

Conditions Générales valant Notice d'information

L'objet du contrat

Ce contrat a pour objet d'accorder à l'assuré une ou plusieurs des garanties suivantes, dans la limite des garanties souscrites :

- en cas de décès : versement d'un capital au(x) bénéficiaires désigné(s) au contrat ou d'une rente temporaire au conjoint ou aux enfants à charge de l'assuré ;
- en cas de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) : versement d'un capital ou d'une rente temporaire à l'assuré ;
- en cas d'incapacité temporaire totale de travail : versement d'indemnités journalières ;
- en cas d'invalidité permanente : versement d'une rente d'invalidité.

Les conditions de l'adhésion

Le contrat GARANTIE PREVOYANCE PRO est réservé aux travailleurs non salariés non agricoles et à leurs conjoints collaborateurs à jour du paiement des cotisations aux régimes obligatoires d'assurance maladie et vieillesse et clients du réseau Caisse d'Epargne résidant en France Continentale ci-après dénommées adhérents/assurés.

L'adhérent qui désire s'assurer doit remplir un bulletin d'adhésion, ainsi qu'éventuellement une déclaration d'état de santé et/ou un questionnaire médical.

L'Assureur se réserve le droit de lui demander de passer, aux frais de l'Assureur, une visite médicale ou tout autre examen qu'il jugerait nécessaire, et de fournir toutes précisions ou compléments d'informations permettant d'apprécier les risques.

Les adhérents ne justifiant pas d'au moins 2 années consécutives d'exercice au titre de l'activité déclarée sur le bulletin d'adhésion ne peuvent souscrire que les niveaux 1, 2 ou 3 de garantie.

Pour les adhérents justifiant d'au moins 2 années consécutives d'exercice au titre de l'activité déclarée sur le bulletin d'adhésion, le conjoint collaborateur de l'adhérent TNS est éligible :

- à la garantie, Décès PTIA seule, s'il n'est pas rémunéré ;
- aux trois garanties, Décès PTIA, Invalidité Permanente et Incapacité Temporaire Totale, s'il est rémunéré.

Les présentes conditions générales valant notice d'information, le bulletin d'adhésion ainsi que le certificat d'adhésion, (notifiant l'acceptation par les assureurs), forment de manière indivisible le contrat GARANTIE PREVOYANCE PRO.

Loi Madelin (Article L. 144-1 du Code des assurances)

Toutes les garanties, à l'exception de la garantie de capital en cas de décès ou de PTIA, sont éligibles à la Loi N° 94-126 du 11 février 1994 dite « Loi Madelin » codifiée à l'article L. 144-1 du Code des assurances. Toutefois, pour bénéficier des avantages prévus par ce régime spécifique, l'adhérent doit, à la date d'adhésion ainsi que lors de chaque renouvellement, fournir à l'Assureur une attestation du paiement des cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse.

Les mots clé pour bien comprendre votre contrat

Accident :

Toute atteinte ou lésion corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine, brutale, directe et exclusive, d'une cause extérieure, étrangère à la volonté de l'assuré.

Adhérent :

Personne physique signataire du bulletin d'adhésion qui est cliente du réseau Caisse d'Epargne et adhérente à l'association A.P.E.R. (Association pour la Promotion de l'Epargne et de la Retraite) et qui est tenue au paiement des cotisations.

L'adhérent doit être âgé d'au moins 18 ans et d'au plus 60 ans à la date d'adhésion. Il doit être Travailleur Non Salarié Non Agricole (TNSNA), avoir sa résidence principale et exercer son activité professionnelle en France Continentale. Les garanties cessent au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'assuré atteint 65 ans.

Carence :

Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion portée au Certificat d'Adhésion ou aux avenants éventuels. Toutes affections ou maladies et leurs suites apparues avant ou pendant ce délai sont définitivement exclues des garanties.

Conjoint collaborateur :

Personne physique conjoint de l'adhérent TNS et signataire du bulletin d'adhésion, travaillant dans l'entreprise sans être rémunéré, ou rémunéré pour moins de 50 % de son temps et n'exerçant aucune autre activité professionnelle.

Enfant à charge :

On entend par enfant à charge de l'assuré ou de son conjoint :

- un enfant légitime, reconnu, adoptif, pupille de la Nation ou recueilli au foyer de l'assuré,
- âgé de moins de 21 ans,
- ou de moins de 25 ans s'il poursuit des études,
- ou quel que soit son âge, s'il est infirme,
- qui vit ou non au domicile de ses parents,
- fiscalement à charge de l'assuré ou de son conjoint.

Incapacité temporaire totale :

Un assuré est en état d'incapacité temporaire totale de travail s'il se trouve, par suite de maladie ou d'accident survenant pendant la période garantie, dans l'impossibilité complète et temporaire d'exercer toute activité professionnelle. Est exclu de cette garantie, tout adhérent n'exerçant pas d'activité professionnelle rémunérée à la date de réalisation du risque. L'état d'incapacité temporaire totale de travail est constaté par le Service Médical de l'Assureur.

Invalidité permanente :

Un assuré est considéré en état d'invalidité permanente lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie survenant pendant la période de garantie, il se trouve médicalement dans l'impossibilité permanente et définitive d'exercer sa profession.

L'état et le taux d'invalidité permanente sont constatés par le Service Médical de l'Assureur et calculés par référence au barème publié par le Concours Médical.

Est exclu de cette garantie tout adhérent n'exerçant pas d'activité professionnelle rémunérée à la date de réalisation du risque.

Maladie :

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) :

Un assuré est considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie lorsque, à la suite d'un accident ou d'une maladie survenant pendant la période garantie, les deux conditions suivantes sont remplies :

- il est dans l'impossibilité totale et irréversible de se livrer à toute occupation et à toute activité rémunérée lui **procurant gain ou profit,**
- **il est reconnu par l'Assureur comme étant dans l'obligation définitive d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne** pour effectuer les 4 actes ordinaires de la vie suivants :
 - s'alimenter,
 - faire sa toilette,
 - s'habiller et se déshabiller,
 - effectuer des transferts : se lever, se coucher, s'asseoir.

La perte totale et irréversible d'autonomie est réputée consolidée au jour de la constatation de l'état ci-dessus défini. L'état de perte totale et irréversible d'autonomie est constaté par le Service Médical de l'Assureur.

Vos Garanties

Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de l'Assuré :

En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie (P.T.I.A.) de l'assuré (adhérent ou conjoint collaborateur) par suite de maladie ou d'accident survenu pendant la période de garantie, l'Assureur verse, soit sous forme de capital, **soit sous forme de rente temporaire, un capital constitutif dont le montant est égal au montant indiqué sur le certificat d'adhésion** ou le dernier avenant.

Le montant du capital constitutif est égal à 1000 fois le montant de l'indemnité journalière du niveau de garantie choisi par l'assuré au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale, soit un montant total de :

- > niveau 1 : 15 000 € ;
- > niveau 2 : 30 000 € ;
- > niveau 3 : 50 000 € ;
- > niveau 4 : 100 000 € ;
- > niveau 5 : 150 000 € ;
- > niveau 6 : 200 000 €.

Le changement de version au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale entraînera modification du montant garanti du capital constitutif, à la hausse ou à la baisse.

La garantie Décès/P.T.I.A. est accessoire à la garantie Incapacité Temporaire Totale, elle ne peut être choisie seule (hors conjoint collaborateur).

L'adhésion à la garantie Incapacité Temporaire Totale emporte adhésion automatique à la garantie Décès/P.T.I.A.

Prise d'effet des garanties :

Jusqu'à la notification de l'acceptation ou du refus des risques prévoyance par l'assureur, l'assuré est couvert pour les seuls risques d'origine accidentelle pendant au maximum 3 mois, dans la limite du montant du capital garanti, sous réserve de l'encaissement de la cotisation.

Bénéficiaire(s) :

L'assuré désigne le(s) bénéficiaire(s) de son choix par le biais de son contrat. Il peut également effectuer la désignation bénéficiaire par acte sous seing privé ou par acte authentique.

Il peut porter au contrat les coordonnées du bénéficiaire afin qu'elles soient utilisées en cas de décès.

Il peut mettre à jour la clause bénéficiaire lorsqu'elle n'est plus appropriée, cependant, en cas d'acceptation du (des) bénéficiaire(s), leur désignation devient irrévocable sans leur accord.

L'assureur règle le capital garanti :

En cas de décès de l'assuré : au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans les conditions indiquées ci-dessus. A défaut de bénéficiaire expressément désigné par l'assuré, les bénéficiaires du capital en cas de décès sont le conjoint non séparé de corps à la date du décès, à défaut le(s) enfant(s) né(s) ou à naître, vivant(s) ou représenté(s), à défaut à (aux) héritier(s) de l'assuré, selon les règles de la dévolution successorale.

En cas de P.T.I.A. : à l'assuré lui-même.

Prestations en capital :

Le paiement du capital décès est effectué dans un délai maximal de deux mois à compter de la réception par l'assureur des pièces et accomplissement des formalités prévues aux présentes conditions générales valant Notice d'Information.

Le paiement du capital en cas de P.T.I.A. est effectué dans un délai de deux mois à compter de la reconnaissance par l'assureur de la consolidation de la P.T.I.A.

Le paiement du capital met fin à toutes les garanties du contrat.

Prestations sous forme de rente temporaire :

Le règlement de la rente temporaire en cas de décès prendra effet au plus tard dans les 30 jours suivant la date de réception par l'assureur de l'ensemble des pièces nécessaires.

Le paiement de la rente temporaire en cas de P.T.I.A. prendra effet au plus tard dans les 30 jours suivant la reconnaissance par l'assureur de la consolidation de la P.T.I.A.

Le capital constitutif de rente temporaire sera réparti, sauf stipulation contraire de l'assuré, à parts égales entre le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) en vue de la détermination du montant de rente revenant à chacun d'eux.

La rente est versée trimestriellement à terme échu, à partir du trimestre civil qui suit la réception du dossier complet de la demande de liquidation. Elle est due jusqu'à l'échéance qui précède le terme.

Le terme de la rente temporaire met fin à toutes les garanties du contrat. Aucun prorata d'arrérage ne sera dû au titre du trimestre civil au cours duquel est survenu le terme.

Le paiement de la rente prend fin :

• En cas de décès :

- si le bénéficiaire est le conjoint : en cas de décès ou de remariage et au plus tard à son 65^{ème} anniversaire ;
- si les bénéficiaires sont des enfants à charge : en cas de décès et au plus tard à leur 25^{ème} anniversaire ;

• **En cas de P.T.I.A. :** en cas de décès de l'assuré et au plus tard à son 65^{ème} anniversaire.

Incapacité Temporaire Totale :

En cas d'incapacité temporaire totale de l'assuré, l'Assureur lui verse une indemnité journalière dont le montant est déterminé à l'adhésion ou lors d'une augmentation de garantie, et figure au certificat d'adhésion.

Le montant de l'indemnité journalière doit être de 1 / 1 000^{ème} du capital constitutif décès, soit par jour :

- > niveau 1 : 15 €/jour ;
- > niveau 2 : 30 €/jour ;
- > niveau 3 : 50 €/jour ;
- > niveau 4 : 100 €/jour ;
- > niveau 5 : 150 €/jour ;
- > niveau 6 : 200 €/jour.

Le montant annuel de cette indemnité journalière ne doit pas dépasser le revenu annuel de l'assuré.

L'indemnité journalière est payable par mois civil échu à l'expiration d'un délai de franchise de :

- 90 jours d'arrêt de travail continu, en cas de maladie mentale ou affection psychique,
- 15 jours d'arrêt de travail continu, en cas de maladie (hors maladies mentales ou affections psychiques),
- 3 jours en cas d'accident ou lorsque l'arrêt de travail débute par une hospitalisation supérieure à 24 heures.

La franchise est dite absolue, c'est-à-dire que les indemnités relatives à la période de franchise ne sont pas payées. Si l'assuré, après avoir repris son travail pendant une durée inférieure à 60 jours et après une période indemnisée, est victime d'un nouvel arrêt de travail, pour la pathologie initiale, il n'y aura pas application du délai de franchise et les prestations seront versées immédiatement. Par contre, en cas de nouvel arrêt après une reprise de travail d'une durée égale ou supérieure à 60 jours, ou pour une pathologie différente de la pathologie initiale, le délai de franchise sera de nouveau appliqué. L'imputation de la pathologie doit être médicalement constatée.

Les délais de carence de cette garantie sont :

- 0 jour en cas d'accident,
- 12 mois pour les maladies mentales ou affections psychiques,
- 3 mois pour les maladies autres que celles citées au point précédent.

En cas de complications pathologiques à l'occasion d'une maternité, l'indemnité journalière n'est pas due pendant la période des congés légaux pré et post nataux fixés à 6 semaines avant l'accouchement présumé et 10 semaines après celui-ci.

Dès sa reprise d'activité l'assuré doit en informer l'Assureur.

En cas de reprise partielle de son activité, et après une période d'indemnisation, le versement de l'indemnité pourra être prolongé, sur une durée maximale de 6 mois, à hauteur de 50 % de l'indemnité prévue. Cependant, la somme de l'indemnisation versée par l'Assureur et des revenus de son activité ne pourra pas être supérieure à l'indemnisation versée par l'Assureur avant la reprise partielle d'activité. **Aucune indemnité n'est versée en cas d'incapacité temporaire partielle qui n'a pas donné lieu préalablement au versement d'une indemnité au titre de la présente garantie.**

L'Assureur se réserve le droit de faire procéder à tout contrôle de l'état de santé de l'assuré par un médecin expert qu'il aura choisi.

L'indemnité est payable pendant toute la durée de l'incapacité (sauf délai de franchise) et cesse d'être due :

- **en cas de reprise totale par l'assuré d'une activité professionnelle,**
- **en cas de décès de l'assuré,**
- **en cas de liquidation de la pension de vieillesse,**
- **au passage en invalidité permanente au plus tard au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail,**
- **au plus tard, au 65^{ème} anniversaire de l'assuré,**
- **à l'expiration d'un délai de 18 mois d'indemnisation au titre de la présente garantie Incapacité Temporaire Totale et de la garantie Invalidité Permanente sur toute la durée de l'adhésion en cas de maladie mentale ou d'affection psychique.**

Cette garantie est obligatoire pour l'adhérent.

Invalidité Permanente :

En cas d'invalidité permanente de l'assuré, l'Assureur lui paie une rente annuelle dont le montant maximal est déterminé à l'adhésion ou lors d'une augmentation de garantie, et figure au certificat d'adhésion.

Le montant maximal de la rente annuelle doit être de 360 fois l'indemnité journalière incapacité temporaire totale, soit:

- > niveau 1 : 5 400 €/an ;
- > niveau 2 : 10 800 €/an ;
- > niveau 3 : 18 000 €/an ;
- > niveau 4 : 36 000 €/an ;
- > niveau 5 : 54 000 €/an ;
- > niveau 6 : 72 000 €/an.

Le montant indemnisé est égal au montant annuel maximal figurant au certificat d'adhésion multiplié par les coefficients suivants :

- si le taux d'invalidité est inférieur à 33 % : 0 %,
- si le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 % (invalidité permanente partielle) : $(N-33\%)/33\%$, où N est le taux d'invalidité,
- si le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 66 % (invalidité permanente totale) : 100 %.

Lorsque l'assuré est déclaré inapte définitivement à l'exercice de sa profession, l'état et le taux d'invalidité permanente sont déterminés par le Service Médical de l'Assureur par référence au barème publié par le Concours Médical et par les éléments apportés par l'assuré. En tout état de cause, l'assureur n'est pas lié aux décisions prises par le Régime Obligatoire en ce qui concerne l'invalidité.

La rente est payable par trimestre échu, pendant toute la durée de l'invalidité permanente partielle ou totale, sauf si l'état d'invalidité permanente est causé par une maladie mentale ou une affection psychique. Dans ce cas, les prestations sont versées pendant un maximum de 18 mois sur toute la durée du contrat, au titre de la présente garantie Invalidité Permanente et de la garantie Incapacité Temporaire Totale.

Lorsque le montant de la rente est modifié en cours de trimestre, il en est tenu compte, prorata temporis, à l'échéance trimestrielle suivante. Lorsque la rente cesse d'être due en cours de trimestre, un prorata est immédiatement payé.

Les délais de carence de cette garantie sont :

- 0 jour en cas d'accident,
- 12 mois pour les maladies mentales ou affections psychiques,
- 3 mois pour les maladies autres que celles citées au point précédent.

La rente cesse d'être due :

- à l'expiration d'un délai de 18 mois d'indemnisation au titre de la présente garantie Invalidité Permanente et de la garantie Incapacité Temporaire Totale sur toute la durée de l'adhésion en cas de maladie mentale ou d'affection psychique,
- si le taux d'invalidité devient inférieur à 33 %,
- en cas de liquidation de la pension de vieillesse,
- en cas de décès,
- au plus tard au 60^{ème} anniversaire de l'assuré, porté au 65^{ème} anniversaire pour les TNS relevant de la catégorie professionnelle 1 (CP 1) ou exerçant une profession paramédicale relevant de la catégorie professionnelle 2 (CP 2).

Le paiement de la rente d'invalidité entraîne la suppression pendant la même période de l'indemnité journalière. Cette garantie est obligatoire pour l'adhérent.

Durée maximale d'indemnisation :

La durée maximale d'indemnisation au titre de maladies mentales ou d'affections psychiques, est de 18 mois sur toute la durée du contrat de l'assuré, au titre de la garantie Invalidité Permanente et de la garantie Incapacité Temporaire Totale.

Maintien des garanties :

A l'issue de la période de franchise et pendant toute la durée du paiement des prestations en Incapacité Temporaire Totale ou Invalidité Permanente, les garanties souscrites en cas de décès de l'assuré sont maintenues sur la base des garanties déterminées à la date de l'arrêt de travail, y compris en cas de sortie de l'effectif assurable ou de résiliation de la convention, signée entre l'association et l'assureur, si l'arrêt de travail est survenu antérieurement. Le maintien des garanties n'est pas accordé si les prestations prévues en Incapacité Temporaire Totale ou Invalidité Permanente au présent Contrat ne sont pas dues. Il cesse lorsqu'elles sont supprimées ou suspendues.

Exonération des cotisations :

En cas d'Incapacité Temporaire Totale ou Invalidité Permanente donnant droit aux prestations définies ci-dessus, les garanties sont maintenues pendant toute la durée du paiement des prestations avec exonération (ou remboursement) du paiement des cotisations à l'issue de la période de franchise appliquée et au plus tôt au 15^{ème} jour d'arrêt de travail.

Cette garantie est obligatoire pour l'adhérent.

Catégories professionnelles :

Les catégories professionnelles se définissent de la façon suivante :

- Classe 1 (CP1) : Professions libérales, hors agents commerciaux, dont la profession nécessite une certaine expertise. Professions médicales et profession de diététicien.
- Classe 2 (CP2) : Artisans, commerçants dont la profession comporte peu ou pas de travail manuel dangereux. Chefs d'entreprise et liquidateurs judiciaires. Agents commerciaux. Professions paramédicales.
- Classe 3 (CP3) : Artisans, Professions libérales, commerçants dont la profession comporte un travail manuel important et/ou une manipulation de marchandises lourdes ou dangereuses.

Le règlement des prestations

Formalités en cas de sinistre Décès/P.T.I.A. :

Les bénéficiaires doivent déclarer le décès ou la P.T.I.A. de l'assuré à l'assureur dans les meilleurs délais, et doivent lui remettre :

Dans tous les cas :

- le certificat d'adhésion et ses avenants éventuels, ainsi que les conditions spéciales acceptées par l'assuré.

En cas de décès :

- un acte de décès de l'assuré,
- un certificat médical indiquant la cause du décès, et dont la production est par avance autorisée par l'assuré,
- une copie datée et signée de la carte nationale d'identité du (ou des) bénéficiaire(s) désigné(s) ou du livret de famille si le bénéficiaire est le conjoint et le cas échéant de toute pièce requise par l'administration fiscale.

En cas de P.T.I.A. :

- un certificat médical détaillé du médecin examinateur indiquant la cause, la nature et la date de survenance de l'événement à l'origine de la P.T.I.A. et précisant de façon détaillée l'état de P.T.I.A. et sa date de consolidation. La preuve de la P.T.I.A. incombe à l'assuré.

En cas d'accident ayant provoqué le Décès ou la P.T.I.A. :

- les pièces officielles indiquant les circonstances de l'accident et établissant le lien de causalité entre l'accident et le Décès ou la P.T.I.A. de l'assuré, la preuve du lien de causalité incombant au(x) bénéficiaire(s).

L'assureur se réserve la faculté de demander toute pièce ou de faire procéder à toute enquête qu'il jugera nécessaire par son service médical ou par tout service juridique.

En tout état de cause, le règlement du capital ou du premier arrérage de rente ne pourra intervenir, qu'après réception **des pièces justificatives nécessaires et, le cas échéant, à l'issue des contrôles et expertises décrits ci-dessous.**

La P.T.I.A. ouvre droit au paiement du capital assuré ou de la rente garantie et met fin à la couverture du risque décès.

Formalités en cas de sinistre Incapacité Temporaire Totale ou Invalidité Permanente :

Dès que l'assuré est en état d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente, il doit en faire la déclaration à l'Assureur.

En cas d'incapacité temporaire totale, la déclaration devra être faite à l'Assureur à l'issue de la période de franchise et **au plus tard dans les 90 jours qui suivent la fin de ladite période, à défaut la franchise sera décomptée à partir du jour de la réception du dossier par l'Assureur.**

En cas d'invalidité permanente, la déclaration devra être faite à l'Assureur au plus tard dans les 90 jours qui suivent la survenance de cette Invalidité Permanente. A défaut la prise en charge éventuelle ne pourra être antérieure à la date de réception du dossier par l'Assureur.

La déclaration devra être accompagnée notamment des pièces suivantes :

- un **certificat médical du médecin examinateur de l'Assuré indiquant les dates, cause et durée prévue de l'incapacité de travail,**
ou
- un **certificat médical du médecin examinateur de l'Assuré indiquant la cause et l'importance de l'invalidité reconnue** ainsi que la date à partir de laquelle cette invalidité peut être considérée comme permanente et totale,
- le procès-verbal de gendarmerie (ou de police) en cas d'accident,
- le **certificat d'adhésion et ses avenants individuels,**
- la **copie des avis d'imposition des 2 années antérieures au sinistre,** ou, à défaut, toute justification des revenus,
- tout complément d'information jugé utile par l'Assureur.

De plus, pour les Assurés sociaux :

- la déclaration d'Accident du Travail de l'employeur

Pour les adhérents ayant signé une Déclaration d'Etat de Santé ou rempli un Questionnaire Médical :

- les décomptes de règlement d'indemnités journalières émanant de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme assimilé sur les 5 années précédant l'adhésion, ou à défaut, une attestation de cet organisme précisant qu'aucune indemnité journalière n'a été versée au cours de cette période.

Pour tous les adhérents :

- les décomptes de règlement d'indemnités journalières émanant de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme assimilé concernant le sinistre en cours, ou à défaut les avis d'arrêt de travail.

ou

la notification d'attribution de la pension d'Invalidité Permanente Totale et les décomptes de règlement de la pension ou de la rente servie par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme assimilé.

Par ailleurs, toute prolongation d'arrêt de travail accordée par le médecin examinateur devra être signalée dans un délai de 30 jours. A défaut, l'Assuré sera considéré comme guéri à l'expiration du délai prévu dans le certificat précédemment remis.

L'Assureur se réserve la possibilité de faire procéder à une expertise médicale.

L'Assuré s'engage à ne pas opposer le secret médical à l'égard du Service Médical de l'Assureur.

Revalorisation des rentes en cours de service :

Les montants des rentes en cours de service pourront être revalorisés, au 1er janvier de chaque exercice, en fonction de l'évolution du point AGIRC.

Les Exclusions de garanties

Ne sont pas garantis les maladies et accidents ainsi que leurs suites et conséquences résultant :

Pour tous les risques :

- d'un acte intentionnel de l'assuré ou du bénéficiaire
- de l'usage de drogues et de stupéfiants non médicalement prescrits et de produits médicamenteux non prescrits médicalement, ou à des quantités non prescrites médicalement
- de la démence, de l'alcoolisme, de l'ivresse ou d'imprégnation alcoolique de l'assuré caractérisée par une concentration d'alcool dans le sang ou dans l'air expiré égale ou supérieure aux taux fixés par les dispositions législatives ou réglementaires du code de la route
- de la participation de l'assuré à des rixes sauf cas de légitime défense,
- de la participation de l'assuré à des émeutes ou mouvements populaires, à des actes de terrorisme ou de sabotages,
- de la guerre civile ou étrangère,
- du suicide de l'assuré dans la première année qui suit la date d'effet de l'adhésion ou de l'avenant d'augmentation des garanties,
- de tremblements de terre, éruptions volcaniques ou autres cataclysmes,
- des effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité ainsi que les radiations provoquées par l'accélération artificielle des particules,
- de manipulation volontaire d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite,
- de la participation en tant que concurrent ou passager à des démonstrations, défis, paris, courses, essais préparatoires, raids, acrobaties, exhibitions, compétitions, tentatives de record nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur,
- de la pratique des sports aériens, automobiles et motocyclistes à titre amateur ou professionnel et de tous les autres sports, à titre professionnel, sauf si la mention en est faite au certificat d'adhésion, de la pratique des sports ou activités de loisirs suivants : plongée ou pêche sous-marine au-delà de 20 mètres, sports de combat ou arts martiaux, sports de neige ou de glace (bobsleigh, luge, hockey, saut à ski), descente de rapides, saut à l'élastique, parapente, parachute,
- de l'utilisation, par l'assuré, d'engins aériens, à moteur ou non, en tant que pilote ou passager, sauf en tant que passager d'avions de lignes aériennes régulières,
- de tout trouble neuropsychique, psychologique ou psychosomatique, de toute manifestation justifiant un traitement à visée neuropsychiatrique et, en particulier, la dépression nerveuse et l'anxiété, y compris si ce trouble ou cette manifestation est en relation avec un fait garanti.

Le meurtre de l'assuré par le bénéficiaire de l'assurance n'est pas couvert à l'égard du bénéficiaire ou de ses complices.

En ce qui concerne les risques « Incapacité Temporaire Totale » et « Invalidité Permanente », les exclusions suivantes complètent les exclusions ci-dessus :

- de cures de toute nature, notamment marines ou de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication. Les séjours en établissement de cure, de repos ou de convalescence sont pris en compte lorsqu'ils sont consécutifs à un événement garanti et après accord du médecin-conseil de l'organisme assureur.
- les atteintes rachidiennes, hormis les lésions d'origine cancéreuse ou les lésions traumatiques (fractures ou luxations), ces lésions traumatiques devant nécessairement être accompagnées de signes neurologiques.

Les atteintes suivantes sont notamment exclues :

- Cervicalgie ou Névralgie cervico-brachiale,
- Dorsago ou Dorsalgie,
- Lumbago ou Lombalgie,
- Sacralgie,
- Lombo-sciatique ou Sciatique ou Lombo-cruralgie ou Cruralgie ou Radiculalgie,
- Discopathie ou Hernie ou protrusion discale,
- Tassement vertébral d'origine ostéoporotique.

Ces pathologies ne peuvent pas être considérées comme fait générateur des garanties accidentelles.

- les troubles psychiatriques ou psycho-pathologiques, hormis les pathologies justifiant une hospitalisation de plus de trois mois,
- de la maternité durant les congés légaux. Il est précisé que les grossesses pathologiques sont couvertes sans limitation de durée, mais que, au titre de ces grossesses pathologiques, la période de congé légal de maternité n'est pas indemnisée.

- les traitements esthétiques, sauf chirurgie réparatrice consécutive à une maladie ou à un accident garanti,
- toute pathologie dont la date d'apparition est antérieure à la date d'adhésion au contrat ou est survenue durant la période de carence du contrat.

L'ensemble des garanties s'exerce sur les conséquences des affections et infirmités dont la première constatation ou intervention médicale est postérieure à la date d'adhésion du contrat (ou de l'avenant d'augmentation des garanties) et à l'expiration des délais de carence prévus.

L'ensemble des garanties s'exerce également sur les conséquences des affections et infirmités dont la première constatation médicale est antérieure à l'adhésion ou à l'augmentation de garanties si ces affections et infirmités ont été déclarées à l'adhésion sur le questionnaire médical et si elles n'ont pas été exclues sur le certificat d'adhésion ou l'avenant d'adhésion.

Vie du contrat

Territorialité :

Les garanties s'exercent dans le monde entier dès lors que la durée de votre déplacement n'excède pas 90 jours. Les remboursements sont effectués en France et en euros. En cas d'accident ou de maladie survenu hors de France, la reconnaissance de la P.T.I.A. de l'assuré ne peut avoir lieu qu'après le retour de l'assuré en France.

Prise d'effet des garanties :

Le contrat prend effet à la date de signature du bulletin d'adhésion, sous réserve de l'acceptation de l'assureur. Ces dispositions s'appliquent à tout avenant au contrat d'adhésion.

La durée initiale de votre contrat est d'un an. Il se renouvellera ensuite annuellement par tacite reconduction, à sa date anniversaire.

Vos déclarations :

A l'adhésion, vos déclarations doivent être sincères et conformes à la réalité ; votre cotisation et vos garanties en dépendent. Toute réticence ou déclaration intentionnellement fautive entraîne la nullité du contrat. Toute omission ou déclaration inexacte non intentionnelle entraînera une résiliation du contrat moyennant un préavis de 10 jours. En cours de contrat, vous devez nous déclarer par vous-mêmes les événements suivants : changement de domicile (par défaut les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets), modification de statut, changement ou cessation de vos activités professionnelles habituelles.

Ces déclarations doivent nous être faites, dans un délai de 15 jours, à partir du moment où vous avez connaissance de ces événements. En cas de déclaration tardive, nous pouvons vous opposer la déchéance du droit à indemnisation s'il est établi que ce retard nous a causé un préjudice.

L'acceptation, non obligatoire, de la modification par l'Assureur est prouvée par l'émission d'un nouveau certificat d'adhésion.

Cotisations :

Les cotisations sont payables annuellement et d'avance. Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement mensuel ou trimestriel selon le mode de paiement choisi. Il en est alors fait mention sur le bulletin d'adhésion.

Elles dépendent de l'âge atteint par l'adhérent (et le cas échéant le conjoint collaborateur) au début de chaque échéance annuelle et de sa catégorie professionnelle. L'âge est calculé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance.

En plus de l'augmentation de cotisation liée à l'âge des assurés, les cotisations sont susceptibles d'être révisées chaque année par l'assureur. Le changement du montant de la cotisation vous est notifié via le document de renouvellement de votre contrat. En cas de désaccord, l'adhérent doit en aviser BPCE Assurances au plus tard dans un délai de 30 jours à compter de la date de réception de l'avis de renouvellement. Ce refus entraîne la résiliation du contrat à l'échéance.

A défaut, l'adhérent est réputé avoir accepté le changement de montant.

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours suivant son échéance et indépendamment du droit de poursuivre le paiement en justice, BPCE Assurances adressera à l'adhérent une lettre recommandée valant mise en demeure.

Celle-ci entraîne la suspension des garanties 30 jours plus tard. Après un nouveau délai de 10 jours, le contrat sera résilié de plein droit mais les cotisations seront toujours dues.

Modification des garanties :

La modification des garanties prend effet à la date d'échéance suivante, pour toute demande effectuée auprès de l'assureur au plus tard deux mois avant cette date.

L'augmentation des garanties ou le changement de version n'est possible qu'avant l'âge de 65 ans de l'assuré, et est soumis aux formalités d'acceptation prévues à l'adhésion.

L'acceptation de la modification est notifiée à l'adhérent par l'envoi d'un avenant. Jusqu'à cette notification, l'assuré continue à être couvert dans la limite des garanties en vigueur lors de la demande de modification.

Les délais de carence prévus au présent contrat s'appliquent aux garanties supplémentaires souscrites à compter de la date d'effet de l'avenant.

Contrôle de l'état de santé de l'assuré :

Les médecins ou les représentants de l'assureur doivent, sauf opposition médicalement justifiée, avoir libre accès auprès de l'assuré à tout moment afin de constater son état de santé. L'assuré, son représentant légal ou le bénéficiaire si ce dernier est une personne physique doit communiquer tous renseignements médicaux concernant le sinistre déclaré et qu'il doit recueillir sur la demande du médecin conseil de l'assureur. Le refus par l'assuré de se conformer à ces obligations, après l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure, entraîne la déchéance de tout droit à indemnité pour l'assuré.

Expertise :

En cas de désaccord médical, l'assuré et l'assureur sont convenus de soumettre leur différend à un tiers médecin qu'ils auront conjointement désigné. Faute par ces derniers de s'entendre sur le choix du médecin, la désignation est effectuée à la requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. Une simple requête signée par l'assuré et l'assureur ou par l'un d'eux est suffisante pour cette nomination, l'autre partie étant convoquée par lettre recommandée.

Chaque partie règle la moitié des frais et honoraires du tiers médecin ainsi que des frais éventuels de sa désignation.

Prescription :

Toute action dérivant d'opérations liées aux présentes garanties est considérée comme prescrite après un délai de 2 ans, à compter de l'évènement qui y donne naissance, ou 10 ans si les bénéficiaires en cas de décès sont les ayants-droit légaux de l'Assuré.

Subrogation :

Nous sommes subrogés dans vos droits contre le tiers responsable, à concurrence des prestations et indemnités que nous vous avons versées, que la responsabilité du tiers soit entière ou partagée.

Résiliation :

Les garanties cessent :

- sur simple demande de la part de l'adhérent par lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'assureur moyennant un préavis de 2 mois avant la date de renouvellement du contrat ;
- en cas de non paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation ;
- en cas de fausse déclaration de sinistre ou de fourniture de tout document inexact et/ou falsifié ;
- dès que l'assuré cesse d'appartenir à l'effectif assurable ;
- en cas de résiliation du contrat groupe par le souscripteur ou par l'assureur le 31 décembre de l'année de résiliation.

L'assureur s'engage à en informer les adhérents au plus tard 3 mois avant la date d'effet de la résiliation,

- en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à l'adhésion ou en cours d'adhésion,
- à compter du versement par l'assureur de la totalité du capital ou du capital constitutif de rente temporaire garanti en cas de décès ou de P.T.I.A.,
- le 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'assuré atteint 65 ans.

Les prestations nées avant la date de fin de garantie et déclarées postérieurement à cette date, relèvent du champ d'application du contrat, leur montant étant maintenu au niveau atteint à la date de fin de garantie.

Informatique et Libertés :

Vos données personnelles recueillies sont nécessaires et ont pour finalités la gestion du contrat et du risque ainsi que la prospection commerciale. Elles sont destinées, de même que celles qui seront recueillies ultérieurement, à l'Assureur et/ou à la Caisse d'Epargne, responsable du traitement. Ces données pourront être adressées à des tiers pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires.

Vous autorisez l'Assureur et/ou la Caisse d'Epargne à communiquer les informations vous concernant à des sous-traitants et/ou des prestataires pour des besoins de gestion.

L'Assureur est également susceptible de communiquer certaines informations nominatives à des réassureurs aux fins exclusives de gestion du contrat, ce que vous autorisez expressément.

La liste des entreprises destinataires de ces informations est accessible sur demande auprès de l'Assureur. Vous pouvez vous opposer, sans frais, à ce que vos données soient utilisées à des fins de prospection commerciale par l'Assureur et/ou la Caisse d'Epargne et/ou ses partenaires commerciaux.

Vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification et d'opposition au siège administratif de BPCE Assurances: 88 Avenue de France 75641 Paris Cedex 13.

Médiation :

En cas de réclamation, l'Assuré peut s'adresser à l'agence de sa Caisse d'Epargne puis au Service Relations Clientèle de sa Caisse d'Epargne et, à défaut de solution, au service Médiation des Caisses d'Epargne - TSA -10170 - 75665 Paris Cedex 14. Si toutes les voies de recours ont été épuisées, l'Assuré a également la possibilité de contacter le Médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 PARIS CEDEX 09.

Informations complémentaires :

Les parties choisissent d'un commun accord d'utiliser la langue française durant leurs relations précontractuelles et contractuelles et de rédiger les présentes dispositions contractuelles en langue française.

La loi applicable à la présente convention est la loi française.

Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.

La Caisse d'Epargne est adhérente au Fonds de garantie des dépôts, 4 rue Halévy 75009 Paris.

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), est l'autorité chargée du contrôle des sociétés d'assurance et de la Caisse d'Epargne, située 61 Rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09.

Renonciation :

Vous pouvez renoncer à votre adhésion pendant les 30 jours qui suivent la date du premier versement.

Pour ce faire, vous devez envoyer au siège social de BPCE Assurances, une lettre recommandée avec avis de réception selon le modèle proposé ci-dessous.

Modèle : « Je soussigné(e) (nom et prénom), né(e) le |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|, demeurant _____

déclare renoncer expressément à l'adhésion au contrat d'assurance Garantie PREVOYANCE PRO

n° d'adhésion _____

pour lequel j'ai versé _____ €

en date du |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_| entre les mains de M _____ ,

et demande le remboursement des sommes versées.

Fait à : _____, le |_|_| |_|_| |_|_|_|_|_|

signature :

Précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé »

Les sommes versées à l'adhésion sont alors intégralement restituées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de cette lettre.

BPCE ASSURANCES, Société Anonyme au capital de 61.996.212 Euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris
N° B 350 663 860, entreprise régie par le Code des assurances ayant son siège social au 88 avenue de France 75013 Paris,
n° Cristal 09 69 36 45 45 (non surtaxé).

BPCE Vie, Société anonyme au capital de 110 943 568 euros, 349 004 341 RCS Paris,
entreprise régie par le code des assurances ayant son siège social au 30, avenue Pierre Mendès France - 75013 Paris
Autorité de contrôle : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09

Comment nous contacter

POUR VOS DEMANDES DE PRESTATIONS :

Il vous suffit de composer le 09 69 36 45 45 (prix d'un appel local) et de nous adresser les justificatifs nécessaires. Nous nous réservons la possibilité de vous faire procéder à une expertise médicale.

Ce numéro est accessible du lundi au vendredi de 9h à 18h sauf les jours fériés.

Vous pouvez également nous joindre à l'adresse suivante :

**BPCE Assurances,
88, avenue de France
75641 paris cedex 13.**

BPCE ASSURANCES, Société Anonyme au capital de 61.996.212 Euros, immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris
N° B 350 663 860, entreprise régie par le Code des assurances ayant son siège social au 88 avenue de France 75013 Paris,
n° Cristal 09 69 36 45 45 (non surtaxé).

BPCE Vie, Société anonyme au capital de 110 943 568 euros, 349 004 341 RCS Paris,
entreprise régie par le code des assurances ayant son siège social au 30, avenue Pierre Mendès France - 75013 Paris
Autorité de contrôle : Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution - 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09