



**Solutions AXA
pour les entreprises
Prévoyance**

Notice d'information Prévoyance Entreprise



**POUR L'ENTREPRISE
FREGATE**

Votre contrat n° 22815295800



PRÉAMBULE

La société FREGATE AERO a souscrit un contrat de prévoyance collective référencé au numéro 22815295800, pour son compte et celui de sa filiale FREGATE, votre employeur.

Le groupe assuré par ce contrat est le suivant : Cadres selon le dispositif d'entreprise

Cette notice a pour but de vous informer des termes du contrat de prévoyance collective à adhésion obligatoire que votre employeur a conclu avec nous. Les garanties prennent effet le 1er janvier 2023.

La notice vous précise, dans les pages qui suivent, les prestations offertes lorsque le risque souscrit se réalise entre la date de début et de fin des garanties.

Dans cette notice, nous utilisons régulièrement les termes suivants :

- le terme « vous » vous désigne en tant qu'assuré à ce contrat de prévoyance ;
- le souscripteur désigne la personne morale ou le chef d'entreprise qui conclut le contrat pour l'ensemble de ses salariés appartenant au groupe assuré ; il sera le plus souvent désigné par « votre employeur » ;
- l'assureur est la société d'assurance qui garantit le risque souscrit ; il sera le plus souvent désigné par « nous » ;
- le groupe assuré renvoie à la totalité des salariés pour lesquels votre employeur a conclu ce contrat de prévoyance ;
- le bénéficiaire est celui à qui les prestations sont versées lorsque s'applique la garantie souscrite. Il peut être soit vous-même, soit une autre personne, soit votre employeur qui a souscrit le contrat de prévoyance.

Les mots en italique figurant dans cette notice d'information ont pour seule signification celle précisée dans le chapitre « Définitions ».

SOMMAIRE

Chapitre	Page	Article
1. VOS GARANTIES EN DÉTAIL	4	
2. LES DISPOSITIONS RELATIVES À VOTRE ADHÉSION AU CONTRAT	7	2.1. Votre adhésion au contrat
	7	2.2. La durée de vos garanties
3. LES DISPOSITIONS COMMUNES À VOS GARANTIES	8	3.1. La base de calcul des prestations
	8	3.2. La revalorisation des prestations
	8	3.3. Les bénéficiaires désignés des capitaux versés en cas de décès
	9	3.4. Les exclusions
	9	3.5. L'expertise médicale
	10	3.6. Le règlement de nos prestations
4. LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À VOS GARANTIES	11	4.1. En cas de décès
	13	4.2. En cas d'arrêt de travail
5. LES SERVICES COMPLÉMENTAIRES DONT VOUS BÉNÉFICIEZ	19	5.1. Les services complémentaires en cas d'arrêt de travail
	20	5.2. La mise en œuvre des services complémentaires
6. LES MAINTIENS DE GARANTIE DONT VOUS BÉNÉFICIEZ	21	6.1. Le maintien des garanties en cas de décès lorsque vous êtes en arrêt de travail
	21	6.2. Le maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail
7. LES DISPOSITIONS RELATIVES À VOTRE CONTRAT	23	7.1. La prescription
	24	7.2. Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale
	24	7.3. La législation relative aux traitements des données à caractère personnel
	24	7.4. Nous contacter
	25	7.5. En cas de réclamation
8. DÉFINITIONS	26	

1. VOS GARANTIES EN DÉTAIL

La nature et le montant des garanties souscrites sont précisés ci-dessous. Les conditions d'application de ces garanties sont indiquées au chapitre « Les dispositions spécifiques à vos garanties ».

Garanties (Montant exprimé en % de la base de calcul des prestations)	Niveau des garanties		
	Tranche A	Tranche B	Tranche C
La garantie décès en capital			

En cas de décès de l'assuré

Versement d'un capital quelle que soit la situation de famille de l'assuré :

Tout assuré	200%	200%	200%
-------------	------	------	------

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré

Versement par anticipation d'un capital : 100% du capital prévu en cas de décès

Le versement de ce capital met fin à la garantie décès en capital.

Garanties (Montant exprimé en % de la base de calcul des prestations)	Niveau des garanties			
	Tranche A	Tranche B	Tranche C	PASS
La garantie rente éducation				

En cas de décès de l'assuré avec au moins un enfant à charge

Service d'une rente par enfant à charge, d'un montant annuel :

Jusqu'au 16e anniversaire	4%	4%	4%	-
Du 16e au 19e anniversaire	6%	6%	6%	-
Du 19e au 26e anniversaire	8%	8%	8%	-

La rente est servie à l'enfant majeur s'il poursuit des études et à l'enfant handicapé tant qu'il est en vie.

Montant annuel minimum de la rente

Jusqu'au 16e anniversaire	-	-	-	4%
Du 16e au 19e anniversaire	-	-	-	6%
Du 19e au 26e anniversaire	-	-	-	8%

L'évolution du montant de la rente intervient le 1er jour du mois qui suit l'anniversaire.

Cette rente est versée à terme échu, à la fin de chaque mois.

En cas de décès du conjoint après celui de l'assuré ou simultanément

Pour les assurés mariés, liés par un pacte civil de solidarité ou vivant en concubinage

Service d'une rente par enfant à charge, d'un montant annuel : 100% du montant de la rente éducation

La rente est servie à l'enfant handicapé tant qu'il est en vie.

Cette rente est versée à terme échu, à la fin de chaque mois.

Garanties (Montant exprimé en % de la base de calcul des prestations)	Niveau des garanties			
	Tranche A	Tranche B	Tranche C	PASS

En cas d'enfant orphelin suite au décès de l'assuré et de son conjoint

Service d'une rente par enfant à charge, d'un montant annuel : 100% du montant de la rente éducation

La rente est servie à l'enfant handicapé tant qu'il est en vie.

Cette rente est versée à terme échu, à la fin de chaque mois.

Garanties (Montant exprimé en % de la base de calcul des prestations)	Niveau des garanties		
	Tranche A	Tranche B	Tranche C
La garantie incapacité temporaire de travail			

En cas d'incapacité temporaire de travail

Personnel bénéficiant du maintien de salaire (total ou partiel) résultant des accords en vigueur chez le souscripteur

Les prestations sont calculées sur les salaires bruts imposables correspondants aux salaires pris en compte dans la base de calcul des prestations, sous déduction de la prestation servie par la Sécurité sociale et du salaire éventuellement maintenu par le souscripteur.

Franchise : 1re période de maintien de salaire (total ou partiel) résultant des accords en vigueur chez le souscripteur

Indemnité journalière pendant la 2e période de maintien de salaire jusqu'au 180e jour d'arrêt de travail 100% 100% 100%

Indemnité journalière pendant la 2e période de maintien de salaire à partir du 181e jour d'arrêt de travail 75% 75% 75%

Indemnité journalière à l'issue de la 2e période de maintien de salaire 75% 75% 75%

En cas de rupture du contrat de travail, nous limitons nos prestations de façon à ce que l'ensemble des revenus de l'assuré ne puisse excéder 100% du salaire net imposable correspondant aux salaires pris en compte dans la base de calcul des prestations.

Personnel ne bénéficiant pas du maintien de salaire (total ou partiel) résultant des accords en vigueur chez le souscripteur

Les prestations sont calculées sur les salaires bruts imposables correspondants aux salaires pris en compte dans la base de calcul des prestations, sous déduction de la prestation servie par la Sécurité sociale.

Franchise : 90 jour(s) d'arrêt de travail discontinu

Indemnité journalière du 91e au 180e jour 100% 100% 100%

Indemnité journalière à compter du 181e jour 75% 75% 75%

En cas de rupture du contrat de travail, nous limitons nos prestations de façon à ce que l'ensemble des revenus de l'assuré ne puisse excéder 100% du salaire net imposable correspondant aux salaires pris en compte dans la base de calcul des prestations.

En cas d'incapacité temporaire d'origine professionnelle

Versement d'une indemnité identique à celle prévue en matière d'incapacité temporaire de travail.

Garanties (Montant exprimé en % de la base de calcul des prestations)	Niveau des garanties		
	Tranche A	Tranche B	Tranche C

La garantie invalidité permanente

En cas d'invalidité permanente d'origine non professionnelle

Les prestations sont calculées sur les salaires bruts imposables correspondants aux salaires pris en compte dans la base de calcul des prestations, sous déduction de la prestation servie par la Sécurité sociale.

Le montant annuel de la rente est fonction de la catégorie d'invalidité dans laquelle nous classons l'assuré :

1re catégorie

Rente	45%	45%	45%
-------	-----	-----	-----

2e catégorie

Rente	75%	75%	75%
-------	-----	-----	-----

3e catégorie

Rente	75%	75%	75%
-------	-----	-----	-----

Nous limitons le montant de la rente de façon à ce que l'ensemble des revenus de l'assuré ne puisse excéder le salaire net imposable correspondant aux salaires pris en compte dans la base de calcul des prestations.

En cas d'invalidité permanente d'origine professionnelle

Les prestations sont calculées sur les salaires bruts imposables correspondants aux salaires pris en compte dans la base de calcul des prestations, sous déduction de la prestation servie par la Sécurité sociale.

Le montant annuel de la rente est fonction du taux d'incapacité permanente professionnelle "N" attribué par la Sécurité sociale :

Taux d'incapacité permanente professionnelle compris entre 33% et 65%

Rente	N/66 x 75%	N/66 x 75%	N/66 x 75%
-------	------------	------------	------------

Taux d'incapacité permanente professionnelle supérieur ou égal à 66%

Rente	75%	75%	75%
-------	-----	-----	-----

Nous limitons le montant de la rente de façon à ce que l'ensemble des revenus de l'assuré ne puisse excéder le salaire net imposable correspondant aux salaires pris en compte dans la base de calcul des prestations.

Autres garanties et services

Assistance

Vous bénéficiez des services du pack Services complémentaires en cas d'arrêt de travail, décrit au chapitre correspondant.

2. LES DISPOSITIONS RELATIVES À VOTRE ADHÉSION AU CONTRAT

2.1. Votre adhésion au contrat

2.1.1. Les conditions d'adhésion

Vous êtes admis au contrat :

- à sa date d'effet, si vous étiez assuré à la veille de ladite date, au titre du contrat précédant celui-ci ;
- ultérieurement, si votre contrat de travail est en vigueur et que vous êtes affilié à un régime obligatoire de la *Sécurité sociale*, dès la date d'entrée dans le groupe assuré. Si votre contrat de travail est suspendu, avec ou sans indemnisation de l'employeur, pour maladie, *accident*, *accueil de l'enfant*, *deuil de l'enfant*, réserve militaire, réserve policière ou pour une autre cause avec indemnisation de l'employeur, vous bénéficiez des garanties du contrat. Pour les autres cas de suspension du contrat de travail, le bénéfice des garanties est suspendu.

En tant que mandataire social, vous pouvez bénéficier du contrat, dans les conditions et limites qui vous sont applicables aux termes des dispositions du Code de la *Sécurité sociale* et du Code du commerce, si vous répondez à l'ensemble des critères suivants :

- vous cumulez un contrat de travail avec votre mandat ou êtes assimilé salarié au sens du Code de la *Sécurité sociale* ;
- vous appartenez au groupe assuré.

Le respect des dispositions légales et éventuellement réglementaires régissant l'octroi des avantages de prévoyance aux mandataires sociaux salariés ou assimilés salariés relève de la seule responsabilité du souscripteur.

2.2. La durée de vos garanties

2.2.1. Le début des garanties

Vous bénéficiez de nos garanties :

- dès la date d'effet du contrat sous réserves des formalités médicales, quand vous êtes déjà membre du groupe ;
- à la date de votre entrée dans le groupe assuré lorsque vous en devenez membre après la date d'effet du contrat.

Si vous êtes en arrêt de travail pour maladie ou *accident* à la date d'effet du contrat ou à la date d'entrée dans le groupe assuré, les garanties en cas d'arrêt de travail, si elles ont été souscrites, n'entrent en vigueur qu'à la date de reprise effective du travail.

2.2.2. La fin des garanties

Vous cessez de bénéficier de nos garanties dès :

- que vous sortez du groupe assuré (notamment à la fin du dispositif de cumul emploi retraite) ;
- que votre contrat de travail est rompu, sous réserve des dispositions prévues au chapitre « Les maintiens de garanties dont vous bénéficiez » ;
- l'attribution de la pension vieillesse de la *Sécurité sociale* (ou pension pour inaptitude au travail) sauf si vous bénéficiez du dispositif de cumul emploi retraite ;
- la résiliation du contrat par votre employeur, sous réserve des dispositions prévues au chapitre « Les maintiens de garanties dont vous bénéficiez ».

Une fois admis au contrat, vous ne pouvez en être exclu contre votre gré tant que vous faites partie du groupe assuré, sauf en cas de réticence, d'omission, de déclaration fausse ou inexacte faite de mauvaise foi, à la condition que la cotisation ait été payée.

2.2.3. Le prolongement à titre individuel de vos garanties après la résiliation du contrat

Lorsque le contrat est résilié et qu'il n'est pas remplacé, si votre contrat de travail est toujours en vigueur, vous pouvez souscrire une assurance individuelle, sous réserve de notre accord. Lorsque le niveau des garanties ne dépasse pas celui du contrat, nous les garantissons sans période probatoire ni questionnaire médical.

Vous disposez de **60 jours** après la date de résiliation pour nous en faire la demande.

3. LES DISPOSITIONS COMMUNES À VOS GARANTIES

3.1. La base de calcul des prestations

Elle nous permet de déterminer le montant des prestations que nous servons.

Selon la mention qui en est faite au chapitre « Vos garanties en détail », elle correspond :

- aux salaires bruts déclarés par votre employeur à l'administration fiscale des 12 mois civils précédant la date à laquelle s'est réalisé l'événement ouvrant droit à la prestation. Elle prend en compte une ou plusieurs tranches de salaire. Les revenus procurés par les avantages attribués au titre des stocks options et ceux versés lors de la rupture du contrat de travail n'entrent pas dans la base de calcul.

Toutefois si vous vous trouviez en arrêt de travail au moment de votre décès et perceviez à ce titre des prestations de la *Sécurité sociale*, les 12 mois retenus sont ceux précédant l'arrêt de travail.

Si moins de 12 mois se sont écoulés entre la date d'effet du contrat et la date de l'événement, la base de calcul des prestations est égale au montant de vos salaires des 12 derniers mois civils précédant l'événement.

Lorsque vous disposez d'un contrat de travail qui a moins de 12 mois, nous rétablissons la base de calcul des prestations sur une base annuelle.

Si, en raison de la suspension de votre contrat de travail, avec ou sans indemnisation de l'employeur, pour maladie, *accident*, *accueil de l'enfant* ou *deuil de l'enfant*, votre salaire a été réduit ou supprimé au cours des 12 mois précédant l'événement, nous prenons en compte le salaire que vous auriez perçu sur cette période en l'absence de congés ou d'arrêt de travail.

- au PSS (Plafond de la *Sécurité sociale*) en vigueur au 1er janvier de l'année au cours de laquelle s'est réalisé l'événement ouvrant droit à prestation.

3.2. La revalorisation des prestations

3.2.1. La revalorisation des prestations périodiques

Les prestations périodiques que nous servons sous la forme d'indemnités journalières ou de rentes sont revalorisées chaque année. Ainsi, chaque 1er jour du mois suivant la date anniversaire de l'événement ayant donné lieu à nos versements, nous prenons en compte, pour calculer le montant de nos prestations, l'évolution du point AGIRC-ARRCO intervenue depuis l'anniversaire précédent.

Après la résiliation du contrat et en cas de souscription d'un nouveau contrat auprès d'un nouvel assureur, la revalorisation cesse et nous maintenons le montant des prestations périodiques au niveau atteint à la date de cette résiliation.

Afin d'assurer la revalorisation des prestations, nous avons mis en place un fonds de revalorisation commun à l'ensemble des contrats de même nature. Il est alimenté par une fraction des cotisations relatives aux garanties concernées. À la fin de chaque année, nous prélevons sur ce fonds, et dans la limite de son montant, les sommes à provisionner nécessaires à la poursuite du paiement de la revalorisation octroyée dans l'année.

En cas d'insuffisance de ce fonds, la revalorisation octroyée dans l'exercice est réduite afin que le prélèvement n'excède pas les sommes disponibles.

3.2.2. La revalorisation des capitaux en cas de décès

Les capitaux ou allocations obsèques que nous servons en cas de décès sont revalorisés à compter du décès ouvrant droit à prestations. Les conditions d'application de cette revalorisation sont fixées par les articles L132-5 et R132-3-1 du Code des assurances.

3.3. Les bénéficiaires désignés des capitaux versés en cas de décès

Le capital est versé à votre(vos) bénéficiaire(s) selon le mode de désignation suivant :

Pour le versement du capital en cas de décès, nous considérons que vous êtes décédé le dernier, si un même événement occasionne à la fois votre décès et celui d'une ou plusieurs personnes prises en compte dans le calcul du capital, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès.

3.3.1. La désignation type des bénéficiaires

Si aucune mention particulière ne nous est faite, nous versons le capital :

- à votre *conjoint*, à votre *partenaire*, à votre *concubin* ;
- à défaut, par parts égales, à vos enfants vivants ou représentés et à ceux de votre *conjoint* si vous en aviez la charge ;
- à défaut, par parts égales, à vos parents ou au survivant d'entre eux ;
- à défaut, à vos héritiers selon la dévolution successorale.

Lorsque la présence d'une *personne à charge* donne droit à une majoration du capital, celle-ci est alors versée par parts égales :

- à votre *conjoint*, à votre *partenaire*, parent de l'enfant mineur ou majeur incapable, s'il en a la garde ;
- au représentant légal de chaque enfant mineur, lorsque votre *conjoint* ou votre *partenaire*, parent de l'enfant, n'en a pas la garde ;
- à chaque enfant majeur ou mineur émancipé ;
- à chaque personne à charge ou à son représentant légal si elle ne dispose pas de la capacité juridique.

3.3.2. La désignation particulière des bénéficiaires

Vous pouvez désigner un ou plusieurs bénéficiaires de votre choix. Vous pouvez alors nous informer, par écrit, de votre désignation particulière, celle-ci pouvant faire l'objet d'un acte authentique ou d'un acte sous seing privé. Cette désignation est irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire sauf en cas de révocation de plein droit prévue par le Code civil.

Vous avez également la possibilité de renseigner en ligne et en toute confidentialité « la clause bénéficiaire pour le versement du capital décès », directement sur le site **quijeprotege.fr**, mis à votre disposition à cet effet par notre prestataire pour faciliter cette démarche. Compte tenu de l'évolution constante des technologies, l'assureur se réserve le droit de changer de prestataire pour vous permettre de bénéficier à tout moment du meilleur service. Vous serez informé de ce changement par tout moyen, sans qu'il soit prévu de le formaliser par un avenant au présent contrat.

Lorsque la présence d'une personne à charge donne lieu à la majoration du capital, celle-ci lui est versée ou à son représentant légal s'il ne dispose pas de la capacité juridique. Cette disposition s'applique sauf si vous avez clairement manifesté la volonté d'y déroger.

Toutefois, la désignation type des bénéficiaires s'applique dans les cas suivants :

- si tous vos bénéficiaires désignés décèdent avant vous ;
- ou si vous et tous vos bénéficiaires désignés décédez ensemble au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès ;
- en cas de révocation de plein droit prévue par le Code civil (notamment en cas de naissance de votre premier enfant postérieure à votre désignation particulière).

Enfin, si vous avez souhaité répartir le capital entre plusieurs bénéficiaires, le décès de l'un d'entre eux entraîne la redistribution de son capital aux autres, proportionnellement à leurs parts respectives.

3.4. Les exclusions

Les risques souscrits dans le cadre du contrat d'assurance ne sont pas garantis lorsqu'ils surviennent dans les circonstances décrites aux paragraphes spécifiques à chacune des garanties.

3.5. L'expertise médicale

Une expertise médicale peut s'avérer nécessaire pour constater votre état d'incapacité de travail, d'invalidité permanente ou de *PTIA*. Dans ce cas, les honoraires du médecin que nous chargeons de réaliser cette expertise sont réglés par nos soins.

Les conclusions de l'expertise vous sont notifiées par lettre recommandée avec accusé de réception ; elles peuvent nous conduire à cesser, à refuser ou à réduire le versement de nos prestations.

En tout état de cause, l'assureur se réserve le droit de refuser sa prestation dès lors que l'expertise médicale conclut que vous n'êtes plus dans l'incapacité d'exercer toute activité professionnelle.

Ces conclusions s'imposent à vous sans que vous puissiez vous prévaloir de la poursuite de l'indemnisation par la *Sécurité sociale* ou de tout organisme.

Le refus de vous soumettre à l'expertise médicale entraîne la cessation de vos prestations. Si vous contestez les conclusions de notre médecin, vous pouvez demander la désignation d'un tiers expert, en accord avec notre médecin et éventuellement le médecin de votre choix. Chaque partie supporte les honoraires de son médecin.

Les honoraires du médecin tiers expert sont partagés par parts égales.

Si un désaccord persiste, c'est le président du tribunal compétent, requis par la partie la plus diligente, qui désignera un nouvel expert.

3.6. Le règlement de nos prestations

Nos prestations sont versées lorsqu'un risque garanti par le contrat se réalise. Nous fournissons alors un formulaire de déclaration à votre employeur qui doit nous le retourner complété.

Le montant de nos prestations est indiqué au chapitre « Vos garanties en détail ».

Les bénéficiaires et votre employeur doivent nous fournir les documents nécessaires au règlement. Ceux-ci figurent aux paragraphes « Les documents nécessaires au règlement des prestations » spécifiques à chacune des garanties.

Nous pouvons demander, si besoin, toute autre pièce et, notamment, la preuve de leur qualité de bénéficiaire.

Par ailleurs, la garantie arrêt de travail inclut des services complémentaires décrits au chapitre « Les services complémentaires dont vous bénéficiez ». Ces services ne peuvent pas être souscrits indépendamment de cette garantie. Leur organisation est indépendante du règlement des indemnités journalières et des rentes.

4. LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À VOS GARANTIES

Les garanties souscrites et leurs montants sont précisés au chapitre « Vos garanties en détail ».

4.1. En cas de décès

4.1.1. La garantie décès en capital

4.1.1.1. Le montant du capital

Ce montant peut varier en fonction de votre situation de famille.

4.1.1.2. Le versement par anticipation en cas de perte totale et irréversible d'autonomie

Pour bénéficier du versement anticipé du capital décès, vous devez nous demander de reconnaître la *PTIA*.

Pour bénéficier de notre prestation, vous devez en outre :

- être classé en 3e catégorie d'invalidité par la *Sécurité sociale* ou s'être vu attribué un taux d'incapacité permanente de 100 % au titre de la législation sur les *accidents* du travail et les maladies professionnelles ;
- et bénéficier de la majoration pour l'assistance d'une tierce personne.

Pour déterminer le montant du capital à verser, nous prenons en compte votre situation de famille le cas échéant à la date de la reconnaissance de votre *PTIA*. Le capital vous est versé directement ou à votre représentant légal.

Le montant de ce capital sera au moins égal au montant prévu à la garantie décès en capital.

Le versement de ce capital met fin à la garantie décès en capital.

4.1.2. La garantie rente éducation

4.1.2.1. La rente temporaire d'éducation

Cette garantie a pour objet le versement d'une rente à chacun de vos *enfants à charge* au moment du décès ou à son représentant légal s'il ne dispose pas de la capacité juridique. Les conditions requises pour être considéré comme *enfant à charge* doivent être remplies au moment de votre décès.

Son montant peut évoluer avec l'âge de chaque *enfant à charge*.

Les conditions de règlement de cette rente prévoient :

- une prise d'effet le jour suivant votre décès ;
- une cessation de la rente le jour où l'enfant n'est plus à charge ou lorsqu'il atteint l'âge limite prévu au chapitre « Vos garanties en détail » ;
- le calcul prorata temporis du premier et du dernier paiement.

4.1.2.2. Le versement d'une prestation supplémentaire lorsque votre conjoint décède après vous

Cette prestation s'applique en complément de la garantie décrite précédemment si votre *conjoint*, qui ne s'est pas remarié et qui n'a pas conclu un pacte civil de solidarité, décède après vous, alors que ce contrat est en vigueur. La notion de *conjoint* est étendue aux *partenaires* et aux *concubins*.

Le décès du *conjoint* doit être simultané au vôtre du fait d'un même événement, sans qu'il ne soit possible de déterminer l'ordre des décès, ou survenir dans un délai de 12 mois suivant votre décès.

Les bénéficiaires de cette prestation sont les *enfants à votre charge* et qui sont toujours à la charge de votre *conjoint* au jour de son décès.

Cette prestation prévoit le versement d'une rente supplémentaire à vos bénéficiaires, ou à leurs représentants légaux s'ils ne disposent pas de la capacité juridique. Son montant peut évoluer avec l'âge de chaque bénéficiaire.

Les conditions de règlement de cette rente prévoient :

- une prise d'effet le jour suivant le décès du *conjoint* ;
- une cessation de la rente le jour où le bénéficiaire n'est plus à charge ou lorsqu'il atteint l'âge limite prévu à vos ;
- le calcul prorata temporis du premier et du dernier paiement.

4.1.3. La garantie rente d'orphelin

Cette prestation s'applique en complément de la garantie décrite précédemment si votre *conjoint*, qui ne s'est pas remarié et qui n'a pas conclu un pacte civil de solidarité, décède avant vous, alors que ce contrat est en vigueur. La notion de *conjoint* est étendue aux *partenaires* et aux *concubins*.

Le décès de votre *conjoint* doit survenir dans un délai de 12 mois précédant votre décès. Si un même événement occasionne à la fois votre décès et celui de votre *conjoint*, sans qu'il ne soit possible de déterminer l'ordre des décès, il n'y a pas de prestation supplémentaire versée au titre de cette garantie.

Les bénéficiaires de cette prestation sont vos *enfants à charge* au jour de votre décès.

Cette prestation prévoit le versement d'une rente supplémentaire à vos bénéficiaires, ou à leurs représentants légaux s'ils ne disposent pas de la capacité juridique.

Son montant peut évoluer avec l'âge de chaque bénéficiaire.

Les conditions de règlement de cette rente prévoient :

- une prise d'effet le jour suivant votre décès ;
- une cessation de la rente lorsque l'enfant n'est plus à charge ou lorsqu'il atteint l'âge limite prévu au chapitre « Vos garanties en détail » ;
- le calcul prorata temporis du premier et du dernier paiement.

4.1.4. Les exclusions

EXCLUSIONS

Sont exclus le décès et la PTIA résultant :

- d'un suicide ou tentative de suicide au cours de la 1^{re} année d'adhésion. Si vous étiez précédemment garanti au titre d'un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire au sens de l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, pour des garanties et des niveaux de garanties identiques, sans qu'il y ait eu interruption de garanties, le délai d'un an est supprimé ;
- d'une guerre civile ou étrangère, invasions, agressions étrangères, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non) ;
- de votre participation active à une guerre, une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, un acte de terrorisme, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et accomplissement du devoir professionnel sont garantis ;
- d'un déplacement ou séjour dans une des régions ou un des pays formellement déconseillés par le Ministère français des Affaires Étrangères. Pour les personnes déjà présentes dans cette zone à la date de l'inscription de cette zone sur les listes du Ministère des Affaires Étrangères, l'exclusion ne s'applique qu'à compter du 14^e jour suivant cette inscription.

Toutefois en cas de déplacement ou séjour pour raison professionnelle, l'assureur pourra proposer des conditions de maintien d'assurance.

Pour ce faire, le souscripteur devra déclarer 10 jours avant la date de départ le ou les salarié(s) concerné(s).

4.1.5. Les documents nécessaires au règlement des prestations

DOCUMENTS JUSTIFICATIFS ⁽¹⁾ (à nous faire parvenir dans les 6 mois suivant le décès)	EN CAS DE DÉCÈS	EN CAS DE PTIA
Acte de décès de l'assuré	X	
Acte de décès du <i>conjoint</i> de l'assuré	X	
Acte de décès de l'enfant de l'assuré	X	
Certificat médical indiquant la nature et les circonstances du décès (à adresser sous pli confidentiel à notre médecin-conseil)	X	
Demande écrite de l'assuré ou de son représentant légal		X
Rapport médical établi par le médecin traitant ou par le médecin ayant constaté la PTIA (à adresser sous pli confidentiel à notre médecin-conseil)		X

Notification d'attribution de la Sécurité sociale de la rente de 3 ^e catégorie d'invalidité ou du taux d'incapacité permanente de 100 % faisant apparaître l'allocation pour tierce personne		X
Coordonnées du notaire chargé de la succession	X	
Acte de notoriété indiquant la dévolution successorale	X	
Copie de chacune des pages du ou des livret(s) de famille	X	X
Copie intégrale de l'acte de naissance de l'assuré datant de moins de 3 mois	X	X
Copie intégrale de l'acte de naissance de chaque bénéficiaire datant de moins de 3 mois	X	X ⁽²⁾
Acte de décès du premier parent le cas échéant	X	
Copie d'une pièce d'identité en cours de validité de chaque bénéficiaire (ou de son représentant légal)	X	X
Copie des 2 derniers avis d'imposition sur le revenu de l'assuré	X	X
Copie des 2 derniers avis d'imposition du <i>conjoint</i> , du <i>partenaire</i> ou du <i>concubin</i>	X	X
Copie du dernier avis d'imposition de la personne recevant la pension alimentaire (si l'assuré n'avait pas la garde des enfants) ⁽⁴⁾	X	X
Attestation de l'administration fiscale précisant le nombre de personnes entrant dans le calcul du quotient familial et d'enfants recevant une pension alimentaire, au jour du décès ou de la demande ⁽⁴⁾	X	X
Copie du récépissé de l'enregistrement de la déclaration conjointe des partenaires du Pacte civil de solidarité le cas échéant	X	X
Attestation de la Caisse de retraite AGIRC-ARRCO indiquant si le conjoint perçoit la pension de réversion ⁽⁵⁾	X	X
Ordonnance ou jugement de tutelle ⁽³⁾⁽⁴⁾	X	X
Certificat de scolarité de l'année en cours ⁽³⁾⁽⁴⁾	X	X
Copie du contrat de formation en alternance ⁽⁴⁾	X	X
Attestation du paiement des allocations pour personne handicapée (allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou allocation pour adulte handicapé (AAH)) ⁽⁴⁾	X	X
Attestation de l'affiliation à un régime obligatoire de Sécurité sociale de chaque bénéficiaire ⁽²⁾	X	X
Attestation de l'employeur indiquant que l'assuré a cotisé au contrat prévoyance jusqu'au jour de son décès	X	X
Copie des bulletins de salaire des 12 mois précédant l'événement	X	X
Si l'évènement est consécutif à un arrêt de travail :		
- Attestation de la Sécurité sociale précisant les périodes indemnisées de la date d'arrêt au jour de l'évènement (précisant la date d'arrêt de travail initial)	X	X
- Copie des bulletins de salaire des 12 mois précédant la date de l'arrêt de travail	X	X
Relevé d'identité bancaire de chaque bénéficiaire (hors compte d'épargne)	X	X

(1) À la réception de l'ensemble des documents justificatifs, nous disposons d'un délai de 30 jours pour statuer ou, éventuellement, demander des pièces complémentaires.

(2) Documents à remettre à la constitution du dossier pour chaque personne percevant une rente éducation et/ou de conjoint.

(3) Documents à remettre annuellement si la garantie rente éducation est souscrite.

(4) Documents à fournir lorsque l'application de la garantie dépend des enfants ou personnes à charge de l'assuré.

(5) Documents à remettre si la garantie rente de conjoint est souscrite.

4.2. En cas d'arrêt de travail

Lorsque vous êtes dans l'incapacité d'exercer toute activité professionnelle ou en invalidité permanente, cette garantie prévoit le versement de prestations périodiques, respectivement réglées sous la forme d'indemnités journalières et de rentes.

Ces prestations sont versées lorsque l'arrêt de travail survient entre la date de début et la date de fin de la garantie. Les prestations périodiques ont un caractère indemnitaire. Nous pouvons donc exercer toute action contre les tiers responsables de votre situation pour recouvrer les sommes que nous avons engagées (article L131-2 du Code des assurances).

Notre engagement porte à tout moment sur les prestations calculées à la date d'arrêt de travail, puis postérieurement lors des éventuels changements de votre situation (tels que reprise partielle d'activité, rupture du contrat de travail, passage en invalidité, changement de catégorie d'invalidité...) et après revalorisation, selon les dispositions contractuelles.

Ces prestations sont brutes de tout prélèvement fiscal ou social à retenir à la source : les variations des taux d'assujettissement à l'impôt ou des taux de prélèvement sociaux applicables à ces prestations sont sans effet sur les prestations ainsi calculées, mais affectent le montant net de votre règlement.

4.2.1. La garantie incapacité temporaire de travail

Vous êtes en incapacité temporaire de travail lorsque nous reconnaissons que vous êtes dans l'incapacité d'exercer toute activité professionnelle, à la suite d'une maladie ou d'un *accident*.

En outre, vous devez percevoir, au titre de cette incapacité, des indemnités journalières de la *Sécurité sociale* dans le cadre de l'assurance maladie ou de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles.

Nous versons une indemnité journalière complétant la prestation journalière versée par la *Sécurité sociale*.

Nous ne versons aucune prestation pendant les congés d'*accueil de l'enfant* ou de *deuil de l'enfant* indemnisés par la *Sécurité sociale* au titre de l'assurance maternité.

Nos prestations prennent effet à l'issue d'une période d'arrêt de travail appelée franchise et indiquée au chapitre « Vos garanties en détail ». La franchise est décomptée à partir du 1er jour d'arrêt de travail.

Nous incluons dans le calcul de la franchise les périodes de mi-temps thérapeutique indemnisées par la *Sécurité sociale*, mais nous ne tenons pas compte de la durée des congés d'*accueil de l'enfant* ou de *deuil de l'enfant*.

Nous n'appliquons pas de franchise pour un nouvel arrêt de travail s'il est dû à la réapparition de l'affection ayant déjà donné lieu à une indemnisation de notre part et sous réserve que la période de reprise du travail ait été inférieure à 60 jours continus. Si ce nouvel arrêt de travail survient après la résiliation du contrat, il ne donne pas lieu à indemnisation.

4.2.2. La garantie inaptitude temporaire d'origine professionnelle

Lorsque vous êtes reconnu inapte (partiellement ou totalement) à votre poste, suite à un *accident du travail* ou à une maladie professionnelle, cette garantie prévoit le versement de prestations périodiques, réglées sous la forme d'indemnités journalières, pendant la période de reclassement.

La période de reclassement s'étend de la date de reconnaissance de votre inaptitude à votre emploi initial à la date de votre reclassement ou de votre licenciement.

Ces prestations sont versées lorsque la reconnaissance de votre inaptitude à votre emploi initial survient entre la date de début et la date de fin de la garantie.

Les prestations périodiques ont un caractère indemnitaire. Nous pouvons donc exercer toute action contre les tiers responsables de votre situation pour recouvrer les sommes que nous avons engagées (article L131-2 du Code des assurances).

Notre engagement porte à tout moment sur les prestations calculées à la date de reconnaissance de votre inaptitude à votre emploi initial, puis postérieurement lors des éventuels changements de situation (tels que reprise partielle d'activité, rupture du contrat de travail, ...) et après revalorisation, selon les dispositions contractuelles.

Ces prestations sont brutes de tout prélèvement fiscal ou social à retenir à la source : les variations des taux d'assujettissement à l'impôt ou des taux de prélèvement sociaux applicables à ces prestations sont sans effet sur les prestations ainsi calculées, mais affectent le montant net à vous régler.

Vous devez être reconnu inapte à reprendre votre emploi d'origine par le médecin du travail, à la suite d'une maladie professionnelle ou d'un *accident du travail*. L'avis d'inaptitude ne doit pas mentionner l'un des points suivants :

- le maintien dans un emploi serait gravement préjudiciable pour votre santé ;
- votre état de santé le rend inapte à toute activité professionnelle.

En outre, vous devez percevoir, au titre de cette inaptitude, l'indemnité temporaire d'inaptitude (ITI) de la *Sécurité sociale* dans le cadre de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles.

Nous versons une indemnité journalière complétant l'ITI versée par la *Sécurité sociale* pendant la période de reclassement prévue par la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles de la *Sécurité sociale*. Notre prestation prend effet à compter du jour de la reconnaissance de l'incapacité, et cesse quand prend fin l'ITI versée à ce titre par la *Sécurité sociale*. Elle est déterminée sur une base journalière, c'est-à-dire sur la base de calcul des prestations divisée par 365.

Nous cessons le versement de nos prestations quand prend fin l'ITI de la *Sécurité sociale*.

À réception du décompte de la *Sécurité sociale*, nous payons les prestations à l'employeur tant que votre contrat de travail est en vigueur.

4.2.3. L'indemnité journalière

4.2.3.1. Le montant de l'indemnité journalière

Il est déterminé sur une base journalière, c'est-à-dire sur la base de calcul des prestations divisée par 365.

Si vous êtes autorisé à exercer une activité partielle et que la *Sécurité sociale* poursuit son indemnisation, le montant de notre prestation est limité à la différence entre :

- la base de calcul des prestations, éventuellement revalorisée selon les dispositions prévues au paragraphe « La revalorisation des prestations périodiques » du chapitre « Les dispositions communes aux garanties » ;

et

- le cumul des indemnités versées par la *Sécurité sociale* et du salaire que vous verse votre employeur au titre de votre activité partielle ou des indemnités payées par Pôle emploi.

En cas de rupture du contrat de travail, le cumul de nos prestations et de celles de la *Sécurité sociale* est limité à votre salaire net imposable.

4.2.3.2. Les modalités de versement de l'indemnité

Nous cessons le versement de nos prestations :

- quand prennent fin les indemnités journalières de la *Sécurité sociale* ;
- à la date d'attribution par la *Sécurité sociale* d'une pension d'invalidité, d'une rente d'incapacité permanente ou d'une pension pour incapacité ;
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la *Sécurité sociale* sauf en cas de bénéfice du dispositif de cumul emploi-retraite ;
- en cas d'expertise médicale, s'il est établi que vous n'êtes pas dans l'incapacité d'exercer toute activité professionnelle.

À réception du décompte de la *Sécurité sociale*, nous payons les prestations à l'employeur tant que votre contrat de travail est en vigueur. Après la rupture du contrat de travail, nous vous les versons directement.

4.2.4. Service d'accompagnement pour un retour à l'emploi

Nous pouvons, après un examen de la situation individuelle de l'assuré en incapacité temporaire de travail que nous indemnisons, être amenés à lui proposer un service dont la finalité est de faciliter sa reprise de l'activité professionnelle, dans ou en dehors de l'entreprise.

L'assureur agit en qualité d'intermédiaire et propose les services d'un ou de plusieurs prestataires qu'il choisit. Il n'en porte pas la responsabilité et ce(s) dernier(s) opère(nt) dans le respect des dispositions légales concernant le secret médical. Nous informons le souscripteur de l'éligibilité d'un assuré. Celui-ci dispose de 15 jours ouvrables pour demander une exclusion individuelle du service. Au-delà de ce délai, le souscripteur accepte tacitement que l'assuré éligible puisse être contacté par le(s) prestataire(s). L'assuré est libre d'accepter ou de refuser cet accompagnement.

Le(s) prestataire(s) :

- Accompagne(nt) l'assuré volontaire dans un programme personnalisé, pour une réintégration au poste de travail initial éventuellement réadapté ou, à défaut, une orientation vers le reclassement professionnel, soit à un autre poste de travail dans l'entreprise, soit par la construction d'un nouveau projet professionnel passant par une formation professionnelle adaptée ou/et un reclassement externe.
- Et assure(nt) une prise en charge pluridisciplinaire selon un programme adapté et individualisé à chaque bénéficiaire.

4.2.5. La garantie invalidité permanente

Nous reconnaissons l'invalidité permanente:

- **d'origine non professionnelle** lorsque vous répondez aux critères d'attribution d'une pension d'invalidité fixés à l'article L341-1 du Code de la *Sécurité sociale* ;

Nous procédons au classement de l'invalidité dans l'une des 3 catégories suivantes :

INVALIDITÉ PERMANENTE D'ORIGINE NON PROFESSIONNELLE	
1 ^{re} catégorie	Invalide capable d'exercer une activité rémunérée
2 ^e catégorie	Invalide absolument incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle
3 ^e catégorie	Invalide qui, étant absolument incapable d'exercer une quelconque activité professionnelle, doit en outre recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie

Nous reconnaissons l'invalidité permanente:

- **d'origine professionnelle** lorsque la *Sécurité sociale* attribue un taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 33% selon la législation sur les *accidents du travail et maladies professionnelles*.

Nous procédons au classement de l'invalidité en fonction du taux d'incapacité permanente prévu ci-dessous :

INVALIDITÉ PERMANENTE D'ORIGINE PROFESSIONNELLE
Taux d'incapacité permanente compris entre 33% et 65%
Taux d'incapacité permanente supérieur ou égal à 66%

En outre, pour bénéficier de nos prestations, vous devez, au titre de votre invalidité, percevoir les rentes ou pensions versées par la *Sécurité sociale*.

4.2.5.1. Le montant de la rente d'invalidité

Il est déterminé en fonction de la catégorie d'invalidité retenue.

Si, bien qu'invalide, vous exercez une activité professionnelle et si la *Sécurité sociale* vous verse une prestation d'invalidité ou d'incapacité permanente, notre rente sera limitée à la différence entre :

- la base de calcul des prestations, éventuellement revalorisée selon les dispositions prévues au paragraphe « La revalorisation des prestations périodiques » du chapitre « Les dispositions communes aux garanties » ;
- et
- le cumul de la rente versée par la *Sécurité sociale* et de votre salaire ou des indemnités payées par Pôle emploi.

Le montant de la rente d'invalidité est limité de façon à ce que l'ensemble de vos revenus ne puisse excéder 100 % du salaire net imposable correspondant aux salaires pris en compte dans la base de calcul des prestations.

4.2.5.2. Les modalités de versement de la rente d'invalidité

Cette rente vous est versée dès que nous avons reconnu votre invalidité. Elle vous est payée chaque mois à terme échu.

La rente d'invalidité prend fin :

- dès que vous cessez de percevoir la rente d'invalidité de la *Sécurité sociale* ;
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la *Sécurité sociale* (ou pension pour inaptitude au travail) ;
- en cas d'expertise médicale, s'il est établi que vous n'êtes pas atteint d'une invalidité permanente.

En aucun cas, une rente d'invalidité de 2^e ou de 3^e catégorie et des indemnités journalières ne peuvent être versées simultanément.

Si, du fait de l'évolution de votre affection, vous changez de catégorie d'invalidité après la résiliation du contrat ou de la garantie, nous adaptons en conséquence le montant de la rente.

4.2.6. Les exclusions

EXCLUSIONS

Est exclu l'arrêt de travail résultant :

- d'un suicide ou tentative de suicide au cours de la 1^{re} année d'adhésion. Si vous étiez précédemment garanti au titre d'un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire au sens de l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, pour des garanties et des niveaux de garanties identiques, sans qu'il y ait eu interruption de garanties, le délai d'un an est supprimé;
- d'une guerre civile ou étrangère, invasions, agressions étrangères, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non) ;
- de votre participation active à une guerre, une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, un acte de terrorisme, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et accomplissement du devoir professionnel sont garantis ;
- d'un déplacement ou séjour dans une des régions ou un des pays formellement déconseillés par le Ministère français des Affaires Étrangères. Pour les personnes déjà présentes dans cette zone à la date de l'inscription de cette zone sur les listes du Ministère des Affaires Étrangères, l'exclusion ne s'applique qu'à compter du 14^e jour suivant cette inscription.

Toutefois en cas de déplacement ou séjour pour raison professionnelle, l'assureur pourra proposer des conditions de maintien d'assurance.

Pour ce faire, le souscripteur devra déclarer 10 jours avant la date de départ le ou les salarié(s) concerné(s).

De plus, est exclu l'arrêt de travail occasionné par un *accident* résultant :

- du fait intentionnel du bénéficiaire ou de vous-même ;
- de votre pratique de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics ou par la fédération du sport correspondant à l'activité. Il nous appartiendra de prouver que ces règles ont été violées ;
- de votre pratique de la navigation aérienne :
 - à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence, ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmée,
 - avec l'utilisation d'un deltaplane, d'un parapente, d'un appareil ultra léger motorisé (ULM) ou de tout engin assimilé,
 - au cours d'un meeting, d'un raid sportif, d'un vol acrobatique, d'une tentative de record, d'un essai préparatoire, d'un essai de réception, d'un saut en parachute non motivé par une raison de sécurité ;
- des conséquences directes ou indirectes de la désintégration du noyau atomique.

4.2.7. Les documents nécessaires au règlement des prestations

4.2.7.1. En cas d'incapacité temporaire de travail

SAUF CAS DE FORCE MAJEURE, VOUS DEVEZ NOUS DÉCLARER LES ARRÊTS DE TRAVAIL DANS LES 2 MOIS QUI SUIVENT L'EXPIRATION DE LA FRANCHISE.

Passé ce délai, ils sont considérés comme s'étant produits au jour de la déclaration.

DOCUMENTS JUSTIFICATIFS	PÉRIODICITÉ POUR L'ENVOI DES DOCUMENTS	À L'ORIGINE DE L'INCAPACITÉ	EN COURS DE VERSEMENT
Avis d'arrêt de travail initial		X	
Avis de prolongation d'arrêt de travail		X	X
Certificat médical détaillé, précisant la nature de l'affection, la date de la 1 ^{ère} constatation médicale et la durée prévisible de l'incapacité de travail (à adresser sous pli confidentiel à notre médecin-conseil)		X	

Certificat médical, précisant, en cas de rechute, qu'il s'agit de la même affection, ainsi que l'avis d'arrêt de travail mentionnant la rechute et les arrêts de prolongation s'ils n'ont pas été fournis		X
Date de fin de maintien de salaire partiel et la date de fin de maintien de salaire complet	X	
Attestation sur l'honneur de non-activité professionnelle ou copie des bulletins de salaires	X ⁽¹⁾	X
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale	X	X
Copie des relevés de situation de Pôle emploi	X	X
Relevé d'identité bancaire de l'assuré (hors compte d'épargne)	X ⁽²⁾	X

(1) bulletins de salaire des 12 mois civils précédant l'événement

(2) dès lors que la prestation n'est pas versée directement à l'employeur

4.2.7.2. En cas d'invalidité permanente

DOCUMENTS JUSTIFICATIFS	PÉRIODICITÉ POUR L'ENVOI DES DOCUMENTS	À L'ORIGINE DE L'INVALIDITÉ	CHAQUE MOIS	CHAQUE ANNÉE
Notification définitive d'attribution d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité permanente (en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle) délivrée par la Sécurité sociale au moment de l'ouverture des droits		X		
Copie d'une pièce d'identité en cours de validité comportant le lieu de naissance, à défaut une copie intégrale de l'acte de naissance datant de moins de 3 mois		X		
Attestation sur l'honneur de non-activité professionnelle ou copie des bulletins de salaires		X ⁽¹⁾	X	
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale		X	X	
Justificatif du paiement de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente par la Sécurité sociale		X	X	
Copie des relevés de situation de Pôle emploi		X	X	
Copie du dernier avis d'imposition pour bénéficier d'une éventuelle exonération de la CSG et/ou de la CRDS		X		X
Relevé d'identité bancaire de l'assuré (hors compte d'épargne)		X		

(1) bulletins de salaire des 12 mois civils précédant l'événement

5. LES SERVICES COMPLÉMENTAIRES DONT VOUS BÉNÉFICIEZ

5.1. Les services complémentaires en cas d'arrêt de travail

Si vous êtes victime d'une **atteinte corporelle grave**, nous mettons en œuvre des services complémentaires.

L'atteinte corporelle grave est l'accident ou la maladie à caractère soudain et imprévisible dont la nature risque de porter atteinte à sa vie ou d'engendrer, à brève échéance, une aggravation importante de son état si des soins adéquats ne lui sont pas prodigués rapidement.

Pour ouvrir droit à nos prestations, l'atteinte corporelle doit être constatée par une autorité médicale.

Si vous êtes victime d'une atteinte corporelle grave à plus de 50 km de votre domicile, nous organisons et prenons en charge votre rapatriement sanitaire :

Nous choisissons le moyen de transport qui vous est le mieux adapté : véhicule sanitaire léger, ambulance, train 1re classe, avion en classe économique ou avion sanitaire.

Nous vous dirigeons alors :

- soit vers le centre hospitalier le mieux adapté à votre état de santé,
- soit vers le centre hospitalier le plus proche de votre domicile,
- soit vers votre domicile.

Si vous vous trouvez en dehors de votre secteur hospitalier, nous nous chargeons également de vous ramener jusqu'à votre domicile une fois que votre état de santé vous le permet.

La décision de vous rapatrier est prise en fonction des seuls impératifs médicaux. L'organisation du rapatriement, le choix final du lieu d'hospitalisation, de la date, des moyens utilisés ou de la nécessité de votre accompagnement relèvent exclusivement de notre équipe médicale après que celle-ci ait pris contact avec votre médecin sur place.

Tout refus de la solution proposée par notre équipe médicale entraîne l'annulation de la présente garantie.

Nous pouvons vous demander d'utiliser votre titre de transport si celui-ci peut être modifié ou utilisé. Si tel n'est pas le cas, nous vous demandons de nous restituer votre titre de transport lorsque nous avons pris en charge votre retour.

Si vous êtes victime d'une atteinte corporelle grave qui vous immobilise à votre domicile sur prescription médicale pour une durée de plus de 5 jours :

Nous organisons et prenons en charge les services complémentaires suivants :

■ l'acheminement d'un proche à votre chevet

si aucun membre de votre famille ne se trouve à moins de 50 km de votre domicile. Pour cela, nous fournissons à votre proche un billet aller-retour en train 1re classe ou en avion classe économique.

■ la garde de vos enfants et petits-enfants

s'ils ont moins de 15 ans et si personne d'autre ne peut en assurer la garde :

- soit en permettant la venue d'un proche à votre domicile (en train 1re classe ou avion classe économique) ;
- soit en acheminant vos enfants au domicile d'un proche (en train 1re classe ou avion classe économique), accompagnés, si nécessaire, par une personne qualifiée ;
- soit en confiant la garde de vos enfants à votre domicile à une personne qualifiée. En fonction de l'âge de vos enfants, celle-ci s'occupe aussi de les accompagner à l'école. Cette prestation est limitée à 30 heures, réparties sur 15 jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour.

Nous intervenons à la demande des parents et ne pouvons être tenus pour responsables des événements pouvant survenir lors des trajets ou pendant la garde de vos enfants.

■ une aide-ménagère à domicile

Nous recherchons et prenons en charge les services d'une aide-ménagère à domicile pour assurer vos tâches domestiques. Pour bénéficier de cette prestation, vous devez nous en faire la demande dans les 8 jours suivant votre immobilisation à domicile pour atteinte corporelle grave. Nous limitons toutefois cette aide à la période de 30 jours suivant votre atteinte corporelle grave. La durée de présence de l'aide-ménagère est fixée par notre équipe médicale, en fonction des seuls critères médicaux. Elle ne peut excéder 30 heures, réparties sur 15 jours et à raison de 2 heures consécutives minimum par jour.

5.2. La mise en œuvre des services complémentaires

En cas d'arrêt de travail, vous pouvez disposer de services complémentaires qui visent à vous accompagner et à vous aider.

5.2.1. Les modalités de notre intervention

Quand survient un événement donnant lieu à la mise en œuvre des services complémentaires, vous ou l'un de vos proches doit impérativement nous contacter au numéro de téléphone mentionné au paragraphe « Nous contacter ». Nous vous délivrons alors un numéro de dossier qui permettra de délivrer chacune de nos prises en charge. Certains services font référence à la notion de domicile. Dans ce cas, le domicile est le lieu de résidence qui figure sur sa déclaration d'impôt sur le revenu. Pour ouvrir droit à nos services, il doit être situé en France métropolitaine.

5.2.2. La limitation de nos engagements

Nous prenons en charge les seules prestations que nous organisons. L'organisation par vous même ou par votre entourage de l'un des services complémentaires sans notre accord préalable, matérialisé par un numéro de dossier, ne peut donner lieu à remboursement.

Nous ne prenons pas en charge et ne remboursons pas les frais de séjour (hôtel, taxis, restaurant, téléphone...), sauf ceux ayant fait l'objet d'un accord préalable de notre part, ni tout autre frais non prévu au titre des garanties accordées.

Les services complémentaires qui n'auraient pas été sollicités pendant la période de garantie ne permettent pas le versement d'indemnités compensatoires.

La déclaration de l'ensemble des éléments d'information nécessaires à la mise en œuvre des services complémentaires est une obligation. A défaut, vous perdez le bénéfice de vos garanties et nos engagements deviennent nuls.

5.2.3. Notre responsabilité

Notre responsabilité ne peut être engagée dans les cas suivants :

- dommage professionnel ou commercial que vous pouvez éventuellement subir lors de l'exécution de l'un de nos services complémentaires,
- retard dans l'organisation du service prévu par la garantie ou impossibilité de le fournir pour cause de force majeure : guerres (civile ou étrangère), émeute, acte de terrorisme, restriction à la libre circulation des biens et des personnes, grève, accident nucléaire.

Nous ne pouvons pas nous substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche et nous ne prenons pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.

6. LES MAINTIENS DE GARANTIE DONT VOUS BÉNÉFICIEZ

6.1. Le maintien des garanties en cas de décès lorsque vous êtes en arrêt de travail

Tant que vous êtes en arrêt de travail pour cause de maladie ou d'*accident*, les garanties en cas de décès sont maintenues y compris après la résiliation de ce contrat.

6.1.1. Le niveau de la garantie

La garantie maintenue est celle souscrite dans le cadre de ce contrat.

Toutefois, si vous avez été admis à ce contrat alors que vous étiez déjà en arrêt de travail, nous versons les capitaux et les rentes prévus en déduisant ceux maintenus par le précédent assureur.

En cas de rupture de votre contrat de travail alors que vous êtes en situation d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente, la garantie maintenue est celle dont vous bénéficiez la veille de la rupture.

6.1.2. La base de calcul des prestations

Elle est égale à celle définie à l'article « La base de calcul des prestations » du chapitre « Les dispositions communes aux garanties ». Toutefois, si après résiliation de ce contrat, vous êtes invalide, au sens du paragraphe « La garantie invalidité permanente », et vous exercez une activité professionnelle, nous réduisons la base de calcul des prestations de 40 %.

6.1.3. La revalorisation

La base de calcul des prestations est revalorisée depuis l'arrêt de travail selon les dispositions prévues à l'article « La revalorisation des prestations » du chapitre « Les dispositions communes aux garanties ».

Après la résiliation de ce contrat et en cas de souscription d'un nouveau contrat auprès d'un nouvel assureur, la revalorisation cesse et la base de calcul est maintenue au niveau atteint à la date de la résiliation.

6.1.4. La fin du maintien de la garantie

Le maintien de la garantie prend fin :

- à la date à laquelle cesse l'indemnisation de l'arrêt de travail par la *Sécurité sociale* ;
- à la date à laquelle vous ne remplissez plus les conditions nécessaires pour bénéficier du versement des prestations Incapacité temporaire de travail et Invalidité permanente prévues au contrat ;
- à la date d'attribution de la pension vieillesse de la *Sécurité sociale* (ou pension pour inaptitude au travail), sauf en cas de bénéfice du dispositif de cumul emploi retraite.

6.2. Le maintien des garanties en cas de rupture du contrat de travail

Tant que le contrat d'assurance est en vigueur, nous maintenons les garanties du contrat, en cas de rupture de votre contrat de travail, non consécutive à une faute lourde et ouvrant droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage, selon les dispositions suivantes.

6.2.1. Les bénéficiaires du maintien

Bénéficiaire du présent maintien les anciens salariés qui justifient d'une prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Les droits à garanties complémentaires doivent être ouverts au jour de la rupture de votre contrat de travail.

6.2.2. La prise d'effet et la durée du maintien

La garantie prend effet à compter du lendemain de la rupture du contrat de travail, pour une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail, ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. La durée de la portabilité est appréciée en mois entiers, arrondie au nombre supérieur dans la limite de 12 mois.

6.2.3. La rupture du maintien des garanties

Nous cessons le maintien des garanties à la survenance du premier de ces événements :

- au terme de l'indemnisation par Pôle emploi ;
- à l'épuisement des droits acquis au titre de la portabilité ;
- au terme de la durée maximale de 12 mois prévue ci-dessus ;
- au jour où vous trouvez un nouvel emploi ou liquidez vos droits à pension de retraite ;
- à la date de résiliation ou non renouvellement du contrat d'assurance.

6.2.4. Les modalités du maintien

Nous appliquons les dispositions suivantes aux garanties maintenues :

- les garanties maintenues sont celles en vigueur dans l'entreprise au titre du contrat d'assurance en vigueur ;
- elles correspondent à celles qui vous seraient appliquées si vous étiez toujours salarié de l'entreprise le jour du sinistre ;
- l'arrivée du terme du maintien des garanties n'interrompt pas le versement des prestations périodiques en cours de service ou celles différées en raison de l'application de la franchise contractuelle si vous êtes en arrêt de travail le jour de la rupture du maintien de vos garanties ;
- la base de calcul des prestations applicable tout au long de la période de maintien des garanties est celle calculée le jour de la rupture de votre contrat de travail. Les revenus procurés par les avantages attribués au titre des stock-options, les primes et indemnités versées lors de la rupture du contrat de travail, n'entrent pas dans la base de calcul des prestations.

Toutefois, le maintien des garanties ne peut vous conduire à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des allocations chômage que vous auriez perçues au titre de la même période. Si vous n'en perceviez pas ou plus, cette base de calcul des prestations sera reconstituée sur la base des conditions du régime d'assurance chômage applicables au jour de l'arrêt.

6.2.5. Les modalités d'information

6.2.5.1. Vos obligations

Il vous appartient de nous justifier directement vos droits à indemnisation du chômage pour bénéficier du présent maintien. A défaut, les prestations sont versées à partir de la date de réception des justificatifs établissant l'indemnisation au titre du chômage.

Vous vous engagez à nous déclarer votre reprise du travail ou la liquidation de vos droits à pension de retraite dans un délai de 8 jours après la survenance de l'un de ces deux événements.

Le défaut de déclaration entraîne la restitution des prestations réglées postérieurement au délai susmentionné.

6.2.6. Les pièces complémentaires à fournir en cas de sinistre

- la copie du certificat de travail ;
- le décompte de Pôle Emploi depuis la date de licenciement jusqu'au jour du décès ;
- l'attestation de prise en charge de Pôle Emploi ;
- le justificatif de suspension du Pôle Emploi, le cas échéant.

7. LES DISPOSITIONS RELATIVES À VOTRE CONTRAT

7.1. La prescription

Nous vous informons ci-après des conditions d'application de la prescription :

Conformément aux dispositions de l'article L114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par 2 ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° en cas de réticence, omission, déclaration fausse 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 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 10 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, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard 30 ans à compter du décès de l'assuré.

Conformément à l'article L 114-2 du Code des assurances, 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 adressée 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.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription auxquelles l'article L114-2 du Code des assurances fait référence sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (article 2240 du Code civil) ;
- la demande en justice, même en référé, qui 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 2241 du Code civil) ;
- l'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (article 2242 du Code civil) ;
- l'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;
- 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 (article 2244 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 2245 du Code civil) ;
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (article 2246 du Code civil) ;

Conformément à l'article L114-3 du Code des assurances, 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.

7.2. Les mesures restrictives définies par la réglementation française et internationale

Le contrat sera sans effet et l'assureur ne sera pas tenu de payer une indemnité ou de fournir des garanties à ce titre dès lors que l'exécution du contrat exposerait ce dernier (l'assureur) aux sanctions, interdictions ou aux restrictions résultant des résolutions des Nations Unies ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou règlements édictées par l'Union européenne, le Royaume Uni ou les Etats-Unis d'Amérique.

7.3. La législation relative aux traitements des données à caractère personnel

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours en tant qu'assuré. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR).

Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités.

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits :

- par email (service.informationclient@axa.fr)
- par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex).

En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez www.axa.fr/donnees-personnelles.html

7.4. Nous contacter

Au préalable :

Lorsque vous ou l'un de vos proches prenez contact avec AXA, nous vous remercions de nous communiquer les renseignements suivants :

- vos prénom et nom,
- le numéro du contrat de prévoyance collective : contrat N° 22815295800
- la raison sociale de votre employeur : FREGATE

Pour les services complémentaires :

- Rapatriement, transport, présence d'un proche, garde des enfants, aide - ménagère à domicile...

La garantie Arrêt de travail ouvre droit à des services complémentaires. Un numéro de dossier doit être attribué pour la prise en charge et l'organisation de ces services. Vous ou vos proches devez alors nous téléphoner au numéro Azur unique :

01 72 59 51 60 (prix d'une communication locale)

7.5. En cas de réclamation

Le paragraphe ci-dessous précise les modalités d'examen des réclamations et le recours possible à la Médiation de l'assurance.

Comment adresser votre réclamation ?

Dans tous les cas, vous devez formaliser par écrit votre réclamation afin que nous puissions répondre au mieux à votre insatisfaction, et l'adresser à votre interlocuteur AXA habituel (ses coordonnées sont indiquées sur vos courriers et sur votre Espace Client en ligne) ou au service clients avec lequel vous êtes en relation, ou, à tout moment, au Service Réclamations :

- via le formulaire de contact sur **axa.fr** ou en ligne depuis votre Espace Client AXA
- ou par **courrier**, à l'adresse suivante : **AXA France - Service Réclamations - TSA 46307 - 95901 Cergy-Pontoise Cedex 9**

Nos engagements

Un accusé de réception vous sera adressé dans un délai maximum de 10 jours.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin et une réponse argumentée vous sera adressée dans un délai maximum de 60 jours.

La saisine du Médiateur

Vous pouvez saisir le Médiateur de l'assurance :

- dans un délai de 2 mois après votre première réclamation écrite, que vous ayez reçu une réponse ou non de notre part
- et en tout état de cause, dans un délai maximum d'un an à compter de la date de votre réclamation écrite

Cette saisine peut se faire :

- par **e-mail** sur le site **mediation-assurance.org**
- ou par **courrier**, à l'adresse suivante : **Monsieur le médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09**

L'intervention du Médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera une proposition de solution dans un délai de 3 mois à réception de votre dossier complet.

Les deux parties, vous-même et AXA, restent libres de le suivre ou non.

Vous conservez à tout moment la possibilité de saisir le tribunal compétent.

8. DÉFINITIONS

Accident

L'accident est une atteinte corporelle provenant d'une cause extérieure et survenant de manière soudaine, imprévisible et indépendante de la volonté de l'assuré.

Les événements totalement ou partiellement provoqués par une cause pathologique et en particulier les épidémies ne peuvent donc être considérés comme des accidents.

L'AVC n'est pas considéré comme un accident.

Accident vasculaire cérébral

L'accident vasculaire cérébral (AVC) est un déficit neurologique soudain d'origine vasculaire dont la cause peut être une hémorragie cérébrale ou une ischémie dû à l'occlusion d'une artère provoquant ainsi un infarctus (infarctus) cérébral.

Le mécanisme d'occlusion est le plus souvent soit un athérome obstructif soit un caillot (de formation locale ou embolique).

D'autres causes peuvent être retenues : déchirure de la paroi d'une artère (dissection) ou compression par une tumeur.

L'AVC n'est pas considéré comme un *accident*.

Accident de la circulation

Il faut entendre par accident de la circulation tout *accident* :

- provoqué par un objet, un véhicule, un animal ou un piéton, lorsque l'assuré circule à pied sur une voie publique ou privée ;
- survenu à l'occasion d'un parcours effectué par l'assuré :
 - en tant que passager d'un moyen de transport collectif par voie de fer, d'air ou d'eau ;
 - en tant que passager ou conducteur d'un moyen de transport par voie de terre.

N'est pas considéré comme accident de la circulation, l'*accident* survenu lors de la pratique d'une activité sportive nécessitant l'utilisation d'un véhicule à moteur.

Accident de la circulation aérienne

Il faut entendre par accident de la circulation aérienne tout accident survenu à l'occasion d'un parcours effectué par l'assuré en tant que passager d'un moyen de transport public par voie d'air.

N'est pas considéré comme accident de la circulation aérienne, l'*accident* survenu lors de la pratique d'une activité sportive nécessitant l'utilisation d'un véhicule à moteur (ULM, planeur, compétition d'aviation, etc.).

Accident du travail et maladie professionnelle

Est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'*accident* survenu par le fait ou à l'occasion du travail.

La législation sur les accidents du travail (Code de la Sécurité sociale) s'applique dans les conditions suivantes :

- l'existence d'un *accident* : l'*accident* est légalement caractérisé par l'action violente soudaine d'une cause extérieure provoquant une lésion de l'organisme humain ;
- son caractère professionnel : il doit exister un lien entre l'*accident* et le travail ;
- la relation de cause à effet entre l'*accident* et les lésions corporelles quelle que soit leur importance.

Est également considéré comme accident du travail, lorsque les bénéficiaires en apportent la preuve ou lorsque la Sécurité sociale dispose d'éléments en ce sens, l'*accident* survenu pendant le trajet d'aller et retour.

Accueil de l'enfant

La notion d'accueil de l'enfant renvoie aux congés de maternité (tel que défini à l'article L1225-17 du Code du travail), d'adoption (tel que défini à l'article L1225-37 du Code du travail), de paternité et d'accueil de l'enfant (tels que définis à l'article L1225-35 du Code du travail).

Ascendant

Ascendant à charge de l'assuré ou de son *conjoint* qui est dans le besoin au sens de l'article 205 du Code civil et pour lequel l'assuré déduit fiscalement une pension alimentaire de son revenu.

Concubin

Au sens de l'article 515-8 du Code civil, à l'exclusion du *conjoint* et du *partenaire*.

Conjoint

Epoux ou épouse de l'assuré non divorcé.

Déclaration Sociale Nominative (DSN)

Fichier mensuel produit par l'entreprise à partir des éléments de rémunération, qui permet de communiquer aux organismes et administrations concernées les informations nécessaires à la gestion de la protection sociale des salariés.

Deuil de l'enfant

La notion de deuil de l'enfant renvoie au congé tel que défini à l'article L3142-1 du Code du travail.

Enfant à charge

Enfant de l'assuré ou de son *conjoint* qu'il soit légitime, reconnu, recueilli ou adoptif.

Il doit, en outre, répondre aux conditions ci-dessous :

- d'une part :
 - être mineur ;
 - être majeur, âgé de moins de 26 ans, affilié à la *Sécurité sociale* et suivre des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance ;
 - être majeur, âgé de moins de 26 ans, affilié à la *Sécurité sociale* et à la recherche d'un premier emploi, inscrit au Pôle emploi. La formation en alternance n'est pas assimilée à un emploi ;
 - être reconnu *enfant handicapé* ;
- d'autre part, être fiscalement à la charge de l'assuré, c'est-à-dire être pris en compte pour l'application du quotient familial ou percevoir une pension alimentaire que l'assuré déduit fiscalement de son revenu global.

De plus, l'enfant reconnu ou adopté par l'assuré est considéré à charge même s'il est fiscalement à la charge de son *partenaire* lié avec lui par un pacte civil de solidarité ou de son *concubin*.

Enfin, lorsque l'assuré est décédé, l'enfant né moins de 300 jours après son décès est considéré comme enfant à charge.

Enfant handicapé

Enfant à charge quel que soit son âge :

- s'il perçoit une des allocations pour personne handicapée (allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) ou allocation aux adultes handicapés (AAH)) ;
- s'il est reconnu invalide de 2^e ou 3^e catégorie par la *Sécurité sociale*.

Mission professionnelle

Tout déplacement professionnel de l'assuré dans le monde entier, effectué pour le compte du souscripteur et placé sous son autorité. Il est convenu que les séminaires, congrès et voyages privés dans le cadre d'une mission professionnelle, pour autant qu'ils ne s'agissent pas de périodes de congés payés ou de réduction du temps de travail, sont couverts au titre de la mission professionnelle dans le cadre du respect du contrat d'assurance.

Le trajet pour se rendre sur le lieu de travail de l'assuré et pour rentrer à son domicile, n'est pas considéré comme une mission professionnelle au titre du contrat d'assurance.

Notice d'information

Document qui permet à l'assuré de connaître le fonctionnement du contrat d'assurance, en particulier des garanties.

Partenaire

Personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité (PACS).

PASS

Plafond annuel de la Sécurité sociale.

Personnes à charge

Enfants à charge et *ascendants à charge*.

Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

La perte totale et irréversible d'autonomie est l'incapacité définitive et totale de l'assuré d'exercer une activité professionnelle quelconque avec l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

PMSS

Plafond mensuel de la Sécurité sociale.

PSS

Plafond de la Sécurité sociale.

Sécurité sociale

Régime d'assurance maladie obligatoire de base, prenant en charge notamment les prestations en espèces pour cause de maladie, d'invalidité, d'*accident du travail ou de maladie professionnelle*. Ce régime est régi par le Code de la Sécurité sociale français.

Tranches de salaire

- Tranche A : fraction de salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale.
- Tranche B : fraction de salaire comprise entre 1 et 4 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.
- Tranche C : fraction de salaire comprise entre 4 et 8 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Votre interlocuteur AXA



Votre **Espace Client**

Retrouvez l'ensemble
de vos services en ligne sur [axa.fr](https://www.axa.fr)

AXA vous répond sur :



CONFIANCE, PRÉVENTION, ENVIRONNEMENT, SOLIDARITÉ :
avec AXA, faites le choix d'une entreprise engagée. Nos offres
citoyennes contribuent au respect de la planète, de tous et de
chacun. Toutes nos actions concrètes sont à découvrir sur [axa.fr](https://www.axa.fr)



CONTRAT DE PRÉVOYANCE COLLECTIVE D'ENTREPRISE

ATTESTATION DE REMISE DE LA NOTICE

Merci de remplir cette attestation et de la remettre à votre employeur

Je, soussigné (prénom, nom), déclare avoir bien reçu
la notice du contrat collectif obligatoire de prévoyance N° 22815295800 que m'a remise mon employeur.

