez atteint l'âge de faire valoir vos droits à la retraite, et en tout état de cause à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 67 ans.

En cas de reprise à mi-temps thérapeutique, l'exonération des cotisations cesse. Les cotisations seront calculées sur la base du revenu effectivement perçu (hors indemnités journalières du régime obligatoire).

2.6. La prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des assurances :

Articles L. 114-1

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2., les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Article L. 114-2 – Causes d'interruption de la prescription

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L. 114-3 – Caractère d'ordre public de la prescription

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Causes ordinaires d'interruption

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L. 114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait

Article 2240 du Code civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Demande en justice

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 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.

Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

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

Article 2246 du Code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1^{er} janvier 2019 :

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

1. à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;
2. à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;
3. à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Article 2234 du Code civil

La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Article 2235 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts.

Article 2236 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Article 2237 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession.

Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour participer à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

Article 2239 du Code civil

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legifrance.gouv.fr>) ou sur simple demande écrite auprès de l'assureur.

2.7. Quand intervient la subrogation ?

Conformément aux articles L. 121-12 et L. 131-2 du Code des assurances, le bénéficiaire des prestations donne subrogation à l'assureur pour exercer son recours, en cas de sinistre, contre les tiers responsables jusqu'à concurrence des prestations et indemnités versées en application de cette adhésion.

2.8. Quelle procédure devez-vous observer en cas de litiges ou réclamations ?

Votre premier contact : votre interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant votre contrat, vous êtes invité, dans un premier temps, à prendre contact avec votre interlocuteur habituel (conseiller commercial ou service client).

Votre deuxième contact : le service réclamations

Si un désaccord persiste, vous pouvez vous adresser à notre service réclamations : SwissLife Prévoyance et Santé – Service réclamations – TSA 36003 – 59781 Lille Cedex.

La Médiation de l'Assurance

La Médiation de l'Assurance peut également être saisie, après l'écoulement d'un délai de 2 mois qui suit l'envoi de votre première réclamation, en remplissant le formulaire accessible depuis le site <https://www.mediation-assurance.org>, ou à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance – TSA 50110– 75441 Paris Cedex 09.

La Médiation de l'Assurance ne peut être saisie si une action contentieuse a été ou est engagée. Le médiateur de l'assurance exerce sa mission en toute indépendance.

2.9. Protection des données à caractère personnel

Dans le cadre de nos relations, Swiss Life est amenée à collecter vos données personnelles dans le respect du règlement général sur la protection des données (RGPD), de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, et des référentiels édictés par la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés).

Les objectifs poursuivis par la collecte de vos données et les fondements juridiques des traitements de vos données personnelles sont les suivants :

Finalité : passation, gestion, exécution des contrats d'assurance	Bases légales des traitements
- Étude des besoins spécifiques de chaque assuré afin de proposer des contrats adaptés - Examen, acceptation, contrôle et surveillance du risque - Exécution des garanties des contrats - Gestion des contrats et gestion des clients - Exercice des recours - Gestion des réclamations et des contentieux - Exécution de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur (il peut notamment s'agir de traitements relatifs à l'exécution des règles fiscales, sociales, etc. ou encore des obligations relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme) - Mise en place d'actions de prévention proposées par l'assureur - Gestion du client intra-groupe - Conduite d'activités de recherche et développement - Opérations de communication et de fidélisation de la clientèle ou d'amélioration de la qualité du service - Respect des obligations prudentielles prévues par la législation européenne et la législation nationale	Exécution du contrat Respect d'obligations légales Intérêt légitime
Finalité : lutte contre la fraude à l'assurance	Bases légales des traitements
- Analyse et détection des actes réalisés dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution des contrats présentant une anomalie, une incohérence, ou ayant fait l'objet d'un signalement pouvant révéler une fraude à l'assurance - Gestion des alertes en cas d'anomalies, d'incohérences ou de signalements - Constitution de listes des personnes dûment identifiées comme auteurs d'actes pouvant être constitutifs d'une fraude - Gestion des procédures amiables, contentieuses, et disciplinaires consécutives à un cas de fraude - Exécution des dispositions contractuelles, législatives, réglementaires ou administratives en vigueur applicables consécutivement à une fraude Ces traitements permettent de prévenir, de détecter ou de gérer les opérations, actes, ou omissions présentant un risque de fraude.	Intérêt légitime
Finalité : prospection commerciale	Bases légales des traitements
- Réalisation des opérations relatives à la gestion des prospects - Acquisition, cession, location ou l'échange des données relatives à l'identification des prospects de l'organisme d'assurance	Intérêt légitime

Durées de conservation des données personnelles

Les données traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution des contrats sont conservées durant toute la vie du contrat, et jusqu'à expiration des durées légales de prescription. En cas de non-conclusion d'un contrat, les données (notamment les données de santé) pourront être conservées pour une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant du demandeur.

L'intérêt légitime de l'assureur justifie la mise en œuvre d'un dispositif de traitement de données à caractère personnel strictement nécessaire à des fins de prévention contre la fraude à l'assurance (prévenir, détecter ou gérer toute opération, acte ou omission présentant un risque de fraude) pouvant conduire à :

- l'inscription de toute personne physique ou morale intéressée sur une liste de personnes physiques ou morales présentant un risque de fraude, cette inscription pouvant avoir pour effet : (I) d'allonger le délai de traitement de la demande, (II) la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation ou d'un service (déchéance des garanties) résultant du contrat souscrit, (III) la nullité du contrat souscrit, (IV) le refus de souscription/d'adhésion à un contrat. Lesdites données pourront être conservées 5 ans maximum à compter de l'inscription, effectuée lors de la clôture du dossier de fraude avérée ;
- ce que les données personnelles (de toute personne physique ou morale intéressée) soient :
 - collectées et/ou traitées par toute personne habilitée intervenant dans la lutte contre la fraude, soit au sein de l'assureur, d'une des sociétés du groupe de l'assureur, d'un prestataire de services intervenant dans le cadre de missions déléguées de lutte contre la fraude, afin (i) d'analyser, de détecter, de gérer des anomalies, incohérences ou signalements pouvant être constitutifs d'une fraude, (ii) de gérer les procé-

dures amiables, contentieuses ou disciplinaires en cas de fraude ;

- transmises par le responsable de la cellule anti-fraude à toute personne habilitée intervenant au sein des organismes concernés par la lutte contre la fraude (a) d'autres compagnies ou mutuelles d'assurance, réassureurs ou intermédiaires d'assurance intervenant dans le cadre d'autres garanties, (b) tous organismes sociaux (notamment CPAM, Urssaf, Pôle emploi, CAF), l'administration fiscale ou tout organisme professionnel [Agence de lutte contre la fraude à l'assurance (Alfa) ou l'Association pour la gestion des informations sur le risque en assurance (Agira)], toute autorité de marché [Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), Autorité des marchés financiers (AMF)], (c) toute autorité judiciaire, médiateurs de l'assurance ou autre, arbitres, tout auxiliaire de justice (dont les huissiers de justice et les avocats), tout officier ministériel (dont les notaires), (d) tout organisme autorisé par une disposition légale [tout Comité opérationnel départemental anti-fraude (Codaf)] et, le cas échéant, (e) les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants (dont les associations de victime et leurs avocats).

Ces traitements incluant ces transmissions des données à caractère personnel de toute personne physique ou morale intéressée sont nécessaires aux fins de constatations, de l'exercice ou de la défense d'un droit en justice, que ce soit dans le cadre d'une protection judiciaire, administrative ou extrajudiciaire.

Les données et l'inscription au fichier fraude pourront être conservées pendant 5 ans à compter de la clôture du dossier de fraude avérée et jusqu'au terme de toute procédure judiciaire. Ces informations seront ensuite archivées.

Dans le cadre de la prospection commerciale, les données sont conservées pour une durée de trois ans maximum après le dernier contact ou la fin de la relation contractuelle.

Destinataires des données personnelles

Les données personnelles sont destinées dans la limite de leurs attributions :

- aux services de l'assureur ou à d'autres entités du groupe Swiss Life dès lors que leurs missions le justifient, et notamment à des fins de reporting, de lutte contre la fraude, de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, d'audit et de contrôle ;
- à nos réassureurs ou co-assureurs, intermédiaires, partenaires, ou sous-traitants, et à d'autres sociétés d'assurance si celles-ci sont impliquées dans la gestion du contrat (exemple : assureur du tiers victime) ;
- à des organismes susceptibles d'intervenir dans l'exécution des contrats d'assurance, tels les organismes publics habilités (administration fiscale, ministères concernés, autorités de tutelle, régimes sociaux...), ainsi qu'à des organismes professionnels (notamment à l'Agence de lutte contre la fraude à l'assurance ou l'Association pour la gestion des informations sur le risque en assurance), ou encore aux médiateurs, notaires, avocats, ou juridictions s'il y a lieu.

Vos données sont traitées par Swiss Life en France ou au sein de l'Union européenne. Toutefois, si des données personnelles doivent faire l'objet de transferts vers des pays tiers (notamment à destination de nos sous-traitants), Swiss Life prendra toutes les garanties nécessaires pour encadrer ces transferts (notamment encadrement des transferts à l'aide de clauses contractuelles types émises par la Commission européenne) et veiller à ce que la protection de vos données s'effectue dans des conditions adaptées permettant de garantir leur sécurité et l'effectivité de vos droits.

Droits sur vos données

Vous disposez de droits sur ces données :

- **droit d'accès** : vous pouvez obtenir des informations concernant le traitement de vos données ainsi qu'une copie de ces données (N.B. : concernant les données traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, le droit d'accès s'exerce auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés) ;
- **droit de rectification** : si vos données sont inexactes ou incomplètes, vous pouvez demander à ce qu'elles soient modifiées ou complétées ;
- **droit d'opposition** au traitement des données à caractère personnel pour des motifs légitimes, ou droit d'opposition sans motif concernant l'utilisation de vos données à des fins de prospection commerciale. Concernant la prospection par téléphone, vous pouvez aussi vous opposer en vous inscrivant gratuitement sur la liste d'opposition nationale Bloctel (www.bloctel.gouv.fr) qui interdit aux professionnels avec lesquels vous n'avez pas de relation contractuelle en cours, de vous démarcher par téléphone ;
- **droit à la limitation** des données à caractère personnel ;
- **droit à l'effacement** : vous pouvez demander l'effacement de vos données sous réserve de l'application de votre contrat ou d'obligations légales de conservation s'appliquant à l'assureur ;
- **droit à la portabilité des données** : vous pouvez demander que les données personnelles que vous nous avez personnellement fournies vous soient rendues ou, lorsque cela est techniquement possible, soit transférées à un tiers ;
- **droit de retirer votre consentement** si l'utilisation des données est fondée sur votre autorisation spéciale et expresse ;
- **droit de définir des directives** relatives au sort des données à caractère personnel après votre décès.

Ces droits peuvent s'exercer par un courrier adressé au DPO – Swiss Life – Direction gouvernance et qualité de la donnée – 7, rue Belgrand, 92300 Levallois-Perret ; ou par e-mail à dposwisslife@swisslife.fr ; ou auprès du médecin-conseil de Swiss Life à l'adresse précitée pour toutes demandes liées à des données médicales.

Vous pouvez également en cas de réclamation choisir de contacter la CNIL : <https://www.cnil.fr>

Concernant vos données, vous pouvez également vous reporter à tout moment à la politique de protection des données sur notre site Internet : www.swisslife.fr.

2.10. L'autorité de contrôle

L'autorité administrative chargée du contrôle de l'assureur est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située au 4, place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

2.11 Dispositions relatives à la dématérialisation et aux opérations en ligne valant convention de preuve

2.11.1 Dématérialisation des échanges entre l'adhérent et l'assureur

Dès lors que l'adhérent transmet à l'assureur une adresse de courrier électronique valide, l'assureur pourra délivrer toutes informations et, plus généralement, adresser toutes correspondances quelconques à l'adhérent par voie électronique, à savoir, sur le site internet ou par courrier électronique (e-mail).

À ce titre et conformément aux dispositions de l'article L. 111-10 du Code des

assurances, l'assureur vérifie la validité de cette adresse de courrier électronique par l'envoi d'un e-mail à cette même adresse en invitant l'adhérent à cliquer sur un lien aux fins de validation.

L'adhérent est informé que l'assureur reproduira cette vérification annuellement afin de lui permettre de poursuivre la communication dématérialisée avec l'adhérent et de considérer que ce moyen est adapté à la situation de l'adhérent.

Ainsi, dans l'hypothèse où l'adhérent ne valide pas son adresse électronique lors de l'une de ces vérifications annuelles, il ne sera plus considéré par l'assureur comme éligible aux échanges dématérialisés. Il appartiendra alors à l'adhérent, soit de valider son adresse de courrier électronique conformément à la procédure décrite ci-avant, soit de contacter l'assureur pour la remise en place du service.

Il appartient à l'adhérent d'aviser immédiatement l'assureur de tout changement d'adresse e-mail

L'adhérent déclare et reconnaît en outre que tout écrit qui lui sera transmis par l'assureur sur support électronique sur le site Internet aura force probante de son envoi et de sa réception et pourra lui être valablement opposé par l'assureur.

Pour conserver un envoi postal, sans frais, l'adhérent pourra adresser sa demande par courrier, en indiquant son identifiant personnel ainsi que son adresse e-mail, à Swiss Life – Service support papier – 1, rue du Maréchal de Lattre de Tassigny – 59671 Roubaix Cedex 1.

2.11.2 Opérations transmises par voie électronique (« opérations en ligne »)

Durant la durée de son contrat, l'adhérent a la faculté de demander certaines opérations par le site Internet : <http://www.swisslife.fr> au travers de son espace client sécurisé.

Le site mis à disposition de l'adhérent lui permet d'effectuer des demandes d'opérations. Les demandes ou les validations de l'adhérent sur le site sont transmises directement par voie électronique à l'assureur ; l'assureur les exécute comme demandes d'opérations de l'adhérent, dans les délais éventuellement prévus au contrat, courant à compter de la demande ou de la validation de l'adhérent. Ces demandes et validations sont, aux termes du présent contrat, des opérations en ligne.

Cette possibilité n'est ouverte qu'après l'expiration du délai de renonciation mentionné dans le bulletin d'adhésion.

Les opérations en ligne sont réservées aux adhérents majeurs et juridiquement capables. Elles ne sont pas accessibles aux co-adhérents. Elles ne sont pas accessibles non plus si le contrat est nanté ou fait l'objet d'une délégation.

Certains actes, notamment l'acceptation par le bénéficiaire, ne pourront être faits en ligne. Les opérations concernées seront alors transmises uniquement sur support papier et par voie postale.

En cas de suspension ou de suppression de l'accès à l'une des opérations en ligne, l'adhérent transmettra ses instructions de gestion sur support papier et par voie postale.

Toute demande d'opération reçue par l'assureur, par voie électronique ou sur support papier, dès lors qu'elle entre dans les conditions du contrat d'assurance, est mise à exécution. Cette exécution sera considérée comme parfaite et ne pourra engager la responsabilité de l'assureur.

L'adhérent reconnaît de manière expresse et irrévocable que le recours aux opérations en ligne ne constitue pas une condition essentielle et déterminante de son adhésion au contrat.

Toute opération demandée en ligne par l'adhérent donne lieu à l'envoi à celui-ci d'un courrier électronique (e-mail), dans les 12 heures.

L'adhérent sera réputé de convention expresse et irrévocable, avoir pris connaissance de manière incontestable dudit message du seul fait de son expédition à l'adresse e-mail connue de l'assureur.

À défaut de réception de ce courrier électronique dans les 12 heures de la demande d'opération, l'adhérent doit immédiatement en informer l'assureur en précisant les informations qui ont été saisies sur le site de son conseiller ; l'assureur s'engage, dans ce cas, à effectuer une vérification dans le système d'information et à envoyer un mail à l'adhérent l'informant de la situation de sa demande. L'adhérent doit également faire part immédiatement à l'assureur de toute anomalie. À défaut, toute conséquence directe ou indirecte d'une inexécution ou d'une erreur dans l'exécution ne pourrait être opposée à l'assureur.

Pour informer l'assureur, le souscripteur adressera un e-mail à l'adresse suivante : contact.serviceclients@swisslife.fr.

2.11.3 Dispositions diverses

L'adhérent est informé que les dispositions relatives notamment aux conditions d'accès au site, d'attribution des identifiants et mots de passe dans le cadre de la dématérialisation et aux opérations en ligne figurent dans les conditions générales d'utilisation dont l'adhérent est tenu de prendre connaissance et d'accepter les termes lors de sa première connexion au site.

Chapitre 3 – Que garantissent les contrats SwissLife Prévoyance Indépendants ?

3.1. Le fonctionnement des garanties

3.1.1. Quelles garanties pouvez-vous choisir ?

En fonction de votre choix et de votre statut déclaré, vous pouvez bénéficier de tout ou partie des garanties ci-dessous. Les garanties choisies sont précisées au certificat d'adhésion.

Garanties en cas de décès :

- la garantie capital décès / PTIA est obligatoire ;
- les garanties décès suivantes sont optionnelles :
 - rente viagère de conjoint ;
 - rente éducation.

En complément d'une ou plusieurs garanties décès, vous pouvez choisir une ou plusieurs garanties suivantes :

- capital infirmité par accident ;
- capital frais d'obsèques ;
- capital par anticipation en cas de maladie grave.

Garanties en cas d'arrêt de travail :

- indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale de travail pour maintenir votre revenu ;
- indemnités journalières pour garantir le remboursement des frais généraux en cas d'incapacité temporaire totale de travail ;
- une rente en cas d'invalidité permanente, totale ou partielle ;
- indemnités forfaitaires pour garantir les dividendes (voir conditions au chapitre 3.5).

Des garanties d'assistance diverses sont incluses, leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge sont précisées dans la « Convention d'assistance prévoyance » SWISS 0008.

3.1.2. L'étendue territoriale de vos garanties

Vos garanties décès, maintien de revenus et remboursement des frais généraux restent acquises dans le monde entier sous réserve que le fait générateur du sinistre ne découle pas d'un événement connu au moment de votre départ de France (exemple : opération chirurgicale programmée à l'étranger) et si vous résidez habituellement et de façon régulière en France. Dans le cas d'un arrêt de travail, l'indemnisation est versée de la manière suivante :

- dès le premier jour en cas d'hospitalisation à l'étranger, **limitée à 3 mois** ;
- dès le premier jour de retour en France pour les autres cas.

Par conséquent, tout arrêt de travail à l'étranger s'effectuant en dehors du cadre d'une hospitalisation n'est pas pris en charge au titre de ce contrat.

Dans tous les cas, l'indemnisation interviendra après application de la franchise indiquée au certificat d'adhésion et reprise dans votre relevé de situation annuel en tenant compte de votre bonus fidélité. Le règlement de vos prestations auprès de l'assuré ou encore de ses bénéficiaires est toujours effectué en France, dans la monnaie légale de l'Etat français et sur présentation de certificats médicaux rédigés en français.

3.1.3. La date de l'événement garanti

La date de l'événement garanti est :

- **pour les garanties décès** : la date du décès ;
- **pour la garantie maladie grave** : la date du diagnostic de l'une des cinq maladies graves garanties (définies à l'article 3.2.4. de la présente notice) ou la date de la réalisation de la greffe ;
- **pour les garanties arrêt de travail** : le premier jour de l'arrêt de travail ;
- **pour les garanties infirmité, invalidité ou perte totale et irréversible d'autonomie** : la date de consolidation de l'état d'infirmité, d'invalidité, de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) de l'assuré définie par le médecin expert désigné par l'assureur, et au plus tôt à la date de déclaration du sinistre.

3.1.4. Quelle est la date d'entrée en vigueur des garanties ?

Les garanties de votre adhésion s'exercent sur les conséquences :

- des accidents survenus après la date d'effet de l'adhésion ;
- des maladies dont la première constatation médicale est postérieure à la prise d'effet de l'adhésion et pour les garanties maintien de revenus (indemnités journalières et rentes invalidité) et remboursement des frais généraux, après expiration d'un délai d'attente défini ci-dessous.

Si votre adhésion est soumise à la seule signature de la déclaration d'absence d'arrêt de travail (DAAT) telle que définie à l'étape 2 de votre demande d'adhésion : dans ces conditions, par dérogation à l'alinéa précédent, si vous avez pu répondre par la négative à l'intégralité des questions, les conséquences des maladies seront indemnisées, dans les conditions définies dans la présente notice d'information et après

application du délai d'attente (sauf dans les cas d'abrogation prévus au contrat), sans prise en compte de la date de la première constatation médicale.

Délai d'attente

Le délai d'attente est décompté à partir de la prise d'effet de l'adhésion et est égal à :

- 12 mois pour les affections psychologiques et psychiatriques. Le délai d'attente est ramené à 9 mois lorsque que l'option « rachat conditions hospitalisation psychiatrique » a été retenue par l'adhérent et acceptée par l'assureur ;
- 3 mois pour les autres maladies, à l'exception des maladies infectieuses suivantes pour lesquelles aucun délai d'attente n'est observé : grippe, Covid-19, angine, rhinopharyngite, coqueluche, varicelle, rubéole, oreillons, scarlatine, diphtérie, polio-myélite, méningite cérébrospinale, dysenterie, fièvre typhoïde et paratyphoïde.

Tout événement survenu pendant le délai d'attente, ainsi que ses suites, conséquences et récurrences ne seront jamais garantis.

En cas d'augmentation ou d'ajout de garantie(s), il est à noter que les délais d'attente s'appliquent de nouveau, mais uniquement sur le différentiel de garantie résultant de la modification, ou sur la (les) nouvelle(s) garantie(s) choisie(s).

Les délais d'attente peuvent être abrogés à la demande de l'assuré et après accord de l'assureur si l'adhésion remplace, sans qu'il y ait eu interruption de garantie dans le temps, un autre contrat de même nature et niveaux de garanties, sous réserve de fournir un justificatif des garanties précédentes, et si la résiliation de ce contrat est le fait de l'assuré. L'abrogation des délais d'attente s'exerce dans la limite des garanties (nature et montant) précédemment souscrites, sur présentation du certificat de radiation et des dispositions particulières du contrat antérieur.

Cette possibilité d'abroger des délais d'attente ne vise pas l'option « rachat psy ». Les affections psychologiques et psychiatriques restant dans tous les cas soumises à un délai d'attente de 12 mois (ou 9 mois lorsque l'option « rachat conditions hospitalisation psychiatrique » a été retenue par l'adhérent et acceptée par l'assureur).

3.1.5. Comment sont indexées vos garanties et vos cotisations ?

Les montants des garanties ainsi que des cotisations seront indexés à chaque échéance anniversaire en fonction de l'évolution de la valeur du point Agirc-Arrco, et après résolution adoptée par l'assemblée générale de l'AGIS.

3.1.6. Quand peut intervenir la modification des garanties (hors ajustements en cas d'événements familiaux prévus au 3.1.7) ?

Les modifications de garanties à la hausse ou à la baisse s'effectuent uniquement à l'échéance anniversaire de votre adhésion.

Toutefois, sur votre demande, les garanties pourront être modifiées en cours d'année d'assurance, après notre accord.

Une demande d'augmentation des garanties à votre initiative :

- pourra être acceptée si elle est demandée à partir de 12 mois d'adhésion et au plus tard au terme de la 3^e année de l'adhésion, à la condition qu'elle n'excède pas 20 % des garanties et sous réserve de fournir une attestation d'état de santé inchangé depuis l'adhésion ;
- à défaut, elle sera soumise aux conditions applicables à une nouvelle adhésion.

Dans tous les cas, un avenant sera établi par l'assureur pour marquer son accord. Des pièces justificatives peuvent être demandées pour justifier de l'évolution de revenus à la hausse ou à la baisse.

3.1.7. Quand peut intervenir la modification des garanties en cas d'événements familiaux ?

La modification des garanties décès, rente de conjoint et rente éducation peuvent s'effectuer à la hausse, sans pouvoir excéder 20 % d'augmentation par garanties et sans aucune formalité médicale, dans les 3 mois qui suivent l'un des événements familiaux suivants (dans une limite totale de 200 000 euros de capitaux sous risques pour toute la durée de l'adhésion) :

- en cas de mariage de l'assuré ;
- en cas de naissance ou adoption d'un enfant de l'assuré ;
- en cas de début d'études supérieures des enfants de l'assuré ;
- en cas de décès du conjoint de l'assuré ;
- en cas d'achat d'une résidence principale par l'assuré en vue d'y résider, sous réserve de justifier que l'assuré y réside de manière principale.

Dans tous les cas, un avenant sera établi par l'assureur pour marquer son accord. Dans le cas où l'adhérent souhaite une modification autre qu'une hausse de garanties décès, rente éducation ou rente de conjoint en cas d'événement familial, les conditions de l'article 3.1.6 seront appliquées.

3.1.8. Quand intervient la cessation de vos garanties ?

Les garanties prennent fin, pour chacune d'entre elles, au plus tard à la date indiquée au certificat d'adhésion.

3.2. Les garanties en cas de décès ou PTIA et les options associées

3.2.1. Le capital décès

Décès

Le maintien de la garantie capital décès post liquidation des droits à la retraite est soumis à accord de l'assureur dont le montant est précisé au certificat d'adhésion. Un avenant marquera l'accord de l'assureur pour prolonger la garantie décès au-delà de l'année au cours de laquelle vous atteignez 70 ans.

Si vous décédez avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 70 ans, nous garantissons le versement du capital souscrit au(x) bénéficiaire(s) que vous avez désigné(s) sur le certificat d'adhésion.

À partir de la date d'échéance principale suivant vos 70 ans, le montant de la garantie :

- ne peut excéder 250 000 euros ;
- diminue de 15 % chaque année jusqu'à la date d'échéance principale suivant ses 75 ans, date à laquelle la garantie cesse.

Exemple 1

• Capital initialement souscrit	150 000 €
• Capital à l'échéance anniversaire du contrat suivant le :	
– 70 ^e anniversaire du client	127 500 €
– 71 ^e anniversaire du client	108 375 €
– 72 ^e anniversaire du client	92 118 €
– 73 ^e anniversaire du client	78 300 €
– 74 ^e anniversaire du client	66 555 €
– 75 ^e anniversaire du client	le contrat est résilié

Exemple 2

• Capital initialement souscrit	400 000 €
• Capital à l'échéance anniversaire du contrat suivant le :	
– 70 ^e anniversaire du client	250 000 €
– 71 ^e anniversaire du client	212 500 €
– 72 ^e anniversaire du client	180 625 €
– 73 ^e anniversaire du client	153 531 €
– 74 ^e anniversaire du client	130 502 €
– 75 ^e anniversaire du client	le contrat est résilié

Décès accidentel

Si vous décédez des suites d'un accident avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 67 ans, et à condition que ce décès survienne dans le délai de 12 mois à dater du jour de l'accident, il est versé un capital supplémentaire au(x) bénéficiaire(s) que vous avez désigné(s) dont le montant est précisé au certificat d'adhésion. La preuve du décès par accident incombe à votre(vos) bénéficiaire(s).

Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie, nous vous versons directement le capital décès par anticipation. Si la perte totale et irréversible d'autonomie est consécutive à un accident, le capital décès précisé au certificat d'adhésion vous sera versé selon les modalités prévues aux deux paragraphes précédents (décès et décès accidentel). Le versement du capital met fin à la garantie en cas de décès.

Double effet

Si votre conjoint, votre partenaire lié par un pacs ou votre concubin décède en même temps ou dans les 24 mois qui suivent votre décès, nous versons au profit du ou de vos enfants restés à sa charge un capital supplémentaire égal au capital décès de base. En outre, votre décès doit survenir avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 67 ans.

Si plusieurs enfants sont à charge au moment du décès, le capital est partagé entre eux à parts égales.

3.2.2. La rente viagère de conjoint

Décès

Si vous décédez avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 67 ans, le montant de la rente choisi est versé à mois échu au profit de votre conjoint, de votre partenaire de pacs ou de votre concubin désigné sur le certificat d'adhésion et sous réserve qu'il ait toujours cette qualité au jour du décès. Cette rente est versée jusqu'au décès du bénéficiaire.

Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

Si vous êtes en état de perte totale et irréversible d'autonomie avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 67 ans, nous vous versons le montant de la rente souscrite, puis à votre décès, à votre conjoint, à votre partenaire lié par un pacs ou à votre concubin survivant désigné sur le certificat d'adhésion.

3.2.3. La rente éducation

Décès

Si vous décédez avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 67 ans, la rente choisie et indiquée au certificat d'adhésion est versée à mois échu à chacun de vos enfants désignés que vous aviez à charge lors de votre décès.

Le montant de la rente varie selon l'âge de l'enfant bénéficiaire.

Cette rente est versée au plus tard jusqu'à la fin du mois civil suivant le 26^e anniversaire de l'enfant.

Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 67 ans, nous vous versons le montant de la ou des rentes souscrites. À votre décès, la rente continue à être versée au(x) enfant(s) désigné(s) dans les conditions prévues ci-dessus.

Pour les enfants handicapés à charge de l'assuré et âgés de moins de 21 ans lors de son décès (ou en cas de PTIA), la rente sera versée de manière viagère au bénéfice du ou des enfant(s) tant que ces derniers percevront l'allocation aux adultes handicapés ou l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

3.2.4. Les garanties optionnelles

Capital maladie grave

Un capital dont le montant est indiqué au certificat d'adhésion vous est versé dès que le diagnostic de l'une des cinq maladies graves suivantes a été posé et qu'il a été reconnu par l'assureur (infarctus du myocarde, coronaropathies, accident vasculaire cérébral, cancer, insuffisance rénale) ou dès qu'une greffe d'organe a été réalisée.

La date des premiers symptômes de la maladie ou, pour la greffe d'organe, de l'affection qui la nécessite, doit intervenir plus de 3 mois après la date d'effet de votre adhésion pour ouvrir droit au versement du capital.

Ce montant sera déduit du capital garanti en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré.

Cette garantie, si elle a été choisie, est valable jusqu'à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 67 ans.

Définition des maladies graves

a) Infarctus du myocarde : il s'agit de la nécrose d'une zone du muscle myocardique, dont le diagnostic est posé par la présence de signes électriques caractéristiques au tracé électro-cardiographique, associée à une augmentation des enzymes cardiaques et aux douleurs caractéristiques.

b) Coronaropathie : sont prises en considération, les coronaropathies ayant nécessité une intervention chirurgicale à « cœur ouvert » avec au moins un double pontage coronarien.

c) Accident vasculaire cérébral : l'accident vasculaire cérébral est défini comme étant un infarctus du tissu cérébral ou une hémorragie intracrânienne. Il devra y être associé un déficit neurologique séquellaire persistant de façon constante plus de 15 jours.

d) Cancer : toute tumeur maligne caractérisée par la croissance non contrôlée et la propagation de cellules malignes qui envahissent les tissus. La preuve indiscutable d'un tel phénomène ou l'examen anatomopathologique d'une tumeur maligne doit être fourni. Sont également couverts les leucémies, les lymphomes et la maladie de Hodgkin.

Sont exclus les cancers in situ, les tumeurs consécutives à l'infection par l'un des virus humains d'immunodéficience acquise ainsi que les cancers de la peau (hormis les mélanomes malins).

e) Insuffisance rénale : il s'agit d'insuffisances rénales dépassées entraînant la nécessité de se soumettre régulièrement à une dialyse péritonéale ou une hémodialyse.

f) Greffe d'organe : sont retenues les greffes d'organes suivantes : la greffe du cœur, des poumons, du foie, du pancréas ou du rein. La greffe de la moelle osseuse est assimilée à une greffe d'organe.

Le risque est considéré réalisé lorsque la maladie grave ou la greffe d'organe a fait l'objet d'un diagnostic, c'est-à-dire d'une constatation clinique et paraclinique d'une affection établie et justifiée de manière impartiale par une autorité médicale spécialisée.

Capital infirmité consécutive à un accident

La garantie prévoit le versement d'un capital dont le montant est précisé au certificat d'adhésion en cas d'accident entraînant pour l'assuré, une infirmité permanente de taux compris entre 16 % et 100 % et médicalement constatée.

Cette garantie, si elle a été choisie, est valable jusqu'à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 67 ans.

Détermination du taux d'infirmité

L'infirmité et son taux sont déterminés par notre médecin-conseil. Le taux correspond au taux d'incapacité fonctionnelle, déterminé d'après la nature de votre infirmité, votre état général, votre âge et vos facultés physiques et intellectuelles en référence au barème indicatif d'invalidité des accidents du travail de la Sécurité sociale. Le cas échéant, l'infirmité et son taux sont déterminés par le recours à une expertise médicale.

Le montant du capital

Le montant du capital assuré pour une infirmité de taux égal à 100 % est indiqué dans votre certificat d'adhésion. Lorsque le taux est compris entre 16 % et 99 %, le capital versé est proportionnel au taux d'infirmité reconnu. Lorsque le taux est inférieur à 16 %, aucun capital n'est versé.

Allocation frais d'obsèques

En cas de décès de votre conjoint, de l'un de vos enfants à charge ou de vous-même, la garantie prévoit le versement d'une allocation destinée à la participation aux frais d'obsèques, dont le montant est précisé au certificat d'adhésion. Cette allocation est versée à la personne en charge du règlement des obsèques, sur présentation de la facture. Cette garantie, si elle a été choisie, est valable jusqu'à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 67 ans.

3.2.5. Les clauses bénéficiaires

Désignation du (des) bénéficiaire(s) des garanties en cas de décès

Lors de la demande d'adhésion ou ultérieurement par avenant au contrat, vous pouvez désigner le ou les bénéficiaires qui percevront le capital garanti indiqué au certificat d'adhésion suite à votre décès. La désignation du ou des bénéficiaires peut être effectuée notamment par acte sous seing privé (acte simplement signé par les parties) ou par acte authentique (reçu et signé par un officier public, par exemple un notaire). Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, il vous est conseillé de porter au contrat les coordonnées qui nous permettront de l'identifier et de le contacter à votre décès.

Vous pouvez modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée.

Acceptation du bénéficiaire

Le bénéficiaire peut accepter le bénéfice de l'assurance. L'acceptation doit obligatoirement être faite selon l'une des deux modalités suivantes :

- soit par un avenant signé par l'assureur, par votre bénéficiaire et vous-même ;
- soit par un acte authentique ou par un acte sous seing privé signé seulement par votre bénéficiaire et vous-même. Dans ce cas, elle n'a d'effet à notre égard que lorsqu'elle nous a été notifiée par écrit.

L'acceptation ne peut intervenir que 30 jours au moins à compter de l'adhésion au contrat.

Conséquences de l'acceptation par le bénéficiaire : si un bénéficiaire accepte le bénéfice du contrat dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur, sa désignation devient irrévocable (article L. 132-9 du Code des assurances).

3.3. Les garanties « maintien de revenus » versées sous forme de rente ou d'indemnités journalières

L'objet des garanties « maintien de revenus » en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité est de compenser la perte des revenus de l'assuré en cas de survenance d'une maladie ou d'un accident.

Les arrêts de travail indemnisés et garantis doivent nécessairement résulter de l'altération de votre état de santé.

À titre d'exemple, ces garanties n'ont donc pas lieu à intervenir en cas d'arrêt de travail dû au seul fait que votre entreprise fasse l'objet d'une fermeture administrative ou d'une suspension d'activité contrainte, alors que votre état de santé n'est pas altéré.

3.3.1 Montant des garanties

Le montant des garanties est défini sur votre certificat d'adhésion. Il est déterminé en prenant en compte votre revenu professionnel, y compris les gardes et astreintes pour les assurés exerçant une profession médicale ou paramédicale, duquel seront déduites les indemnités pouvant être versées au titre des régimes de protection sociale obligatoires, complémentaires ou facultatifs dont vous bénéficiez.

Il est précisé que les prestations versées par l'assureur ne peuvent amener l'adhérent à percevoir un montant d'indemnités global qui dépasserait la moyenne des revenus nets professionnels déclarés à l'administration fiscale lors des 2 années précédant l'adhésion (hors dividendes) et issus de l'activité professionnelle déclarée lors de l'adhésion.

En cas de création ou de reprise d'entreprise

Si vous avez le statut de créateur d'entreprise, le montant garanti est au plus égal aux revenus professionnels établis dans votre compte de résultat prévisionnel dans la limite des montants de garanties maximum prévus par le produit.

Si vous êtes repreneur, le montant garanti est au plus égal :

- aux revenus annuels nets votés en assemblée générale ou alloués par une décision écrite de vos associés dans la limite des montants de garanties maximum prévus par le produit ;
- au revenu moyen évalué dans le business plan lors du financement de la reprise de la société.

Si vous percevrez l'allocation de retour à l'emploi (ARE) ou si vous bénéficiez de l'aide aux créateurs et repreneurs d'entreprise (ACRE), le montant de garantie maintien de revenu est possible à hauteur de votre prévisionnel comptable établi dans le cadre de la création de votre nouvelle activité.

Mandataire social (assimilé salarié)

Les mandataires sociaux peuvent prétendre aux garanties « maintien de revenus » s'ils remplissent les conditions cumulatives suivantes :

- être président ou dirigeant de SA, SAS, SASU, SELAS ou SELAFA ou gérant minoritaire ou égalitaire de SARL ou SELARL ;
- et que le montant de l'indemnité journalière choisi au titre de la garantie maintien de revenus soit complémentaire d'une garantie capital décès, égale au minimum à 30 fois le montant mensuel de l'indemnité journalière « maintien de revenus » indiquée au certificat d'adhésion.

Si les conditions définies ci-dessus ne sont plus remplies, la garantie maintien de revenus pourra être résiliée.

Le montant garanti est défini sur votre certificat d'adhésion et il est limité au montant de garanties maximum prévu par le produit.

3.3.2. Versement des prestations

Modalités appliquées aux demandes d'adhésion ou demandes de modification de garanties reçues avant le 31/03/2025

Versement forfaitaire lorsque le montant mensuel garanti choisi par l'adhérent est inférieur ou égal à 6 000 euros (hors garantie remboursement frais généraux)

En cas de sinistre, nous ne contrôlerons pas les revenus au moment du sinistre et paierons forfaitairement les prestations en cas d'arrêt de travail (incapacité temporaire totale, invalidité permanente partielle ou totale), en fonction du montant mentionné au certificat d'adhésion, et sous réserve que le sinistre soit garanti.

Dans tous les cas, afin d'éviter d'éventuelles fausses déclarations, nous nous réservons le droit de demander à tout moment les justificatifs de revenus utilisés pour déterminer le niveau des garanties en cas d'arrêt de travail, et ce durant les deux premières années suivant l'adhésion ou la modification des garanties.

Par dérogation à l'alinéa précédent, nous nous réservons le droit de contrôler même au-delà des deux premières années dans le cas où des garanties en cas d'invalidité venaient à être choisies sans couverture en cas d'incapacité temporaire de travail.

Versement indemnitaire avec plancher forfaitaire à 6 000 euros lorsque le montant mensuel garanti choisi par l'adhérent est supérieur à 6 000 euros

Les prestations en cas d'arrêt de travail garanti (incapacité temporaire totale, invalidité permanente partielle ou totale), dont le montant est mentionné au certificat d'adhésion, seront versées forfaitairement jusqu'à un montant de 6 000 euros.

Au-delà de ce seuil, nous pourrions être amenés à vérifier la conformité du montant de la garantie par rapport aux revenus déclarés de l'adhérent et ajuster les montants versés en cas de différence supérieure à 20 % entre les revenus réellement perçus par l'adhérent lors de la survenance du sinistre et le montant cumulé de la garantie et des indemnités pouvant être versées au titre des régimes de protection sociale obligatoires, complémentaires ou facultatifs dont bénéficierait l'adhérent.

Dans tous les cas, afin d'éviter d'éventuelles fausses déclarations, nous nous réservons le droit de demander à tout moment les justificatifs de revenus utilisés pour déterminer le niveau des garanties en cas d'arrêt de travail, et ce durant les deux premières années suivant l'adhésion ou la modification des garanties.

Par dérogation à l'alinéa précédent, nous nous réservons le droit de contrôler même au-delà des deux premières années dans le cas où des garanties en cas d'invalidité venaient à être choisies sans couverture en cas d'incapacité temporaire de travail.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte, il sera fait application des articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances.

Cas spécifique des mandataires sociaux (assimilés salariés)

Si vous êtes mandataire social (assimilé salarié) et que vous avez adhéré au contrat pour la couverture d'une activité liée à ce statut, en cas de sinistre, nous ne contrôlerons pas vos revenus liés à votre mandat social et paierons forfaitairement le montant indiqué sur votre certificat d'adhésion au titre de la garantie arrêt de travail (incapacité temporaire totale, invalidité permanente partielle ou totale) sans déduction des éventuelles indemnités versées par un régime obligatoire, sous réserve que le sinistre soit garanti.

Modalités appliquées aux demandes d'adhésion ou demandes de modification de garanties reçues à compter du 01/04/2025

Le montant de garantie défini à l'adhésion ou lors de la modification, et indiqué au certificat d'adhésion, tient compte de vos revenus réels ou prévisionnels, mais aussi des prestations du régime obligatoire.

Lors du sinistre, selon que l'adhérent ait fourni ou pas ses justificatifs de revenus et fonction du montant, la prestation sera réputée forfaitaire ou indemnitaire.

Si lors de votre demande d'adhésion ou de la modification de celle-ci, vous avez transmis les justificatifs de revenus permettant de justifier la moyenne de vos revenus net hors dividendes des deux dernières années fiscales précédentes ou d'une attestation comptable pour les créateurs / repreneurs, vous bénéficierez alors d'une garantie forfaitaire, dans la limite de 6 000 euros. Au-delà, la garantie sera indemnitaire.

Par garantie forfaitaire, il est entendu que nous ne contrôlerons pas vos revenus au moment du sinistre et que nous paierons forfaitairement le montant souscrit et mentionné au certificat d'adhésion, sous réserve que le sinistre soit garanti et de toute fausse déclaration.

Cependant un contrôle pourra être effectué lors de la transmission des justificatifs au moment de la souscription ou en cas de modification des garanties.

À défaut de transmission de justificatifs de revenus, vous serez indemnisé sur une base indemnitaire, c'est-à-dire que la prestation que nous vous verserons ne pourra pas dépasser la moyenne de vos revenus nets hors dividendes des deux dernières années fiscales précédant le sinistre.

Notre prestation tiendra compte des prestations du régime obligatoire et de tout autre régime de prévoyance pour éviter un enrichissement.

⚠ Toute transmission de justificatif inexact ou falsifié entraînera la déchéance de tout droit à garantie.

3.3.3 Les indemnités journalières

Objet de la garantie

Si vous devez interrompre totalement votre activité professionnelle pour altération de votre état de santé et entraînant une incapacité temporaire totale de travail, nous vous garantissons le versement de l'indemnité mensuelle indiquée sur votre certificat d'adhésion.

Si vous êtes indemnisé pour un arrêt de travail en cours, et que vous pouvez reprendre, sur avis médical de votre médecin traitant ou de notre médecin-conseil, pour raisons thérapeutiques une activité professionnelle à mi-temps, nous poursuivrons

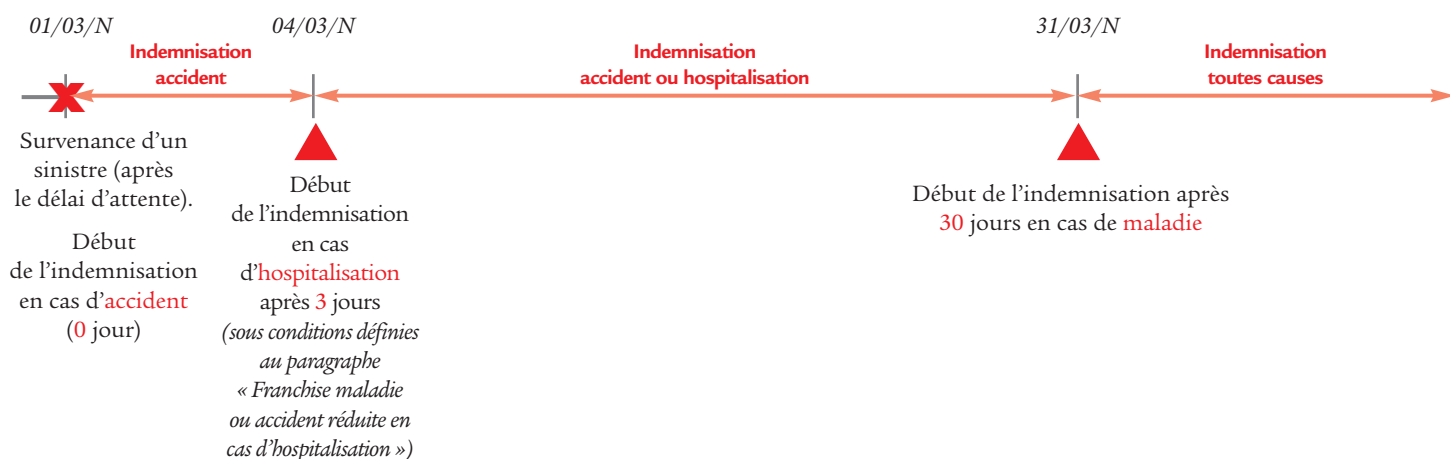
Exemple 1

La franchise choisie par l'assuré et acceptée par l'assureur est une franchise 30 jours en cas de maladie, accident ou hospitalisation.



Exemple 2

La franchise choisie par l'assuré et acceptée par l'assureur est une franchise 30 jours en cas de maladie, une franchise réduite à 3 jours en cas d'hospitalisation et une franchise à 0 jour en cas d'accident.



Cette possibilité de réduction de franchise ne s'applique pas pour les affections psychologiques et psychiatriques, sauf si vous avez choisi l'option « Rachat conditions d'hospitalisation psychiatrique ».

l'indemnisation de l'arrêt. Dans ce cas, l'indemnité sera réduite de moitié et elle sera versée pour une durée maximale de 12 mois, à raison d'une seule fois pour un même événement et sous réserve que l'état de santé de l'assuré ne permette pas une reprise d'activité à temps plein.

La durée maximale de versement des prestations pour une maladie ou un accident, et les suites qu'ils peuvent provoquer, est précisée sur votre certificat d'adhésion.

Seuls sont pris en charge au titre du présent contrat, les sinistres pour lesquels la franchise est arrivée à expiration pendant la période de validité du contrat.

Durée d'indemnisation

Ces indemnités sont versées à mois échu pour chaque jour d'arrêt de travail garanti, intervenant après le nombre de jours qui constitue la franchise que vous avez choisie.

À titre d'exemple, vous avez choisi une franchise maladie de 15 jours et une durée d'indemnisation de 365 jours. Si vous êtes en arrêt de travail à partir du 1^{er} janvier 2021, vous serez indemnisé à compter du 16 janvier 2021 jusqu'au 31 décembre 2021 inclus.

Toute incapacité de travail résultant d'une maladie mentale ou d'une affection psychiatrique (y compris « burn out » ou syndrome d'épuisement professionnel) pourra être indemnisée uniquement si celle-ci a nécessité une hospitalisation d'au moins 1 nuitée dans un établissement hospitalier spécialisé dans le traitement de ce type d'affection. Un simple passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation ne répond pas à la condition de nuitée. Dans tous les cas, la période d'arrêt de travail antérieure à l'hospitalisation (s'il y en a une) ne sera jamais garantie.

Pour les mandataires sociaux (assimilés salariés) ayant adhéré au contrat pour la couverture d'une activité liée à ce statut, les franchises en cas de maladie et d'accident sont fixées à 30 jours et la franchise en cas d'hospitalisation est fixée à 3 jours.

Franchise maladie ou accident réduite en cas d'hospitalisation

Si vous avez choisi à l'adhésion une franchise réduite à 3 jours en cas d'hospitalisation et que l'assureur l'a accepté, l'indemnité journalière sera alors versée à partir du quatrième jour d'arrêt de travail, et ce pour la durée d'indemnisation prévue, franchise incluse, en cas :

- d'hospitalisation de plus de 24 heures continues liée à l'arrêt de travail ;
- d'hospitalisation de moins de 24 heures, liée à l'arrêt de travail ayant nécessité une intervention chirurgicale et une anesthésie locale ou générale.

Affections psychologiques ou psychiatriques

Toute incapacité de travail résultant d'une maladie mentale ou d'une affection psychiatrique (y compris « burn out » ou syndrome d'épuisement professionnel) pourra être indemnisée uniquement si celle-ci a nécessité une hospitalisation d'au moins 1 nuitée dans un établissement hospitalier spécialisé dans le traitement de ce type d'affection.

Toute invalidité résultant d'une maladie mentale ou d'une affection psychiatrique (y compris « burn out » ou syndrome d'épuisement professionnel) pourra être indemnisée uniquement si celle-ci a nécessité une hospitalisation d'au moins 5 nuitées dans un établissement hospitalier spécialisé dans le traitement de ce type d'affection.

Seuls sont pris en charge au titre du présent contrat, les sinistres pour lesquels l'hospitalisation est survenue pendant la période de validité du contrat.

Option « rachat conditions d'hospitalisation psychiatrique »

Si vous avez choisi l'option « rachat conditions d'hospitalisation psychiatrique », l'indemnité sera réduite de moitié, si les conditions de nuitée(s) susvisées ne sont pas remplies.

Si vous avez déclaré être mandataire social (assimilé salarié) lors de votre adhésion et que vous avez adhéré au contrat pour la couverture d'une activité liée à ce statut, vous ne pouvez pas choisir l'option « rachat conditions d'hospitalisation psychiatrique ».

L'option rachat des conditions d'hospitalisation psychiatriques ne fonctionne que pour les garanties maintien de revenus hors mi-temps thérapeutique qui reste soumis à la condition d'hospitalisation. De même, l'option ne s'applique pas sur la garantie des frais généraux.

En dehors de ces conditions, les affections psychologiques et psychiatriques ne sont pas garanties.

Bonus fidélité

À partir du 13^e mois d'ancienneté, la franchise indiquée sur votre certificat d'adhésion au titre de la garantie « maintien de revenus : indemnités journalières » sera réduite d'un jour chaque année, à condition qu'il n'y ait pas eu de sinistre garanti et indemnisé au titre de cette garantie.

La franchise de la garantie maintien de revenus sera réduite sur l'ensemble des risques (accident, hospitalisation et maladie), et ce jusqu'à 0 jour.

En cas de sinistre garanti et indemnisé au titre de cette garantie, la franchise sera réinitialisée au niveau de la franchise que vous aviez choisie initialement lors de l'adhésion, ou de votre dernier avenant le cas échéant, pour l'ensemble des risques. La réinitialisation s'effectue à la date de fin d'indemnisation du sinistre.

Dans ce cas, l'indemnisation débutera au terme de la franchise mise en jeu et indiquée au certificat d'adhésion raccourcie, le cas échéant, de votre **bonus fidélité**.

Le **bonus fidélité** s'applique uniquement aux indemnités journalières de la garantie maintien de revenus.

N.B. : Les affections suivantes sont toujours considérées comme maladies : lumbagos, sciatiques, hernies (pariétales, musculaires et discales), ptôses, scoliose, lordose, ainsi que les congestions, insulations.

Le versement des indemnités journalières cesse dans les situations suivantes :

- dès la reprise, même partielle, de votre activité professionnelle, sauf cas défini au paragraphe « Objet de la garantie » du présent article ;
- à la date de consolidation de votre état de santé ;
- à la date **de liquidation des droits à la retraite**, et dans tous les cas, au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 67 ans.

Don d'organe ou moelle osseuse

Si vous êtes en incapacité temporaire de travail à la suite d'un don d'organe ou de moelle osseuse, l'indemnité journalière sera alors versée après application de la franchise « accident » prévue à votre contrat.

Le versement des indemnités journalières cesse dans les situations suivantes :

- dès la reprise, même partielle, de votre activité professionnelle, sauf cas défini au paragraphe « Objet de la garantie » du présent article ;
- à la date de consolidation de votre état de santé ;
- à la date **de liquidation des droits à la retraite**, et dans tous les cas, au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 67 ans.

Rechute

Si vous êtes de nouveau en incapacité temporaire totale de travail dans un délai maximum de 6 mois pour une affection ayant déjà fait l'objet d'une indemnisation, les indemnités journalières vous sont versées à compter du premier jour du nouvel arrêt de travail et à concurrence de la durée maximale d'indemnisation prévue au certificat d'adhésion, déduction faite de la première indemnisation.

En revanche, si la rechute survient après une reprise d'activité ininterrompue de plus de 6 mois, la franchise indiquée sur votre certificat d'adhésion sera de nouveau appliquée.

3.3.4. La rente d'invalidité

Objet de la garantie

En cas d'invalidité permanente totale ou partielle, nous vous versons la rente selon les modalités définies au paragraphe « Montant de la rente » du présent article et sur la base du montant indiqué sur votre certificat d'adhésion.

Si à la fin de la période d'indemnisation d'un arrêt de travail, vous êtes considéré en état d'invalidité permanente totale ou partielle, la rente pourra être versée. Dans tous les cas, le versement de la rente met fin au service des indemnités journalières qui seraient versées au titre du présent contrat.

Le versement de la rente commencera à la date de consolidation de votre état de santé définie par notre médecin-conseil et selon le taux défini contractuellement.

Durée d'indemnisation

La rente est versée par trimestre civil échu. Le versement de la rente éventuellement en cours cesse à la date à laquelle vous pouvez faire valoir vos droits à la retraite, et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 67 ans.

Les invalidités qui sont la conséquence d'une maladie mentale ou une affection psychiatrique (y compris « burn out » ou syndrome d'épuisement professionnel) peuvent donner lieu au versement d'une rente si elles sont consécutives à un arrêt de travail indemnisé ayant donné lieu à une hospitalisation d'**au moins 5 jours continus** dans un établissement spécialisé dans le traitement de ce type d'affection.

En dehors de ces conditions, les affections psychologiques et psychiatriques ne sont pas garanties.

Si vous avez choisi l'option « rachat conditions d'hospitalisation psychiatrique », l'indemnisation prévue au certificat d'adhésion sera réduite de moitié si les conditions de nuitées définies dans le présent paragraphe ne sont pas remplies.

Détermination du taux d'invalidité (t)

Le taux est déterminé par le barème choisi et indiqué sur votre certificat d'adhésion. La nature et le taux d'invalidité sont fixés par expertise médicale.

Ces taux sont calculés, après la consolidation de l'état de santé de l'assuré, en fonction de l'**incapacité fonctionnelle** (physique et / ou mentale) et de l'**incapacité professionnelle** :

- l'incapacité fonctionnelle est déterminée d'après la nature de votre infirmité, votre état général, votre âge, de vos facultés physiques et intellectuelles ; elle est établie selon le barème indicatif d'invalidité des accidents du travail de la Sécurité sociale. En cas d'infirmités multiples, il sera fait application de la règle de Balthazard ;
- l'incapacité professionnelle est appréciée selon la nature de votre invalidité par rapport à l'exercice de votre profession, qui tient compte de la façon dont celle-ci était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, après consolidation de votre état de santé.

Il existe 3 barèmes :

- le barème croisé applicable aux professions libérales non réglementées, y compris médicales et paramédicales, aux commerçants, aux artisans et exploitants agricoles** : les deux taux d'incapacité sont déterminés dans le cadre d'une expertise médicale effectuée par un médecin expert indépendant et sont appréciés par notre médecin-conseil qui, par croisement, fixe le taux d'invalidité. Les taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle ainsi définis, le taux d'invalidité (t) est déterminé d'après le tableau en annexe 1 de la présente notice ;
- le barème croisé « pro » applicable uniquement aux professions libérales (hors médicales et paramédicales et hors vétérinaires et aux pharmaciens d'officine), aux artisans, aux commerçants et aux exploitants agricoles** : les deux taux d'incapacité sont déterminés dans le cadre d'une expertise médicale effectuée par un médecin expert indépendant et sont appréciés par notre médecin-conseil qui, par croisement, fixe le taux d'invalidité. Les taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle ainsi définis, le taux d'invalidité (t) est déterminé d'après le tableau en annexe 1 de la présente notice ;
- dans tous les cas, si le barème croisé ci-dessus est plus favorable que le barème croisé pro, le taux d'invalidité (t) du barème croisé sera appliqué ;
- le barème professionnel applicable uniquement aux professions médicales (médecins généralistes, spécialistes, chirurgiens et sages-femmes), paramédicales, pharmaciens et vétérinaires, ainsi qu'aux professions libérales réglementées (administrateur judiciaire, arbitre du tribunal de commerce, architecte, avocat, commissaire aux comptes, commissaire-priseur, expert-comptable, géomètre-expert, géomètre-topographe, gérant de tutelle, greffier du tribunal de commerce, huissier de justice, juriste, liquidateur de société, liquidateur judiciaire, mandataire liquidateur, notaire)** : seule l'incapacité professionnelle est appréciée selon la nature de votre invalidité par rapport à l'exercice de votre profession en prenant en considération vos aptitudes et votre qualification professionnelle. Pour les professions médicales et paramédicales, ainsi que les pharmaciens et les vétérinaires, la nature et le taux d'invalidité sont appréciés par un expert médical indépendant. Pour ces professions, un barème professionnel peut être contractualisé

au moment de la souscription de la garantie invalidité et dans ce cas les taux d'invalidité ne pourront pas être inférieurs aux taux affichés en annexe 1. Pour les professions libérales réglementées citées précédemment, la nature et le taux d'invalidité seront fixés uniquement sur expertise médicale par un expert médical indépendant. Il n'est pas tenu compte de la capacité restante à exercer une autre profession ni des possibilités éventuelles de reclassement professionnel.

Dans le cas où l'assuré présenterait un taux d'incapacité fonctionnelle supérieur au taux d'incapacité professionnelle, le taux d'invalidité retenu tiendrait compte des deux taux d'incapacité mentionnés.

Montant de la rente

Le montant de la rente est calculé en fonction du taux d'invalidité (t).

Rente totale

Si, à la suite d'un accident ou d'une maladie, votre taux d'invalidité (t) est supérieur ou égal à 66 % (invalidité permanente totale), vous percevrez le montant de la rente d'invalidité que vous avez choisi.

Rente partielle

Si, à la suite d'un accident ou d'une maladie, votre taux d'invalidité (t) est inférieur à 66 % mais supérieur ou égal à 33 %, vous percevrez une rente partielle égale à (3t/2) multiplié par le montant de la rente que vous avez choisi.

La rente n'est pas due ou cesse d'être versée à partir du moment où le taux d'invalidité (t) devient inférieur à 33 %.

Dans le cadre du barème professionnel applicable aux professions médicales, paramédicales et vétérinaires, pharmaciens, ainsi qu'aux professions libérales réglementées citées précédemment, le versement de la rente partielle est possible sur option dès que le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 16 %.

Ainsi, si vous choisissez cette option et qu'elle est acceptée par l'assureur, la rente partielle pourra être servie si le taux d'invalidité (t) est supérieur ou égal à 16 %, et inférieur à 66 %.

Dans ce cas, la rente n'est pas due ou cesse d'être versée à partir du moment où le taux d'invalidité devient inférieur à 16 %.

3.4. La garantie remboursement des frais généraux

Cette garantie n'est pas éligible à la fiscalité Madelin (article 154 bis du CGI).

3.4.1. Objet de la garantie

Si vous êtes en situation d'incapacité temporaire totale de travail pour des raisons de santé, l'assureur vous garantit le versement de l'indemnité choisie et indiquée au certificat d'adhésion visant le remboursement de tout ou partie des frais généraux, payés par l'entreprise, dans la limite des frais réellement engagés pendant la période d'arrêt de travail indemnisée.

Les frais payés pour des périodes autres que mensuelles seront convertis en dépenses mensuelles au prorata temporis.

Les frais généraux correspondent aux dépenses habituellement supportées par l'assuré (ou dans le cas d'associations professionnelles ou d'activités de groupe, la part de l'assuré dans de telles dépenses), pour l'exercice de sa profession et qui n'ont pas en comptabilité de contrepartie à l'actif. Elles doivent en outre être exposées dans l'intérêt de l'exploitation et se rattacher à une gestion normale.

Sont considérés comme frais généraux :

- le loyer des locaux professionnels et charges locatives ;
- la location de matériel et le coût des crédits-baux ;
- les intérêts payés sur les traites de financement des locaux et équipements, propriétés de l'assuré et utilisés par lui pour l'exercice de sa profession (à l'exclusion des remboursements de capital) ;
- les honoraires comptables [travaux, fournitures et services extérieurs (TFSE)] ;
- les dépenses d'eau, gaz, électricité et de chauffage (TFSE) ;
- les fournitures de bureau ;
- les frais de documentation, de correspondance et de téléphone ;
- les frais de véhicules et autres frais de déplacement ;
- l'amortissement des équipements : dotation aux amortissements ;
- les salaires et les charges afférents aux employés habituels du TNS ;
- le coût du remplacement du personnel (intérimaire) TFSE ;
- les impôts professionnels et taxes professionnelles (TVA, CSG, contribution économique territoriale) ;
- les pertes par dépréciation des matières consommables ;
- les charges sociales personnelles obligatoires ;
- les charges sociales sur salaires ;
- les cotisations syndicales et professionnelles ;
- les frais divers de gestion ;
- l'entretien et les réparations des locaux professionnels (TFSE) ;
- le petit outillage (TFSE).

La rémunération versée à la personne engagée pour remplacer l'assuré pendant son arrêt et qui exerce dans les mêmes conditions que ce dernier sera également prise en compte au titre de la garantie frais généraux dans la limite des montants garantis.

3.4.2. Durée d'indemnisation

Ces indemnités sont versées mensuellement pour chaque jour d'arrêt de travail garanti, intervenant après le nombre de jours qui constitue la franchise que vous avez choisie.

La durée maximale de versement de cette garantie, pour une maladie ou un accident, et les suites qu'ils peuvent provoquer est fixée au certificat d'adhésion.

Le remboursement des frais généraux attenant à une incapacité de travail résultant d'une maladie mentale ou d'une affection psychiatrique telles que définies dans la définition de la présente notice d'information, pourra être versé uniquement si cette incapacité a nécessité une hospitalisation d'au moins 1 nuitée dans un établissement hospitalier spécialisé dans le traitement de ce type d'affection. Dans tous les cas, la période d'arrêt de travail antérieure à l'hospitalisation (s'il y en a une) ne sera jamais garantie.

Dans ce cas, l'indemnisation débutera au terme de la franchise maladie choisie et indiquée au certificat d'adhésion.

Dans tous les cas, la période d'arrêt de travail antérieure à l'hospitalisation (s'il y en a une) ne sera jamais garantie.

En dehors de ces conditions, les affections psychologiques et psychiatriques ne sont pas garanties.

Le versement des frais généraux cesse dans les situations suivantes :

- dès la reprise, même partielle, de l'activité professionnelle ;
- à la date de consolidation de l'état de santé ;
- à la date de cessation de l'activité professionnelle ;
- à la date **de liquidation des droits à la retraite** et, au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 67 ans.

3.4.3. En cas de rechute

Si vous êtes de nouveau en incapacité temporaire totale de travail dans un délai maximum de 6 mois pour une affection ayant déjà fait l'objet d'une indemnisation, les indemnités journalières vous sont versées à compter du premier jour du nouvel arrêt de travail et à concurrence de la durée maximale d'indemnisation prévue au certificat d'adhésion, déduction faite de la première indemnisation.

En revanche, si la rechute survient après une reprise d'activité ininterrompue de plus de 6 mois, la franchise indiquée sur votre certificat d'adhésion sera de nouveau appliquée.

3.5. La garantie des dividendes

Cette garantie n'est pas éligible à la fiscalité Madelin (article 154 bis du CGI).

3.5.1. Qui peut adhérer à la garantie ?

Cette garantie est réservée aux gérants et associés visés à l'article 62 du Code général des impôts.

Entrent dans cette catégorie :

- les gérants majoritaires de SARL (à l'exception des SARL de famille ayant opté pour le régime fiscal des sociétés de personnes) ;
- les gérants (commandités) des sociétés en commandite par actions ;
- les gérants associés de sociétés de personnes ou assimilées (SNC) ayant opté pour l'impôt sur les sociétés ;
- les associés uniques des EURL ayant opté pour l'impôt sur les sociétés ;
- les gérants majoritaires des EARL ayant opté pour l'impôt sur les sociétés ;
- les gérants majoritaires de SELARL.

3.5.2. Objet de la garantie

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie maintien de revenus comprenant à la fois l'incapacité temporaire totale de travail et l'incapacité permanente de travail.

Définitions

Les **dividendes** correspondent à la somme distribuée aux associés, lorsqu'un bénéfice distribuable est constaté en fin d'exercice, à l'occasion de l'assemblée annuelle d'approbation des comptes sociaux de la société.

Les **revenus nets professionnels** correspondent à la moyenne des revenus déclarés à l'administration fiscale, y compris les gardes et astreintes pour les assurés exerçant une profession médicale ou paramédicale, et tirés de l'activité professionnelle à assurer (hors dividendes) sur les 2 années précédant l'adhésion.

Gérants et associés de l'article 62 du CGI

Pour les gérants et associés visés à l'article 62 du CGI, cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie maintien de revenus.

Les prestations versées au titre de la garantie des dividendes sont versées selon les mêmes conditions que les garanties maintien de revenus définies à l'article 3.3.3.

La couverture de ces derniers ne peut pas excéder 30 % de vos revenus nets professionnels, y compris les gardes et astreintes pour les assurés exerçant une profession médicale ou paramédicale. Le montant du forfait indiqué sur votre certificat d'adhésion est versé dans les mêmes conditions d'application que la garantie maintien de revenus exception faite du dernier alinéa du paragraphe « Objet de la garantie » de l'article 3.3.3. de la présente notice.

3.5.3. Durée d'indemnisation

Ces indemnités sont versées mensuellement pour chaque jour d'arrêt de travail garanti, intervenant après le nombre de jours qui constitue la franchise que vous avez choisie.

Le versement de la prestation au titre de la garantie des dividendes attenant à une incapacité de travail résultant d'une maladie mentale ou d'une affection psychiatrique (y compris « burn out » ou syndrome d'épuisement professionnel) pourra être versé uniquement si cette incapacité a nécessité une hospitalisation d'au moins 1 nuitée dans un établissement hospitalier spécialisé dans le traitement de ce type d'affection.

Dans ce cas, l'indemnisation débutera au terme de la franchise maladie choisie et indiquée au certificat d'adhésion.

Dans tous les cas, la période d'arrêt de travail antérieure à l'hospitalisation (s'il y en a une) ne sera jamais garantie.

En dehors de ces conditions, les affections psychologiques et psychiatriques ne sont pas garanties.

Le versement des prestations cesse dans les situations suivantes :

- dès la reprise, même partielle, de l'activité professionnelle ;
- à la date de consolidation de l'état de santé ;
- à la date **de liquidation des droits à la retraite**, et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 67 ans.

3.5.4. En cas de rechute

Si vous êtes de nouveau en incapacité temporaire totale de travail couverte par le contrat dans un délai maximum de 6 mois pour une affection ayant déjà fait l'objet d'une indemnisation, la prestation vous est versée à compter du premier jour du nouvel arrêt de travail et à concurrence de la durée maximale d'indemnisation prévue au certificat d'adhésion, déduction faite de la première indemnisation.

En revanche, si la rechute en cas d'incapacité temporaire totale de travail couverte par le contrat survient après une reprise d'activité ininterrompue de plus de 6 mois, la franchise indiquée sur votre certificat d'adhésion sera de nouveau appliquée ; l'adhérent ne pourra pas bénéficier des dispositions reprises à l'alinéa précédent.

Chapitre 4 – Les exclusions et limitations de vos garanties

4.1. Exclusions de garanties

Sont exclus de l'ensemble des garanties les événements suivants et leurs conséquences :

- le suicide : le suicide, de quelque nature qu'il soit, est exclu s'il survient au cours de la première année d'adhésion. En cas d'augmentation des garanties, le suicide est exclu pour le supplément de garanties pendant la première année suivant la prise d'effet de cette augmentation ;
- tout acte intentionnel ou dolosif de l'assuré, ainsi que ses conséquences, ayant causé et / ou susceptible de causer un dommage à un tiers. Le tiers visé ci-avant s'entend comme toute personne physique ou morale, et ceux y compris toute autorité chargée du maintien de l'ordre et de la sécurité ou les établissements publics ;
- les sinistres survenus en cas de guerre (guerre civile ou étrangère), de participation active ou de complicité à tout acte de terrorisme ou attentat, de rixes (sauf en cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel), d'émeutes ou de troubles quels qu'ils soient et où qu'ils aient lieu. En cas de guerre étrangère, les garanties ne sont accordées qu'aux conditions déterminées par la législation à intervenir dans ce cas ;
- le déplacement ou le séjour de l'adhérent, dans une des destinations à risque aggravés qui, compte tenu des événements vient à répondre à cette définition. Cette exclusion de garantie peut être levée si l'assureur en a donné son accord par écrit, aux conditions définies dans les présentes dispositions générales à l'article 2.1.3.

4.1.1. Exclusions spécifiques à la perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes des garanties décès en capital et des garanties décès en rente, ainsi qu'au capital décès accidentel

En plus des exclusions indiquées au 1^{er} alinéa de l'article 4.1., ne sont pas couverts les événements suivants, ainsi que leurs suites, conséquences et récides :

- une tentative de suicide de l'assuré ;
- un acte volontaire de l'assuré ;
- un acte criminel de l'assuré ;
- les troubles civils ou mouvements populaires ;
- l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement ou de substances illicites ;
- la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes. Pour les radiologues et radiothérapeutes, les sinistres relatifs aux « radiations ionisantes » ne seront pas exclus, si le radiologue / radiothérapeute a été exposé à ces radiations lors de l'exercice de son activité professionnelle, et sous réserve que ce dernier ait pris, dans le cadre de son activité, toutes les mesures de sécurité nécessaires et recommandées par la réglementation en vigueur et les usages de la profession (durée d'exposition, distance et équipement de protection aux radiations) ;
- la pratique d'un sport à titre professionnel ;
- la tentative de record, exhibition ou pari ;
- les sauts dans le vide quel que soit le moyen utilisé pour la chute ou pour la réception, sauf cas particuliers précisés à l'article 4.2. ;
- la conduite d'un véhicule lorsque l'alcoolémie de l'assuré est supérieure ou égale au taux d'interdiction de conduire prévue par la réglementation française en vigueur ;
- la conduite de tout engin par l'assuré s'il n'a pas la qualification ou le permis requis par la réglementation française en vigueur, sauf cas particuliers précisés à l'article 4.2.

4.1.2. Exclusions spécifiques aux garanties maintien de revenus, dividendes, remboursement des frais généraux, ainsi que le capital infirmité consécutive à un accident

En plus des exclusions indiquées à l'article 4.1.1, ne sont pas couverts les événements suivants et leurs conséquences :

- les cataclysmes ;
- l'accomplissement du service militaire ou de périodes militaires supérieures à 1 mois, et ce y compris les périodes de formation, périodes d'initiation et de perfectionnement ;
- toute activité liée à la sécurité et pratiquée à titre non professionnel ;
- les états antérieurs : les maladies et infirmités existantes à la prise d'effet de l'adhésion, dès lors que l'adhésion a nécessité une déclaration d'état de santé ou un questionnaire de santé, sauf accord écrit de l'assureur ;
- les interventions chirurgicales dans un but esthétique (sauf les interventions faisant suite à un préjudice corporel et prises en charge par le régime obligatoire) ;

- tout sinistre survenu dans le cadre d'activités accomplies au titre du dispositif de réserve de sécurité nationale telle que prévue par la réglementation française. Sont visées les personnes réservistes de la réserve opérationnelle militaire, de la réserve civile de la police nationale, de la réserve sanitaire, de la réserve civile pénitentiaire et des réserves de sécurité civile ;
- les arrêts de travail indemnisés et garantis doivent nécessairement résulter de l'altération de votre état de santé. À titre d'exemple, ces garanties n'ont donc pas lieu d'intervenir en cas d'arrêt de travail dû au seul fait que votre entreprise fasse l'objet d'une fermeture administrative ou d'une suspension d'activité contrainte, alors que votre état de santé n'est pas altéré.

Affections psychologiques et psychiatriques

Sont visés le syndrome de fatigue chronique, burn-out ou syndrome d'épuisement professionnel, bore-out, troubles de l'adaptation, anxiété, dépression, spasmodie, troubles du sommeil, troubles obsessionnels compulsifs, trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, syndrome de stress post-traumatique, fibromyalgie, troubles de comportement alimentaire, syndromes de dépendance à l'alcool et aux substances psychoactives, troubles bipolaires, troubles du comportement et de la personnalité, psychoses aiguës ou chroniques, schizophrénie. Ces affections sont exclues sauf dans les conditions mentionnées au chapitre 3 – articles 3.3.2, 3.3.3, 3.3.4., 3.4.2 et 3.5.3.

L'option « rachat de conditions d'hospitalisation psychiatrique » n'est pas ouverte aux conjoints collaborateurs, ni aux mandataires sociaux ayant adhéré au contrat pour la couverture d'une activité liée à ce statut.

Cures

Sont exclus les arrêts de travail prescrits pour suivre des cures de toute nature, notamment thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication ainsi que les séjours en maison de repos.

Invalidité non indemnisée

L'état d'invalidité faisant suite à un arrêt de travail non garanti et pour lequel l'assuré n'a pas droit aux indemnités journalières n'est pas garanti.

4.2. Limitations de garanties

Maternité

Seuls les grossesses et accouchements pathologiques tels que définis dans le lexique sont couverts par les présentes garanties.

Les arrêts de travail liés à l'état de grossesse de l'assurée et n'entrant pas dans la définition contractuelle de la grossesse pathologique ne seront donc pas garantis.

Les congés légaux de maternité et paternité ne sont pas garantis.

Indemnisation de la pratique de certains sports en cas de décès, PTIA ou maintien de revenus

La pratique des sports est couverte sans aucune limitation de montant.

Seuls les sports, activités ou loisirs mentionnés ci-dessous sont couverts dans la limite de 1 million d'euros de prestations par événement, sauf stipulations contraires et expresses mentionnée sur le certificat d'adhésion après accord et étude de la compagnie :

- sports nautiques : canyoning, rafting, nage en eaux vives, apnée, canoë kayak, pêche et plongée sous-marines ;
- sports de montagne pratiqués sur paroi rocheuse, falaise, cascade gelée ou glacier, y compris la spéléologie, sports de neige pratiqués au-delà du sommet des remontées mécaniques ou en dehors des pistes balisées, ainsi que le ski de vitesse, skeleton et bobsleigh ;
- sports de combat ;
- sports aériens : parachutisme, parapente, aérostation, deltaplane, kitesurf, base-jump, vol à voile ;
- sports combinés tels que le biathlon, le triathlon et le pentathlon, cyclocross, trail – raid nature ;
- tous sports nécessitant l'usage d'engins à moteur ;

à l'exception des baptêmes encadrés par un ou plusieurs professionnels ayant les compétences et diplômes requis par l'État qui eux ne sont pas concernés par la limitation.

Chapitre 5 – Comment mettre en œuvre le règlement de vos prestations ?

5.1. Règlement des prestations en cas de décès

Les pièces suivantes doivent nous être adressées :

En cas de décès de l'assuré

- le certificat d'adhésion ;
- un extrait d'acte de décès ;
- un certificat du médecin ayant constaté le décès ;
- si le décès résulte d'un accident, une copie du rapport de police ou de gendarmerie, ou tout autre document justificatif ;
- une copie du livret de famille ou un certificat d'hérédité suivant le cas ;
- le dernier avis d'imposition ;
- un certificat *post mortem* et toutes pièces médicales utiles à fournir par les bénéficiaires ;
- une copie de la pièce d'identité recto verso du ou des bénéficiaires.

En cas de décès ultérieur du conjoint

Les pièces à fournir sont les mêmes que lors du décès de l'assuré, complétées par un extrait de délibération du conseil de famille ayant nommé les tuteurs et subrogés – tuteurs des enfants mineurs.

5.1.1 Modalités de paiement du capital et revalorisation

Lorsque l'ensemble des pièces demandées dont le détail est décrit à l'article 5.1. est parvenu, et sous réserve, qu'après étude par l'assureur du dossier, la garantie soit acquise, le montant du capital prévu et détaillé au certificat d'adhésion peut être payé. Ce capital est revalorisé suivant les dispositions mentionnées à l'article R. 132-3-1 du Code des assurances, jusqu'au lendemain de la réception des pièces nécessaires à l'exécution du contrat mentionnées à l'article 5.1. ou le cas échéant, jusqu'au dépôt de cette somme à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article R. 132-27-2 du Code des assurances.

5.2. Règlement des prestations pour les autres garanties

5.2.1. Modalités d'obtention des prestations

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie

- Vous devez faire parvenir à notre médecin conseil un rapport médical détaillé indiquant la nature et le caractère définitif de votre invalidité, mais aussi :
 - tout élément médical attestant du caractère définitif de votre invalidité ;
 - la notification catégorie 3 du régime obligatoire justifiant de l'assistance d'une tierce personne ;
 - la copie recto verso de votre carte nationale d'identité.
- Notre médecin-conseil pourra mener une expertise médicale ou un contrôle en vue du versement ou de la continuité de versement des prestations. Les frais seront à notre charge.

En cas de maladie grave

- Vous devez faire parvenir à notre médecin-conseil un certificat médical établi par un médecin spécialiste posant le diagnostic précis et détaillé de la maladie, décrivant son historique et mentionnant la date des premiers symptômes.

En cas d'infirmité consécutive à un accident

- Vous devez faire parvenir à notre médecin-conseil la déclaration de votre accident indiquant les circonstances ainsi que tout document justificatif, accompagnée d'un certificat médical établi par un médecin décrivant vos lésions ou blessures, ainsi que leurs conséquences.

En cas d'incapacité temporaire totale de travail

- Vous devez déclarer votre arrêt de travail *via* votre espace client *MySwissLife*, avant le terme de la franchise prévue au contrat. Passé ce délai, il est considéré comme s'étant produit au jour de la déclaration.

Depuis votre espace client *MySwissLife*, vous pourrez nous transmettre les éléments nécessaires à l'étude de votre arrêt de travail :

- la déclaration d'arrêt d'activité, pour laquelle vous devez compléter de manière exhaustive les rubriques activité, arrêt de travail et circonstances de l'accident (le cas échéant), et préciser tout élément que vous jugerez utile à une gestion optimale de votre dossier ;
- le ou les formulaires Cerfa de prolongation ;
- l'attestation médicale initiale, complétée par une autorité médicale compétente détaillant les renseignements relatifs à l'incapacité temporaire totale de travail (nature de l'affection, description précise des traitements et durée prévisionnelle de l'arrêt de travail) ;
- en cas d'hospitalisation le ou les bulletins de situation établis par les établissements hospitaliers précisant la date et l'heure d'entrée et de sortie et reprenant la facturation du forfait hospitalier ;
- en cas d'hospitalisation avec acte chirurgical, il faudra également fournir le compte rendu hospitalier et opératoire, en plus du ou des bulletins ci-dessus ;
- en cas d'affection psychologique ou psychiatrique, vous devez nous fournir le ou les bulletins de situation établis par les établissements hospitaliers précisant la date et l'heure d'entrée et de sortie et reprenant la facturation du forfait hospitalier.

En cas de mise en œuvre de la garantie remboursement des frais généraux, nous pouvons vous demander des documents justificatifs supplémentaires tels qu'un état des dépenses prises en charge par la garantie listées au paragraphe 3.5.1. de la présente notice.

En cas de rechute dans les 6 mois suivant la reprise du travail, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection doit nous être adressé.

En cas d'incapacité permanente partielle ou totale de travail

Vous devez faire parvenir à notre médecin-conseil pour l'ouverture du dossier d'invalidité :

- la notification de mise en invalidité par le régime de prévoyance obligatoire ;
- le certificat médical ou toutes pièces médicales permettant d'établir le caractère permanent de votre arrêt de travail ;
- en cas d'affection psychologique ou psychiatrique, vous devez nous fournir le ou les bulletins de situation établis par les établissements hospitaliers précisant la date et l'heure d'entrée et de sortie et reprenant la facturation du forfait hospitalier ;
- un extrait Kbis ;
- le dernier avis d'imposition ;
- un RIB ;
- les décomptes de votre régime obligatoire.

Il vous sera demandé mensuellement de nous fournir :

- vos justificatifs de ressources.

Tous les ans :

- votre avis d'imposition ;
- les justificatifs du régime obligatoire ou, à défaut, un justificatif médical justifiant de l'incapacité.

Par ailleurs, pour chacun des événements garantis, nous nous réservons la possibilité d'exiger la production de pièces complémentaires et de vérifier la nature et les conséquences de l'événement garanti.

Toute déclaration frauduleuse de votre part entraînera la déchéance de votre droit à garantie.

5.2.2. Montant des prestations et revalorisation

Le montant des prestations en cours de service sera calculé sur la base de l'indice Agirc-Arrco de la dernière cotisation acquittée au moment de la survenance de l'événement garanti.

Ce montant sera indexé à chaque échéance anniversaire en fonction de l'évolution de la valeur du point Agirc-Arrco, dans la limite du fonds de revalorisation créé à cet effet, et après résolution adoptée par l'assemblée générale de l'AGIS.

5.3. Contrôle et expertise médicale

Vous devez immédiatement nous déclarer, sous peine d'être déchu de votre droit aux prestations, toute reprise, même partielle, d'activité professionnelle.

Nous pouvons effectuer, à tout moment, les contrôles que nous jugerons nécessaires afin de pouvoir constater la réalité de votre état.

La non-présentation de l'adhérent à l'expertise médicale diligentée par l'assureur entraîne sans délai la suspension du versement des prestations de l'assureur, ainsi que la suspension de toutes les garanties du contrat.

Toute contestation de l'adhérent sur les conclusions de l'expert relatives à son état de santé entraînera la procédure qui suit :

- **expertise contradictoire** : en cas de désaccord sur les conclusions de l'expert de l'assureur, les parties peuvent procéder à une expertise amiable contradictoire durant laquelle chacune d'elles devra se faire assister par le médecin de son choix. Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin ;
- **compromis d'arbitrage** : si un désaccord sur l'état de santé de l'adhérent subsiste après l'expertise contradictoire, les parties intéressées pourront convenir, si elles le souhaitent, de s'en remettre à un médecin tiers-arbitre désigné d'un commun accord. Faute d'entente sur le choix de ce dernier, il sera désigné par le président du tribunal judiciaire du domicile de l'adhérent situé en France. Chaque partie paie les frais et honoraires du médecin qui l'assiste. En revanche, les honoraires du tiers arbitre, ainsi que, s'il y a lieu, les frais de sa nomination judiciaire sont payés par moitié par chacune des parties. Les conclusions rendues par le tiers arbitre s'imposeront aux parties qui ne pourront former de recours ultérieur envers celles-ci, sauf en cas d'évolution de l'état de santé, auquel cas une nouvelle expertise pourra être réalisée par le médecin-conseil.

5.4. Aggravation indépendante de l'événement garanti

Chaque fois que les conséquences d'un accident ou d'une maladie seront aggravées par l'état constitutionnel de la victime, par l'action d'une autre maladie ou d'une infirmité antérieure non garantie, par un manque de soins constaté, dû à une négligence de votre part ou à un traitement empirique, la durée de paiement des indemnités sera déterminée par le médecin délégué par l'assureur, non en fonction de la durée réelle d'arrêt de travail, mais de celle qui aurait été définie sur la base d'une personne soumise à un traitement médical adapté.

Annexe 1 – Barèmes professionnels

Barème croisé applicable aux professions libérales, y compris médicales et paramédicales, aux commerçants, aux artisans et exploitants agricoles

Degré d'incapacité professionnelle	Degré d'incapacité fonctionnelle									
	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
10				29	33	37	40	43	46	
20			32	37	42	46	50	55	59	
30		30	36	42	48	53	58	62	67	
40	25	33	40	46	52	58	64	69	74	
50	27	36	43	50	56	63	68	74	79	
60	29	38	46	53	60	66	73	79	84	
70	30	40	48	56	63	70	77	83	89	
80	32	42	50	58	66	74	80	87	93	
90	33	43	52	61	69	76	83	90	97	
100	34	45	54	63	71	79	86	93	100	

Le tableau ci-dessus propose une série de taux d'invalidité. Des taux intermédiaires peuvent être retenus même s'ils ne figurent pas à titre d'exemple sur ce tableau.

Le taux d'invalidité (t) est calculé selon la formule suivante :

taux d'invalidité (t) = $\sqrt[3]{(a^2 \times b)}$ où « a » représente le taux d'invalidité fonctionnelle et « b » le taux d'invalidité professionnelle.

Barème croisé « pro » applicable uniquement aux professions libérales non réglementées (hors médicales, paramédicales, vétérinaires, pharmaciens d'officine et professions libérales réglementées), aux artisans, aux commerçants et aux exploitants agricoles

Degré d'incapacité professionnelle	Degré d'incapacité fonctionnelle									
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10				25	30	35	40	45	50	55
20			25	30	35	40	45	50	55	60
30		25	30	35	40	45	50	55	60	65
40	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
50	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75
60	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80
70	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85
80	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90
90	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95
100	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100

Le tableau ci-dessus propose une série de taux d'invalidité. Des taux intermédiaires peuvent être retenus même s'ils ne figurent pas à titre d'exemple sur ce tableau.

Le taux d'invalidité (t) est calculé selon la formule suivante :

taux d'invalidité (t) = $(a + b) / 2$ où « a » représente le taux d'invalidité fonctionnelle et « b » le taux d'invalidité professionnelle.

Barème professionnel applicable uniquement aux professions libérales réglementées (administrateur judiciaire, arbitre du tribunal de commerce, architecte, avocat, commissaire aux comptes, commissaire-priseur, expert-comptable, géomètre-expert, géomètre-topographe, gérant de tutelle, greffier du tribunal de commerce, huissier de justice, juriste, liquidateur de société, liquidateur judiciaire, mandataire liquidateur, notaire)

Pour les professions libérales réglementées citées précédemment, la nature et le taux d'invalidité seront fixés uniquement sur expertise médicale par un expert médical indépendant.

Barème professionnel applicable uniquement aux professions médicales (médecins généralistes, spécialistes, chirurgiens et sages-femmes), paramédicales, pharmaciens et vétérinaires, et ce, uniquement si le barème est contractualisé lors de la souscription de la garantie invalidité

Le tableau présenté ci-dessous vous permet de contractualiser une plage de taux pour certaines pathologies.

Ainsi, en optant pour ce barème, il vous assure en cas de survenance de la pathologie spécifiée, que le taux d'invalidité qui sera retenu par l'expert médical ne puisse être inférieur au taux minimal indiqué dans le tableau. Cela s'applique également pour le maximum qui y est indiqué.

En l'absence d'indication, cela implique que les taux doivent obligatoirement être déterminés par expertise médicale.

Les taux d'invalidité seront toujours déterminés par expertise du médecin expert.

Nature du handicap	Professions paramédicales		Professions médicales	
	Infirmiers et kinésithérapeutes	Autres professions paramédicales	Chirurgiens toutes spécialités	Autres professions médicales
1. Tête et organes sensoriels				
<i>1.1 Tête (avec ou sans fracture du crâne)</i>				
Hémiplégie organique complète	100 %	100 %	100 %	100 %
Hémiplégie organique avec activité réduite	100 %	50 % à 70 %	100 %	50 % à 70 %
Épilepsie : crises fréquentes aide d'une tierce personne	100 %	100 %	100 %	100 %
<i>1.2 Yeux et oreilles</i>				
Cécité complète	100 %	100 %	100 %	100 %
Perte totale d'un œil	25 % à 50 %	25 % à 45 %	25 % à 50 %	25 % à 45 %
Altération de la fonction visuelle	10 % à 60 %	10 % à 60 %	10 % à 60 %	10 % à 60 %
Surdité totale bilatérale non appareillable	100 %	100 %	100 %	100 %
Surdité totale unilatérale	15 % à 35 %	30 %	15 % à 35 %	30 %
Hypoacousie unilatérale démontrée	5 % à 20 %	3 % à 15 %	5 % à 20 %	3 % à 15 %
<i>1.3 Séquelles laryngologiques</i>				
Amputation de la langue, suivant le degré de gêne de la parole, de la mastication, de la déglutition	15 % à 60 %	15 % à 80 %	15 % à 60 %	15 % à 80 %
<i>1.4 Mâchoires et dents</i>				
Perte de la mâchoire inférieure	10 % à 50 %	10 % à 50 %	10 % à 50 %	10 % à 50 %
Perte de la mâchoire supérieure	10 % à 50 %	10 % à 50 %	10 % à 50 %	10 % à 50 %
<i>1.5 Nez</i>				
Anosmie totale associée à agueusie	5 % à 20 %	5 % à 20 %	5 % à 20 %	5 % à 20 %

Suite >>>

*Nous permettons à chacun de construire
son indépendance financière
pour vivre selon ses propres choix.*

SwissLife Prévoyance et Santé

Siège social :

7, rue Belgrand

92300 Levallois-Perret

SA au capital social

de 150 000 000 €

Entreprise régie par

le Code des assurances

322 215 021 RCS Nanterre

www.swisslife.fr

SwissLife Assurance et Patrimoine

Siège social :

7, rue Belgrand

92300 Levallois-Perret

SA au capital social

de 169 036 086,38 €

Entreprise régie par

le Code des assurances

341 785 632 RCS Nanterre

www.swisslife.fr