



NOTICE D'INFORMATION

RELATIVE AU CONTRAT N° 1 1 012 190/AGI01_1

DECES - INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE

PAYPAL FRANCE SAS

CATEGORIE DE PERSONNEL ASSURE : ENSEMBLE DES SALARIES AFFILIES A L'AGIRC

NOTICE D'INFORMATION DECES - INCAPACITE DE TRAVAIL - INVALIDITE

| | |
|--|----|
| TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES..... | 4 |
| ARTICLE 1 - DEFINITIONS | 4 |
| ARTICLE 2 - RADIATION DES ASSURES - CESSATION DES GARANTIES | 5 |
| ARTICLE 3 - PRESCRIPTION | 5 |
| ARTICLE 4 - SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL..... | 6 |
| ARTICLE 5 - CONTROLE - RECLAMATION - MEDIATION - TERRITORIALITE | 6 |
| ARTICLE 6 - BASE DE CALCUL DES COTISATIONS ET DES PRESTATIONS..... | 7 |
| ARTICLE 7 - REVALORISATION DES PRESTATIONS | 8 |
| ARTICLE 8 - EXCLUSIONS | 9 |
| ARTICLE 9 - REVISION DE L'ASSURANCE | 9 |
| TITRE II - DECES - PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE | 10 |
| ARTICLE 10 - DECES D'UN ASSURE | 10 |
| ARTICLE 11 - PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE - INCAPACITE PERMANENTE DONT LE TAUX EST AU MOINS EGAL A 66 % | 11 |
| ARTICLE 12 - DECES POSTERIEUR OU SIMULTANE DU CONJOINT | 12 |
| ARTICLE 13 - DECES OU PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE PAR ACCIDENT | 12 |
| TITRE III - RENTE D'EDUCATION | 14 |
| ARTICLE 14 - RENTE D'EDUCATION | 14 |
| TITRE IV - INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE | 16 |
| ARTICLE 15 - INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL | 16 |

ARTICLE 16 - INVALIDITE PERMANENTE..... 18

ARTICLE 17 - EXONERATION DES COTISATIONS - MAINTIEN DES GARANTIES..... 20

TITRE V - DROIT A PORTABILITE DES GARANTIES EN APPLICATION DE L'ARTICLE 14 DE
L'ACCORD NATIONAL INTERPROFESSIONNEL DU 11/01/2008 ET SES AVENANTS 21

ANNEXE 23

NOTICE D'INFORMATION AU CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE A ADHESION OBLIGATOIRE

Le bénéfice du contrat d'assurance n° 1 1 012 190/AGI01_1 est subordonné au respect des formalités d'affiliation définies au contrat. Celui-ci a pour objet de garantir les salariés de l'ensemble du personnel affiliés à l'AGIRC contre les risques Décès, Incapacité de travail et Invalidité, consécutifs à une maladie ou à un accident, dans les conditions décrites à la présente notice d'information.

Les informations à caractère personnel recueillies par la Compagnie sont nécessaires et ont pour but d'effectuer des actes de souscription ou de gestion du présent contrat. Elles pourront faire l'objet de traitements informatisés, pour les finalités et dans les conditions ci-dessous précisées.

Toutes les opérations et données personnelles sont protégées par la Loi Informatique et libertés n°78-17 du 6 janvier 1978.

Toutefois, conformément à cette dernière, ces données pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessous, aux entités du Groupe Generali en France, ainsi que si nécessaire à ses partenaires, intermédiaires et réassureurs, sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire à l'exécution des tâches qui leur sont confiées. Il est précisé que certaines informations personnelles sont couvertes par le Secret professionnel en vertu de l'article 226-13 du Code pénal. Ces données ne pourront être communiquées que dans la limite nécessaire aux tâches confiées et sous condition du strict respect du secret professionnel.

Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, la Compagnie peut être amenée à communiquer des informations personnelles à des autorités administratives ou judiciaires sur demande ponctuelle écrite et motivée par les textes législatifs fondant le droit de communication.

Vous pouvez également, à tout moment, conformément à la loi informatique et libertés, en justifiant de votre identité, accéder aux informations vous concernant, les faire rectifier, supprimer, vous opposer à leur communication à des tiers ou à leur utilisation à des fins commerciales. Ces droits peuvent être exercés en écrivant à :

Generali Vie, Direction de la Conformité
7, boulevard Haussmann
75440 Paris Cedex 09.

Les informations personnelles y compris celles recueillies ultérieurement et non visées par l'article 226-13 du code pénal, pourront être utilisées par la Compagnie pour des besoins :

- de connaissance client, de gestion de la relation client, de gestion des produits ou des services, d'évaluation de l'adéquation et du caractère approprié des services et des garanties fournis, de conseils dans le cadre de la vente de produits d'assurance, de gestion de la preuve, de recouvrement,
- d'animation commerciale, d'études statistiques, d'évaluation et gestion du risque, de sécurité et prévention des impayés et de la fraude, de respect des obligations légales et réglementaires, notamment en matière de gestion du risque opérationnel de la lutte contre le blanchiment, ou de la lutte contre le financement du terrorisme,
- de prospection sous réserve du respect préalable du droit d'opposition ou de l'obtention de l'accord de l'assuré à la prospection conformément aux exigences légales.

Cas spécifique de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme :

Dans le cadre de l'application des dispositions du code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est nécessaire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme.

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 8, rue Vivienne, 75002 Paris.

TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 - DEFINITIONS

1. ACCIDENT

Pour l'application du contrat, on entend par « accident » un dommage corporel, provenant de l'action soudaine, imprévue et exclusive d'une cause extérieure.

Les lésions de toutes natures, les opérations chirurgicales, les maladies même violentes telles qu'apoplexies, congestions, insolation ne sont jamais considérées comme des accidents.

2. ENFANT A CHARGE

Pour l'application du contrat, on entend par « enfant à charge », les enfants légitimes, reconnus, adoptifs, pupilles de la nation, à charge fiscale de l'assuré affilié ou remplissant l'une des conditions suivantes :

- être nés viables moins de 300 jours suivant le décès de l'assuré,
- être âgés de moins de 20 ans,
- être âgés de moins de 28 ans et de poursuivre des études secondaires ou supérieures entraînant ou non l'affiliation au régime de la Sécurité sociale des Étudiants,
- être âgés de moins de 28 ans, sous contrat d'apprentissage ou contrat d'alternance,
- être âgés de moins de 28 ans et à la recherche d'un premier emploi, inscrits au Pôle Emploi et ayant terminé leurs études depuis moins de 6 mois. Les enfants ayant suivi une formation en alternance et connaissant une période de chômage à l'issue de leur formation sont considérés comme primo-demandeurs d'emploi,
- bénéficier des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi n° 2005-102 du 11 février 2005, quel que soit l'âge de l'enfant,

sous réserve des conditions exposées ci-dessus, sont considérés comme à charge :

- les enfants d'assurés pour lesquels ceux-ci sont tenus de verser une pension alimentaire par décision de justice,
- les enfants des conjoints à leur charge fiscale (PACS ou concubins), si les conjoints des assurés en ont la garde,
- les enfants d'assurés et des conjoints (PACS ou concubins) des assurés ayant une déclaration de revenus distincte de celles des parents à condition qu'ils ne soient pas imposables.

Les enfants à charge sont ceux de l'assuré ou de son conjoint (PACS ou concubins) au jour du décès de l'assuré.

3. CONCUBIN

On entend par « concubin », la personne vivant avec l'assuré et remplissant les deux conditions cumulatives ci-après :

- qu'ils soient tous les deux libres de tout lien matrimonial ou PACS,
- qu'il y ait concubinage avéré depuis au moins un an avant la date de l'événement mettant en jeu la garantie. Ce délai est abrogé en cas de naissance d'un enfant commun aux deux concubins au cours de cette période.

ARTICLE 2 - RADIATION DES ASSURES - CESSATION DES GARANTIES

Pour tout assuré ne bénéficiant pas du maintien des garanties conformément aux dispositions prévues à l'article « EXONERATION DES COTISATIONS - MAINTIEN DES GARANTIES », les garanties cessent au plus tard :

- au terme du maintien des garanties au titre de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11/01/2008 et de ses avenants,
- le jour de la résiliation du présent contrat,
- le jour où se produit la rupture du contrat de travail, en cas de refus exprès de l'assuré du maintien des garanties au titre de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel, du 11/01/2008 et ses avenants,
- le jour de la liquidation de la pension de vieillesse de la Sécurité sociale, quelle qu'en soit la cause, (sauf en cas de cumul emploi-retraite).

Sauf l'effet des dispositions prévues en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité :

- un assuré affilié est radié de plein droit du contrat dès qu'il cesse d'appartenir à l'effectif mentionné à « la catégorie de personnel assuré » même si, par erreur, la cotisation relative à l'assuré radié n'a pas cessé d'être versée. Toutefois, la garantie est maintenue à l'assuré qui se trouve en période de "préavis non effectué" (sous réserve du paiement des cotisations) et ce, tant qu'il demeure sans emploi. Cette garantie cesse à l'expiration théorique du préavis. Le salaire servant de base au calcul des prestations et des cotisations est le salaire brut des douze derniers mois précédant la date d'effet du préavis, déduction faite des indemnités compensatrices de congés payés,
- la résiliation du contrat entraîne de plein droit la radiation de tous les assurés présents à l'effectif à la date d'effet de la résiliation.

ARTICLE 3 - PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions de l'article L114-1 du Code des assurances, reproduit ci-dessous :

« Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux 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 la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

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

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

Conformément aux dispositions de l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription notamment :

- l'action en justice jusqu'à l'extinction de l'instance,
- l'acte d'exécution forcé,
- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- 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 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.

ARTICLE 4 - SUSPENSION DU CONTRAT DE TRAVAIL

En cas de suspension du contrat de travail :

- donnant lieu à maintien total ou partiel de revenu, les assurés conservent le bénéfice du maintien des garanties du contrat,
- ne donnant pas lieu à maintien de revenus, les assurés peuvent conserver le bénéfice du maintien des garanties du contrat,

sous réserve du paiement, par l'intermédiaire de la Contractante, de la cotisation applicable aux assurés dont le contrat de travail n'est pas suspendu.

Le salaire de référence est celui prévu à l'article « BASE DE CALCUL DES COTISATIONS ET DES PRESTATIONS ».

ARTICLE 5 - CONTROLE - RECLAMATION - MEDIATION - TERRITORIALITE

1. CONTROLE ET EXPERTISE MEDICALE

La Compagnie se réserve le droit de faire contrôler à tout moment l'état de santé de l'assuré ainsi que, le cas échéant, la réalité de l'arrêt de travail par un médecin habilité qu'elle désignera. L'examen médical se fera obligatoirement en France métropolitaine et régions et territoires français d'outre mer.

Les conclusions du médecin habilité détermineront la prise en charge ou non par la Compagnie des prestations prévues en cas d'arrêt de travail.

Le contrôle continuera de s'exercer même après la résiliation du contrat. En cas de contestation d'ordre médical, une expertise à frais communs devra intervenir avant tout recours à la voie judiciaire.

Chacune des parties désignera un médecin. En cas de désaccord entre eux, ceux-ci devront s'adjoindre un troisième médecin et, à défaut d'entente, la désignation en sera faite à la requête de la partie la plus diligente, par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré.

Chacune des parties réglera les honoraires de son médecin.

Ceux du troisième médecin, ainsi que tous les frais relatifs à sa nomination, seront supportés par moitié par les deux parties.

2. RECLAMATION

Pour toute réclamation relative à la gestion de la présente notice, des cotisations ou encore des sinistres, l'assuré et/ou le bénéficiaire doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications.

Si l'assuré et/ou le bénéficiaire ne reçoit pas une réponse satisfaisante, l'assuré et/ou le bénéficiaire peut adresser sa **réclamation écrite par courrier postal** (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à :

Generali
Univers Clients Entreprises
Service Relation Clientèle - Segment Entreprises Collectives
7, boulevard Haussmann
75442 Paris Cedex 09.

La Compagnie accusera réception de la demande et y répondra dans les meilleurs délais.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par la Compagnie ou par l'assuré ou le bénéficiaire.

3. MEDIATION

En qualité de membre de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, la Compagnie applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre nous après examen de votre demande par votre service réclamations, vous pouvez saisir le Médiateur de la FFSA, en écrivant à M. le Médiateur de l'Assurance - BP 290 - 75425 Paris Cedex 9.

Nous vous précisons cependant que le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamations ait été saisi de votre demande et y ait apporté une réponse.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où votre demande n'a pas été soumise à une juridiction.

4. TERRITORIALITE

Sauf stipulation contraire indiquée au contrat, les garanties ne sont acquises qu'aux assurés exerçant leur activité en France métropolitaine et régions et territoires français d'outre-mer.

Elles sont étendues au monde entier pour des séjours n'excédant pas trois mois. Les prestations sont payées en France.

ARTICLE 6 - BASE DE CALCUL DES COTISATIONS ET DES PRESTATIONS

1. SALAIRE DE BASE SERVANT AU CALCUL DES COTISATIONS

Le salaire pris en considération est le salaire brut (dans la limite des tranches de salaire retenues pour chacune des garanties) versé à l'assuré au titre de la période retenue pour le calcul des cotisations et déclaré par la Contractante à l'Administration Fiscale.

Il est précisé qu'en cas de suspension du contrat de travail du fait du salarié, le salaire pris en considération est le salaire brut des douze mois précédant la suspension du contrat de travail.

Pour les assurés dont le contrat de travail est rompu avant le 01/06/2015, le salaire pris en considération est le salaire brut (dans la limite des tranches de salaire retenues pour chacune des garanties) des douze derniers mois hors indemnités précédant la rupture du contrat de travail (dont indemnités de licenciement, de rupture conventionnelle, indemnités compensatrices de préavis et de congés ...).

2. SALAIRE DE BASE SERVANT AU CALCUL DES PRESTATIONS

Le salaire pris en considération est :

- pour un assuré en activité au jour du sinistre : le salaire brut des douze derniers mois précédant le sinistre, limité aux tranches soumises à cotisations,
- pour un assuré en arrêt de travail au jour du décès : le salaire brut des douze derniers mois précédant l'arrêt de travail, limité aux tranches soumises à cotisations, revalorisé dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article « REVALORISATION DES PRESTATIONS »,
- pour un assuré en suspension du contrat de travail au jour du sinistre : le salaire brut des douze derniers mois précédant la suspension du contrat de travail, limité aux tranches soumises à cotisations, revalorisé dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article « REVALORISATION DES PRESTATIONS »,

- pour un assuré bénéficiant du droit à portabilité en application de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel : le salaire brut des douze derniers mois hors indemnités précédant la rupture du contrat de travail (dont indemnités de licenciement, de rupture conventionnelle, indemnités compensatrices de préavis et de congés...) pour les prestations prévues au contrat et selon les dispositions de l'article « INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL ».

Le salaire pris en considération pour toutes les garanties du contrat est le salaire brut.

Pour le calcul des limites prévues aux articles « INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL » et « INVALIDITE PERMANENTE », le salaire net est le salaire brut déduction faite des charges et autres contributions, de la CSG et de la CRDS, à la charge de l'assuré.

Pour les personnes qui ont été embauchées au cours des douze mois précédant le sinistre, le salaire de base pris en considération est celui prévu par le contrat de travail.

Si par suite de maladie, d'accident (et sur prescription médicale) ou de maternité, à l'exclusion de tout autre motif, le salaire a été réduit ou supprimé durant des périodes comprises dans ces douze mois, le salaire annuel est reconstitué prorata temporis sur la base des périodes au cours desquelles l'assuré a bénéficié d'un salaire plein.

De même, pour les personnes qui reprennent leur activité professionnelle à la suite d'une période de suspension du contrat de travail, et qui, dans les douze mois qui suivent cette reprise d'activité, se trouvent en arrêt de travail ou décèdent, le salaire annuel est reconstitué prorata temporis sur la base des périodes au cours desquelles l'assuré a bénéficié d'un salaire plein.

3. DEFINITION DES TRANCHES DE SALAIRE

Tranche A : la tranche A de rémunération annuelle est celle limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale.

Tranche B : la tranche B est la tranche de rémunération annuelle comprise entre une et quatre fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Tranche C : la tranche C est la tranche de rémunération annuelle comprise entre quatre et huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

ARTICLE 7 - REVALORISATION DES PRESTATIONS

Au premier juillet de chaque année, les prestations sont revalorisées d'après la valeur du point de retraite défini par la Convention Collective Nationale des Cadres du 14 mars 1947.

Le coefficient de revalorisation est égal au rapport entre la valeur du point à la date de revalorisation et celle en vigueur au 1^{er} juillet de l'année précédente.

Toutefois, en cas de résiliation du contrat, les prestations de la Compagnie sont bloquées au niveau atteint au 31 décembre précédant la résiliation.

En tout état de cause, la revalorisation au 1^{er} juillet de l'année N est inférieure ou égale à un taux plafond, égal à la différence entre le taux de rendement annuel des actifs de la compagnie Generali Vie publié dans ses comptes annuels de l'année N-1 et le taux d'actualisation des provisions mathématiques réglementaires maximum en vigueur au 31 décembre de l'année N-1.

ARTICLE 8 - EXCLUSIONS

Les sinistres résultant des faits suivants ne sont pas garantis :

a) Garanties en cas de décès

En cas de guerre, la garantie n'aura d'effet que dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en cas de guerre.

b) Autres garanties (y compris le capital supplémentaire en cas de « décès ou perte totale et irréversible d'autonomie, par accident »)

- action intentionnelle de l'assuré,
- acrobaties y compris le saut à l'élastique, exhibitions, paris, tentatives de record,
- pratique de tous les sports à titre professionnel,
- utilisation de prototypes,
- pratique du parapente, du parachutisme, du parachutisme ascensionnel, du deltaplane, de l'aile volante et utilisation d'Ultra Léger Motorisé,
- faits de guerre étrangère (guerre impliquant la France et une puissance étrangère) ou civile (guerre interne à un état même étranger), participation active de l'assuré à des opérations militaires, à des émeutes ou rixes (sauf cas de légitime défense ou d'accomplissement du devoir professionnel).

c) Exclusions complémentaires spécifiques au capital supplémentaire en cas de « décès ou perte totale et irréversible d'autonomie, par accident »

En complément des exclusions figurant au paragraphe b) ci-dessus, les sinistres résultant des faits suivants ne sont pas garantis :

- ivresse d'un assuré constatée médicalement par un taux d'alcoolémie supérieur au maximum légal en vigueur à la date du sinistre,
- usage de stupéfiants non prescrits médicalement ou consommés au-delà des doses prescrites.

ARTICLE 9 - REVISION DE L'ASSURANCE

Les garanties du présent contrat, sa tarification et les modalités de mise en jeu de l'assurance ont été fixées compte tenu de la législation en vigueur lors de sa prise d'effet.

Si ces dispositions venaient à être modifiées, la Compagnie se réserve la faculté de procéder à une révision du contrat, à compter du premier jour du mois suivant l'application des dispositions nouvelles. La Contractante conserve, dans ce cas, la possibilité de demander un aménagement des garanties ou la résiliation du contrat, sans application du délai de préavis.

TITRE II - DECES - PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

ARTICLE 10 - DECES D'UN ASSURE

1. OBJET DE LA GARANTIE

En cas de décès d'un assuré, la Compagnie verse un capital dont le montant, exprimé en pourcentage des tranches A, B et C du salaire annuel brut, est fixé à :

| | Tranche A | Tranche B | Tranche C |
|---|-----------|-----------|-----------|
| Célibataire, veuf, divorcé, séparé de droit, sans enfant à charge | 250 % | 250 % | 250 % |
| Marié, partenaire lié par un PACS, concubin, sans enfant à charge | 300 % | 300 % | 300 % |
| Célibataire, veuf, divorcé, séparé de droit, ayant un enfant à charge | 300 % | 300 % | 300 % |
| Marié, partenaire lié par un PACS, concubin, ayant un enfant à charge | 350 % | 350 % | 350 % |
| Majoration par enfant à charge supplémentaire | 50 % | 50 % | 50 % |

Le présent contrat d'assurance a notamment pour objet de satisfaire aux obligations de la Contractante telles qu'elles résultent de l'application des § 1 et § 3 de l'article 7 de la Convention Collective Nationale de Retraite et de Prévoyance des Cadres du 14 mars 1947.

Il est toutefois précisé que le montant du capital décès ne peut être inférieur à 340 % du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du décès, avec prorata pour les salariés à temps partiel.

La situation de famille est celle au jour du décès.

2. BENEFICIAIRE

a) Désignation

A défaut de désignation particulière faite par l'assuré, le capital (hors majorations) est payé au conjoint non séparé de droit, à défaut aux enfants nés et à naître (vivants ou représentés) par parts égales, à défaut aux ascendants à charge par parts égales, à défaut aux héritiers de l'assuré.

Le partenaire lié par un PACS est assimilé au conjoint.

Le capital résultant des majorations pour enfants à charge est versé aux enfants à charge eux-mêmes par parts égales, sauf si le bénéficiaire du capital décès (hors majorations) en assume la garde (la notion de « garde » est limitée aux enfants mineurs non émancipés ou aux majeurs incapables).

Toutefois, l'assuré peut désigner d'autres bénéficiaires que ceux prévus par la clause type. Dans ce cas, l'assuré doit remplir le document prévu à cet effet.

En outre, la désignation de bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous-seing privé ou par acte authentique.

En cas de désignation nominative du (ou des) bénéficiaire(s), l'assuré peut indiquer les coordonnées de ce(s) dernier(s) qui seront utilisées par la Compagnie d'assurances en cas de décès de l'assuré.

b) Modification

Tant que l'acceptation du bénéficiaire n'est pas intervenue, l'assuré peut modifier à tout moment sa désignation bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée.

c) Acceptation du bénéficiaire

La stipulation en vertu de laquelle le bénéfice de l'assurance est attribué à un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation du bénéficiaire.

L'acceptation peut être faite par avenant signé de la Compagnie, de l'assuré et du bénéficiaire ou par acte authentique ou sous seing privé signé entre l'assuré et le bénéficiaire et n'a alors d'effet sur la Compagnie que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit.

3. FORMALITES EN CAS DE SINISTRE

Le décès de l'assuré doit être notifié à la Compagnie par écrit, cette notification étant accompagnée ou suivie de la remise du document intitulé « Déclaration de sinistre » ainsi que de toute autre pièce que la Compagnie estimerait nécessaire à l'instruction du dossier.

4. CESSATION DE LA GARANTIE

Ce capital n'est pas dû en cas de décès de l'assuré après sa radiation, sauf dispositions prévues à l'article « EXONERATION DES COTISATIONS - MAINTIEN DES GARANTIES ».

ARTICLE 11 - PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE - INCAPACITE PERMANENTE DONT LE TAUX EST AU MOINS EGAL A 66 %

1. OBJET DE LA GARANTIE

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie ou d'incapacité permanente d'un assuré dont le taux est au moins égal à 66 %, la Compagnie paie un capital égal à celui qu'elle aurait payé si l'assuré était décédé à la date de consolidation.

Il est toutefois précisé que le montant du capital Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou Incapacité permanente ne peut être inférieur à 340 % du plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour de la constatation de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou d'Incapacité Permanente, avec prorata pour les salariés à temps partiel.

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

- il est dans l'impossibilité absolue et présumée définitive de se livrer à une occupation ou un travail quelconque lui procurant gain ou profit,
- il est reconnu par la Sécurité sociale comme étant dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Un assuré est considéré en état d'incapacité permanente lorsque, à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, la condition suivante est remplie :

- il perçoit de la Sécurité Sociale une rente d'incapacité permanente dont le taux est au moins égal à 66 %.

La perte totale et irréversible d'autonomie et l'incapacité permanente sont réputés consolidés au jour de la constatation des états ainsi définis.

Le versement du capital, en cas de perte totale et irréversible d'autonomie ou en cas d'incapacité permanente dont le taux est au moins égal à 66 %, met fin à la garantie et diminue d'autant le montant des capitaux qui seront versés en cas de décès ultérieur de l'assuré.

2. BENEFICIAIRE

Le bénéficiaire de la garantie est l'assuré.

3. FORMALITES EN CAS DE SINISTRE

Tout accident ou maladie pouvant entraîner une perte totale et irréversible d'autonomie ou d'incapacité permanente doit être notifié à la Compagnie par écrit. Cette notification doit être accompagnée ou suivie de la remise du document intitulé « Déclaration de sinistre » ainsi que de toute autre pièce que la Compagnie estimerait nécessaire à l'instruction du dossier.

4. CESSATION DE LA GARANTIE

Le capital n'est pas dû si la consolidation de la perte totale et irréversible d'autonomie ou de l'incapacité permanente survient après la radiation de l'assuré, même si l'accident ou la maladie qui en est la cause est antérieur.

ARTICLE 12 - DECES POSTERIEUR OU SIMULTANE DU CONJOINT

1. OBJET DE LA GARANTIE

En cas de décès du conjoint ou du partenaire lié par un PACS d'un assuré, postérieurement à celui de l'assuré lui-même, la Compagnie verse un capital, à répartir par parts égales entre les enfants à charge, fixé à :

- 100 % du capital prévu à l'article « DECES D'UN ASSURE ».

Cette garantie est étendue au cas du décès simultané de l'assuré et de son conjoint ou de son partenaire lié par un PACS résultant d'un même événement.

Les enfants à charge sont ceux à la charge du conjoint ou du partenaire lié par un PACS au jour de son décès et ayant répondu à la définition de l'enfant à charge au jour du décès de l'assuré.

Les formalités en cas de sinistre sont celles prévues à l'article « DECES D'UN ASSURE ».

2. CESSATION DE LA GARANTIE

Ce capital n'est pas dû en cas de décès du conjoint ou du partenaire lié par un PACS dès qu'il n'existe plus d'enfant à charge tel que défini au paragraphe 1. ci-dessus.

ARTICLE 13 - DECES OU PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE PAR ACCIDENT

1. OBJET DE LA GARANTIE

Si le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie d'un assuré résulte d'un accident, et si le décès ou la consolidation de la perte totale et irréversible d'autonomie survient dans un délai d'un an à partir du jour de l'accident, la Compagnie verse un capital supplémentaire dont le montant est fixé à :

- 100 % du capital prévu à l'article « DECES D'UN ASSURE ».

2. BENEFICIAIRES

En cas de décès, les bénéficiaires du capital sont ceux prévus à l'article « DECES D'UN ASSURE ».

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie, sauf convention contraire, le bénéficiaire de la garantie est l'assuré.

3. FORMALITES EN CAS DE SINISTRE

Le décès de l'assuré ainsi que tout accident pouvant entraîner une perte totale et irréversible d'autonomie doivent être notifiés à la Compagnie par écrit, cette notification étant accompagnée ou suivie de la remise du document intitulé « Déclaration de sinistre ainsi que de toute autre pièce que la Compagnie estimerait nécessaire à l'instruction du dossier.

4. CESSATION DE LA GARANTIE

Ce capital n'est pas dû :

- si le décès survient après la radiation de l'assuré,
- si la consolidation de la perte totale et irréversible d'autonomie survient dans un délai supérieur à un an à partir du jour de l'accident,

sauf dispositions prévues à l'article « EXONERATION DES COTISATIONS - MAINTIEN DES GARANTIES ».

TITRE III - RENTE D'EDUCATION

ARTICLE 14 - RENTE D'EDUCATION

1. OBJET DE LA GARANTIE

En cas de décès d'un assuré, la Compagnie verse à chaque enfant à charge une rente d'éducation dont le montant annuel, brut de prélèvements sociaux, exprimé en pourcentage des tranches A, B et C du salaire annuel brut, est fixé à :

| | Tranche A | Tranche B | Tranche C |
|--|-----------|-----------|-----------|
| - jusqu'au 18 ^{ème} anniversaire de l'enfant | 12 % | 12 % | 12 % |
| - du 18 ^{ème} au 26 ^{ème} anniversaire de l'enfant selon les dispositions du paragraphe 2 de l'article « DEFINITIONS » | 15 % | 15 % | 15 % |

Il est précisé que le montant de la rente ne peut être inférieur à 24 % du plafond annuel de la Sécurité sociale jusqu'au 18^{ème} anniversaire, et de 30 % de 18 ans et jusqu'au 26^{ème} anniversaire, pour les salariés relevant du régime de retraite des Cadres.

Le plafond de la Sécurité sociale est celui en vigueur au jour du décès de l'assuré, avec prorata pour les salariés à temps partiel, la rente annuelle étant ensuite revalorisée comme indiqué à l'article « REVALORISATIONS DES PRESTATIONS ».

L'âge de l'enfant est celui au cours de la période indemnisée.

2. PAIEMENT DE LA RENTE

La rente d'éducation est versée :

- soit au représentant légal de l'enfant mineur,
- soit directement à l'enfant majeur.

La rente est payable par trimestre échu. Le premier versement a lieu le dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'assuré est décédé. Le dernier versement a lieu le dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'enfant atteint l'âge limite fixé ci-dessus, cesse d'être à charge, cesse ses études ou décède.

Le montant du premier paiement est calculé prorata temporis entre la date du décès de l'assuré et le dernier jour du trimestre civil au cours duquel le sinistre s'est réalisé.

Lorsque le montant de la rente est modifié en cours de trimestre, il en est tenu compte, prorata temporis, à l'échéance trimestrielle suivante.

3. FORMALITES EN CAS DE SINISTRE

Le décès de l'assuré doit être notifié à la Compagnie par écrit, cette notification étant accompagnée ou suivie de la remise du document intitulé « Déclaration de sinistre » ainsi que de toute autre pièce que la Compagnie estimerait nécessaire à l'instruction du dossier.

4. FORMALITES EN COURS DE SERVICE

Chaque année, les pièces justificatives suivantes devront être fournies :

- le certificat de scolarité attestant de la poursuite d'étude,
- toute autre pièce que la Compagnie estimerait nécessaire au service des prestations.

5. CESSATION DE LA GARANTIE

La rente n'est pas due en cas de décès de l'assuré après sa radiation, sauf dispositions prévues à l'article « EXONERATION DES COTISATIONS - MAINTIEN DES GARANTIES ».

6. CESSATION DES PRESTATIONS

La rente d'éducation cesse d'être due dès que l'enfant atteint l'âge limite fixé ci-dessus, cesse de remplir les conditions pour être considéré « enfant à charge » au sens du contrat ou décède.

TITRE IV - INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE

La Compagnie attire l'attention sur l'absence de lien entre les décisions de la Sécurité sociale et les siennes en matière de reconnaissance de l'état d'incapacité ou d'invalidité.

ARTICLE 15 - INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

1. OBJET DE LA GARANTIE

En cas d'incapacité temporaire totale ou partielle de travail d'un assuré, la Compagnie verse une indemnité journalière, après expiration d'un délai de franchise.

Le montant de l'indemnité journalière, brute de prélèvements sociaux, et le délai de franchise sont fixés à :

Franchise : 90 jours d'arrêt de travail continu.

Montant de l'indemnité journalière, brute de prélèvements sociaux : elle complète celle de la Sécurité sociale, y compris l'indemnité temporaire d'inaptitude, jusqu'à :

| | Tranche A | Tranche B | Tranche C |
|----------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Incapacité Temporaire de Travail | 85 % | 85 % | 85 % |

de la 365^{ème} partie des tranches A, B et C du salaire annuel brut.

Dans le cadre du droit à portabilité en application de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel, le montant de l'indemnité journalière, brut de prélèvements sociaux, complète celle de la Sécurité sociale dans la limite du montant de l'allocation chômage versée au jour de l'arrêt de travail initial.

En cas de rupture du contrat de travail de l'assuré, le cumul des prestations de la Compagnie, de la Sécurité sociale ou tout autre organisme est limité à 100 % de son salaire annuel net.

- Un assuré est considéré en état d'incapacité temporaire totale lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie, il est dans l'impossibilité absolue, complète et continue de travailler et lorsqu'en outre il perçoit de la Sécurité sociale, pour la période correspondante, les indemnités journalières au titre de l'assurance maladie ou des accidents du travail ou maladies professionnelles.
- Un assuré est considéré en état d'incapacité temporaire partielle lorsqu'il est admis à reprendre une activité partielle par la Sécurité sociale et continue de ce fait de recevoir les indemnités journalières définies ci-dessus, en tout ou partie. La Compagnie verse alors une indemnité déterminée par la garantie exprimée au contrat, diminuée du versement des indemnités journalières de la Sécurité sociale.
Néanmoins, afin de respecter le caractère indemnitaire du contrat, le cumul des prestations de la Compagnie et de la Sécurité sociale, ajouté au nouveau salaire résultant de l'activité partielle, est limité au salaire servant de base au calcul de la prestation.
Il est précisé, toutefois, que les éventuelles primes et/ou gratifications exceptionnelles perçues dans le cadre de son activité à mi-temps ne sont pas à prendre en considération dans le salaire résultant de l'activité partielle qui est à prendre en compte pour calculer le cumul des prestations ci-dessus.
- L'arrêt de travail correspondant au congé légal de maternité n'ouvre pas droit aux prestations. Toutefois si, à l'expiration du congé, l'état pathologique de l'assurée l'empêche de reprendre son travail, les prestations sont dues dès l'expiration de la période du congé légal, augmentée du délai de franchise.

Toutefois, en cas de rechute dans les deux mois qui suivent le terme du précédent arrêt de travail indemnisé, et à condition que le nouvel arrêt ait la même cause, il ne sera pas fait application d'un nouveau délai de franchise.

En revanche, en cas de nouvel arrêt après une reprise de travail d'une durée supérieure à 60 jours, le délai de franchise sera à nouveau appliqué.

2. CONTROLE

La Compagnie se réserve le droit de faire procéder à tout contrôle de l'état de santé de l'assuré par un médecin expert qu'elle aura choisi, conformément à l'alinéa « Contrôle et expertise médicale » de l'article « CONTROLE - RECLAMATION - MEDIATION - TERRITORIALITE ». Ce contrôle a obligatoirement lieu en France métropolitaine et régions et territoires français d'outre-mer.

3. BENEFICIAIRE - MODALITES DE PAIEMENT

Les indemnités journalières sont payables, pour le compte du salarié, à la Contractante par mois civil échu pendant toute la durée de l'incapacité. En cas de rupture du contrat de travail, les indemnités sont versées directement à l'assuré. Lorsque l'indemnité cesse d'être due en cours de mois, un prorata est immédiatement payé, sur présentation d'une attestation de reprise du travail.

4. FORMALITES EN CAS DE SINISTRE

Dès que l'incapacité temporaire partielle ou totale de travail d'un assuré atteint la franchise prévue au contrat, la Contractante doit faire la déclaration de sinistre à la Compagnie dans les 60 jours après le délai de franchise.

Les arrêts de travail déclarés après ce délai seront indemnisés à compter du jour de la déclaration et ne feront l'objet d'aucun paiement pour la période antérieure à cette déclaration si ce retard cause un préjudice à la Compagnie.

Cette déclaration doit être accompagnée ou suivie de la remise du document intitulée « Déclaration de sinistre » ainsi que de toute autre pièce que la Compagnie estimerait nécessaire à l'instruction du dossier.

Dès la reprise d'activité d'un assuré, la Contractante doit adresser à la Compagnie un certificat de reprise du travail.

5. FIN DU PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le paiement des indemnités journalières prend fin :

- dès la reprise de travail (sauf si l'assuré est admis à reprendre une activité partielle par la Sécurité sociale),
- dès la cessation du paiement des indemnités journalières par la Sécurité sociale,
- en cas de décès de l'assuré,
- dès le versement par la Sécurité sociale de la pension vieillesse, sauf dans le cas d'un salarié qui continue à bénéficier du contrat dans le cadre de son cumul emploi-retraite,
- en cas de refus de l'assuré de se soumettre à un contrôle médical ou une expertise.

6. CESSATION DE LA GARANTIE

L'indemnité journalière n'est pas due en cas d'arrêt de travail survenu après la radiation de l'assuré, sauf dispositions prévues à l'article « EXONERATION DES COTISATIONS - MAINTIEN DES GARANTIES ».

ARTICLE 16 - INVALIDITE PERMANENTE

1. OBJET DE LA GARANTIE

En cas d'invalidité permanente (partielle ou totale) d'un assuré, la Compagnie verse une rente, déterminée en fonction du salaire de l'assuré au jour de l'arrêt de travail revalorisé comme indiqué à l'article « REVALORISATION DES PRESTATIONS », et en fonction de la catégorie d'invalides.

Le montant annuel, brut de prélèvements sociaux, de cette rente est fixé comme suit :

Montant de la rente, en pourcentage des tranches A, B et C du salaire annuel net, dans la limite de 100 % du salaire net en cas de rupture du contrat de travail : elle complète celle de la Sécurité sociale, compte non tenu de l'allocation éventuelle pour tierce personne, jusqu'à :

1) Hors accident du travail ou maladie professionnelle

| | Tranche A | Tranche B | Tranche C |
|--|-----------|-----------|-----------|
| invalidité de 1 ^{ère} catégorie | 60 % | 60 % | 60 % |
| invalidité de 2 ^{ème} catégorie | 85 % | 85 % | 85 % |
| invalidité de 3 ^{ème} catégorie | 85 % | 85 % | 85 % |

2) En cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle

| Taux d'incapacité N | Tranche A | Tranche B | Tranche C |
|--|-------------|-------------|-------------|
| Supérieur ou égal à 66 % | 85 % | 85 % | 85 % |
| Inférieur à 66 % et supérieur ou égal à 33 % | 85 % * 3N/2 | 85 % * 3N/2 | 85 % * 3N/2 |

(« N » étant le taux d'incapacité reconnu par la Sécurité sociale)

Aucune rente n'est versée par la Compagnie lorsque le taux d'incapacité N est inférieur à 33 %.

En cas de reprise partielle du travail, la Compagnie verse alors une pension d'invalidité déterminée par la garantie exprimée au contrat, sous déduction du versement de la pension d'invalidité de la Sécurité sociale. Néanmoins, afin de respecter le caractère indemnitaire du contrat, le cumul des prestations de la Compagnie et de la Sécurité sociale, ajouté au nouveau salaire résultant de l'activité partielle, est limité au salaire servant de base au calcul de la prestation. Il est précisé, toutefois, que les éventuelles primes et/ou gratifications exceptionnelles perçues dans le cadre de son activité à mi-temps ne sont pas à prendre en considération dans le salaire résultant de l'activité partielle qui est à prendre en compte pour calculer le cumul des prestations ci-dessus.

En cas de rupture du contrat de travail de l'assuré, le cumul des prestations de la Compagnie, de la Sécurité sociale ou tout autre organisme est limité à 100 % de son salaire annuel net.

Un assuré est considéré en état d'invalidité permanente :

- a) lorsqu'il perçoit de la Sécurité sociale, pour la période correspondante, une pension d'invalidité au titre de l'assurance invalidité. Si un assuré perçoit une pension d'invalidité, il appartient à la première, deuxième ou troisième catégorie d'invalides, suivant le classement établi par la Sécurité sociale :
 - Première catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée,
 - Deuxième catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque,
 - Troisième catégorie : invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.
- b) lorsqu'il perçoit une rente d'incapacité permanente au titre des accidents du travail ou maladies professionnelles, pour un taux d'incapacité au moins égal à un tiers.

Les invalides appartenant (ou réputés appartenir) à la première catégorie sont considérés en état d'invalidité permanente partielle.

Les invalides appartenant (ou réputés appartenir) à la deuxième ou troisième catégorie sont considérés en état d'invalidité permanente totale.

En cas de changement de la catégorie d'invalides, la rente est modifiée à partir du jour de ce changement.

2. CONTROLE

La Compagnie se réserve le droit de faire procéder à tout contrôle de l'état de santé de l'assuré par un médecin expert qu'elle aura choisi, conformément à l'alinéa « Contrôle et expertise médicale » de l'article « CONTROLE - RECLAMATION - MEDIATION - TERRITORIALITE ». Ce contrôle a obligatoirement lieu en France métropolitaine et régions et territoires français d'outre-mer.

3. BENEFICIAIRE - MODALITES DE PAIEMENT

La rente d'invalidité est payable, pour le compte de l'assuré, à la Contractante par mois civil échu pendant toute la durée de l'invalidité permanente. En cas de rupture du contrat de travail, la rente est versée directement à l'assuré.

4. FORMALITES EN CAS DE SINISTRE

Sauf cas fortuit ou de force majeure, l'invalidité permanente partielle ou totale doit être notifiée à la Compagnie par écrit. Cette notification doit être accompagnée ou suivie de la remise du document intitulé « Déclaration de sinistre » ainsi que de toute autre pièce que la Compagnie estimerait nécessaire à l'instruction du dossier.

5. FORMALITES EN COURS DE SERVICE

a) Invalide classé en 1^{ère} catégorie

L'assuré doit fournir à la Compagnie, chaque mois :

- l'avis de paiement de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente,
- en cas de reprise du travail à temps partiel, une photocopie de la fiche de paye relative au mois échu ; dans le cas contraire, une attestation sur l'honneur de non reprise du travail,
- dans le cadre du droit à portabilité en application de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel, d'une attestation de droit aux allocations chômage.

b) Invalide classé en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie

Chaque début de mois civil, la Compagnie verse automatiquement la rente échue.

Les virements cessent le 30 juin de chaque année et reprennent dès que la Compagnie reçoit l'ensemble des justificatifs du paiement par la Sécurité sociale de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente de l'année écoulée.

6. FIN DU PAIEMENT DES PRESTATIONS

Le paiement de la rente prend fin dans l'un des cas suivants :

- si le taux d'incapacité permanente, telle que définie au b) du paragraphe 1. devient inférieur à un tiers,
- en cas de suppression de la pension d'invalidité versée par la Sécurité sociale,
- en cas de suppression de la rente d'incapacité permanente versée par la Sécurité sociale,

- dès le versement par la Sécurité sociale de la pension vieillesse, sauf dans le cas d'un salarié qui continue à bénéficier du contrat dans le cadre de son cumul emploi-retraite,
- en cas de décès de l'assuré,
- en cas de refus de l'assuré de se soumettre à un contrôle médical ou une expertise.

Lorsque la rente cesse d'être due en cours de mois, pour l'un des motifs ci-dessus, un prorata est immédiatement payé.

7. CESSATION DE LA GARANTIE

La rente n'est pas due après la radiation de l'assuré, sauf dispositions prévues à l'article « EXONERATION DES COTISATIONS - MAINTIEN DES GARANTIES ».

ARTICLE 17 - EXONERATION DES COTISATIONS - MAINTIEN DES GARANTIES

1. OBJET DE LA GARANTIE

En cas d'incapacité de travail ou d'invalidité d'un assuré, la Compagnie accorde l'exonération des cotisations et le maintien des garanties dans les conditions ci-après :

a) Exonération du paiement des cotisations

L'exonération du paiement des cotisations est accordée pendant toute la durée du paiement des prestations prévues en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité, et au plus tôt à compter du 91^{ème} jour. L'exonération est totale si l'assuré ne perçoit plus de salaire. Elle est partielle s'il perçoit un salaire réduit, la cotisation restant due au prorata du salaire perçu.

b) Maintien des garanties

Dès le premier jour d'arrêt de travail et pendant toute la durée du paiement des prestations en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité, les garanties prévues au contrat sont maintenues sur la base du salaire annuel déterminé à la date d'arrêt de travail et revalorisées au premier juillet de chaque année d'après la valeur du point de retraite défini par la Convention Collective Nationale des Cadres.

Les garanties restent maintenues dans les conditions fixées par le contrat, sauf prise en charge de ces garanties par un autre assureur, en cas de sortie de l'effectif assurable ou de résiliation du contrat, si l'arrêt de travail est survenu antérieurement.

c) Cas de l'incapacité temporaire partielle ou d'invalidité permanente partielle

Si l'assuré est en état d'incapacité temporaire partielle ou d'invalidité permanente partielle, les garanties prévues au contrat sont également maintenues.

Les prestations dues sont égales à la différence entre celles calculées sur la base du salaire annuel de l'assuré déterminé à la date d'arrêt de travail et celles dues au titre de l'éventuelle activité partielle.

2. CESSATION

Le maintien des garanties n'est pas accordé si les prestations prévues en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité ne sont pas dues. Il cesse lorsqu'elles sont supprimées ou suspendues.

TITRE V - DROIT A PORTABILITE DES GARANTIES EN APPLICATION DE L'ARTICLE 14 DE L'ACCORD NATIONAL INTERPROFESSIONNEL DU 11/01/2008 ET SES AVENANTS

1. OBJET DE LA GARANTIE

L'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11/01/2008 et ses avenants mettent en place pour les entreprises un mécanisme de portabilité des droits en cas de rupture du contrat de travail ouvrant droit aux allocations chômage.

2. CONDITIONS D'OUVERTURE

Les assurés dont le contrat de travail est rompu quelle qu'en soit la cause (sauf faute lourde) et qui bénéficient d'un droit à prise en charge par le Pôle Emploi, ont droit au maintien des garanties du présent contrat.

3. MODALITES D'APPLICATION

Si la rupture du contrat de travail de l'assuré prend effet avant le 01/06/2015

La Contractante qui propose à son salarié le maintien à l'identique de ses garanties Prévoyance doit lui communiquer les conditions financières, au plus tard le jour de la rupture effective du contrat de travail.

Le salarié dispose alors d'un délai de réflexion de 10 jours pour renoncer à ce maintien.

Au terme des 10 jours, la Contractante doit transmettre sans délai à la Compagnie la demande de maintien des garanties du salarié.

A cet effet, un formulaire de cofinancement est mis à la disposition de l'employeur.

Le versement de la cotisation doit être fait sous forme de règlement unique pour la période totale de garantie.

En cas de reprise d'activité du salarié avant la fin de la durée de maintien, la cotisation est remboursable par la Compagnie sur demande du salarié auprès de son ancien employeur.

Dans l'hypothèse où la cotisation ne serait pas intégralement payée à la Compagnie du fait de l'assuré ou de celui de l'entreprise - et ce dans les délais impartis, l'assuré perd le maintien de la portabilité de ses droits au titre de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11/01/2008 et ses avenants.

Si la rupture du contrat de travail de l'assuré prend effet à compter du 01/06/2015

L'assuré dont le contrat de travail est rompu bénéficie de plein droit des garanties du présent contrat.

La Contractante s'engage à informer la Compagnie :

- de la sortie des effectifs d'un de ses salariés dans un délai de 10 jours suivant la rupture du contrat de travail,
- de la mise en place d'un Plan de sauvegarde de l'emploi (à partir de 10 licenciements sur une période de 30 jours) ou de licenciements massifs (plus de 20 % des effectifs licenciés sur une période de 60 jours) dans un délai de 10 jours à compter de l'atteinte de l'un de ces seuils. Si l'un des événements se réalise, la Compagnie se réserve le droit d'augmenter les cotisations des actifs à compter du premier jour du mois qui suit la mise en place du Plan de sauvegarde de l'emploi ou des licenciements massifs. La Contractante conserve, dans ce cas, la possibilité de demander un aménagement des garanties ou la résiliation du contrat, sans application du délai de préavis.

4. CESSATION DES GARANTIES

Un assuré bénéficiant du droit à portabilité des garanties au titre de l'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel du 11/01/2008 et ses avenants est radié de plein droit du contrat :

- dans le cas d'un cofinancement, la totalité de la cotisation n'est pas versée, du fait de l'employeur ou de l'assuré,
- lorsqu'il reprend une activité professionnelle,
- lorsque ses droits aux allocations chômage cessent,
- au plus tard au terme défini par la Contractante dans la limite de 12 mois, selon la législation en vigueur.

ANNEXE

INVALIDITÉ PERMANENTE ACCIDENTELLE

B A R È M E

INVALIDITE PERMANENTE TOTALE

| | |
|---|-------|
| - Cécité totale | 100 % |
| - Aliénation mentale incurable et totale | 100 % |
| - Perte des deux bras ou des deux mains | 100 % |
| - Surdité complète des deux oreilles, d'origine traumatique | 100 % |
| - Ablation de la mâchoire inférieure | 100 % |
| - Perte de la parole | 100 % |
| - Perte d'un bras et d'une jambe | 100 % |
| - Perte d'un bras et d'un pied | 100 % |
| - Perte d'une main et d'une jambe | 100 % |
| - Perte d'une main et d'un pied | 100 % |
| - Perte des deux jambes | 100 % |
| - Perte des deux pieds | 100 % |

INFIRMITE PERMANENTE PARTIELLE

TETE

| | |
|---|------|
| - Perte de substance osseuse du crâne dans toute son épaisseur : | |
| . Surface d'au moins 6 centimètres carrés | 40 % |
| . Surface de 3 à 6 centimètres carrés | 20 % |
| . Surface inférieure à 3 centimètres carrés | 10 % |
| - Ablation partielle de la mâchoire inférieure branche montante en totalité ou moitié du corps du maxillaire | 40 % |
| - Perte d'un  il | 40 % |
| - Surdité complète d'une oreille | 30 % |

MEMBRES SUPERIEURS

| | <u>Droit</u> | <u>Gauche</u> |
|--|--------------|---------------|
| - Perte d'un bras ou d'une main | 60 % | 50 % |
| - Perte de substance osseuse étendue du bras (lésion définitive et incurable) | 50 % | 40 % |
| - Paralysie totale du membre supérieur (lésion incurable des nerfs) | 65 % | 55 % |
| - Paralysie complète du nerf circonflexe | 20 % | 15 % |
| - Ankylose de l'épaule | 40 % | 30 % |
| - Ankylose du coude (en position favorable 15° autour de l'angle droit) | 25 % | 20 % |
| - Ankylose du coude (en position défavorable) | 40 % | 35 % |
| - Perte de substance osseuse étendue des deux os de l'avant-bras (lésion définitive et incurable) | 40 % | 30 % |
| - Paralysie complète du nerf médian | 45 % | 35 % |
| - Paralysie complète du nerf radial (à la gouttière de torsion) | 40 % | 35 % |
| - Paralysie complète du nerf radial (à l'avant-bras) | 30 % | 25 % |
| - Paralysie complète du nerf radial (à la main) | 20 % | 15 % |
| - Paralysie complète du nerf cubital | 30 % | 25 % |
| - Ankylose du poignet en position favorable (dans la rectitude et en pronation) | 20 % | 15 % |
| - Ankylose du poignet en position défavorable (flexion ou extension forcée ou en supination) | 30 % | 25 % |
| - Perte totale du pouce | 20 % | 15 % |
| - Perte partielle du pouce (phalange unguéale) | 10 % | 5 % |
| - Ankylose totale du pouce | 20 % | 15 % |
| - Amputation totale de l'index | 15 % | 10 % |
| - Amputation des deux phalanges de l'index | 10 % | 8 % |
| - Amputation de la phalange unguéale de l'index | 5 % | 3 % |
| - Amputation simultanée du pouce et de l'index | 35 % | 25 % |
| - Amputation du pouce et d'un doigt autre que l'index | 25 % | 20 % |
| - Amputation de deux doigts autres que le pouce et l'index | 12 % | 8 % |
| - Amputation de trois doigts autres que le pouce et l'index | 20 % | 15 % |
| - Amputation de quatre doigts y compris le pouce | 45 % | 40 % |
| - Amputation de quatre doigts, le pouce étant conservé | 40 % | 35 % |
| - Amputation du médus | 10 % | 8 % |
| - Amputation d'un doigt autre que le pouce, l'index et le médus | 7 % | 3 % |

MEMBRES INFERIEURS

| | |
|--|------|
| - Amputation de cuisse (moitié supérieure) | 60 % |
| - Amputation de cuisse (moitié inférieure et de jambe) | 50 % |
| - Perte totale du pied (désarticulation tibio tarsienne) | 45 % |
| - Perte partielle du pied (désarticulation sous-astragaliennne) | 40 % |
| - Perte partielle du pied (désarticulation médio-tarsienne) | 35 % |
| - Perte partielle du pied (désarticulation tarso-métatarsienne) | 30 % |
| - Paralysie totale du membre inférieur (lésion incurable des nerfs) | 60 % |
| - Paralysie complète du nerf sciatique poplité externe | 30 % |
| - Paralysie complète du nerf sciatique poplité interne | 20 % |
| - Paralysie complète des deux nerfs (sciatique poplité externe et interne) | 40 % |
| - Ankylose de la hanche | 40 % |
| - Ankylose du genou | 20 % |
| - Perte de substance osseuse étendue de la cuisse ou des deux os de la jambe, état incurable | 60 % |
| - Perte de substance osseuse étendue de la rotule avec gros écartement des fragments et gêne considérable des mouvements d'extension de la jambe sur la cuisse | 40 % |
| - Perte de substance osseuse de la rotule avec conservation des mouvements | 20 % |
| - Raccourcissement d'au moins 5 cm du membre inférieur | 30 % |
| - Raccourcissement d'un membre inférieur de 3 à 5 cm | 20 % |
| - Raccourcissement de 1 à 3 cm | 10 % |
| - Amputation totale de tous les orteils | 25 % |
| - Amputation de quatre orteils dont le gros orteil | 20 % |
| - Amputation de quatre orteils | 10 % |
| - Ankylose du gros orteil | 10 % |
| - Amputation des deux orteils | 5 % |
| - Amputation d'un orteil (autre que le gros) | 3 % |

L'ankylose des doigts (autres que le pouce et l'index) et des orteils (autres que le gros orteil) ne donnera droit qu'à 50 % des indemnités prévues pour la perte desdits organes.

Désignation des bénéficiaires des garanties décès



Generali Iard, société appartenant au groupe Generali,

immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le n° 026

Société Anonyme au capital de 70 310 825 euros

Entreprise régie par le Code des assurances - 552 062 663 RCS Paris

Siège Social : 7, boulevard Haussmann - 75009 Paris

Generali Vie, société appartenant au Groupe Generali,

immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le n° 026

Société Anonyme au capital de 299 197 104 euros

Entreprise régie par le Code des assurances - 602 062 481 RCS Paris

Siège Social : 11, boulevard Haussmann - 75009 Paris

I - INFORMATIONS OBLIGATOIRES

Contrat Prévoyance N° 1 1 012 190/AGI01_1

Nom de l'Entreprise : PAYPAL FRANCE SAS

II - Assuré M. Mme

Nom _____ Prénom _____

Nom de jeune fille _____ Date de naissance _____ Lieu de naissance _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

III - Si options prévues au contrat : Choix de l'option en cas de décès à remplir par l'assuré

Sauf dispositions contractuelles contraires :

J'opte pour l'Option n° ____ / Je change d'option et je choisis l'option n° ____

Toutefois, l'option en capital (OPTION I) sera obligatoirement retenue dans les cas énumérés au contrat (Cf. Notice d'information)

IV - Désignation des Bénéficiaires

ATTENTION : Sauf dispositions contractuelles contraires, les personnes vivant en concubinage ne sont pas considérées comme conjoint. Si vous souhaitez que votre concubin ou votre concubine soit bénéficiaire, vous devez remplir cette désignation particulière.

Ce document doit être rempli en intégralité (paragraphe I à V) et retourné à la Compagnie :

1/En cas de dérogation à la désignation bénéficiaire standard prévue au contrat (Cf. Notice d'information)

2/En cas de modification de la clause précédemment choisie

3/Si des options en cas de décès sont prévues au contrat (Cf. paragraphe III ci-dessus)

DESIGNATION PARTICULIERE

Je ne souhaite pas appliquer la clause bénéficiaire type de mon contrat d'entreprise et désigne au titre du contrat mentionné ci-dessus comme bénéficiaire(s) des sommes payables en cas de décès hors majorations pour personnes à charge (enfants et/ou ascendants) : *listez les bénéficiaires ci-dessous*

Il est indispensable de préciser :

- les noms, prénoms, date de naissance et coordonnées des bénéficiaires dans l'ordre d'attribution du capital en précisant nécessairement "à défaut".
- si vous souhaitez une répartition par parts égales du capital entre les bénéficiaires, ou une répartition différente.

→ **ATTENTION** : le total doit être égal à 100%

_____, à défaut mes héritiers.

Cette désignation annule et remplace celle prévue aux conditions générales du contrat ou toute autre désignation antérieure éventuelle.

- La désignation de bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique.

Tant que l'acceptation du bénéficiaire n'est pas intervenue, l'Assuré peut modifier à tout moment sa désignation bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée. La stipulation en vertu de laquelle le bénéfice de l'assurance est attribué à un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation du bénéficiaire. L'acceptation peut être faite par avenant signé de la Compagnie, de l'Assuré et du bénéficiaire ou par acte authentique ou sous seing privé signé entre l'Assuré et le bénéficiaire et n'a alors d'effet sur la Compagnie que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit.

V - Signature

Conformément à l'article 34 de la loi Informatique et libertés du 6 janvier 1978, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des données qui vous concernent. Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant à Generali - Univers Clients Entreprises - Segment Entreprises Collectives - 7, boulevard Haussmann - 75442 Paris Cedex 09. Ces informations sont destinées à l'Univers Clients Entreprises - Segment Entreprises Collectives et sont nécessaires au traitement de votre dossier.

Ces informations sont susceptibles d'être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion du contrat. Par la signature de ce document, vous acceptez expressément que les données vous concernant leur soient ainsi transmises.

J'atteste avoir reçu de mon employeur, la notice d'information correspondant au contrat d'entreprise référencé en marge.

Fait à _____ le, _____

Signature

BIEN REDIGER SA CLAUSE BENEFICIAIRE

La clause rédigée sur le formulaire de désignation des bénéficiaires permet en principe de régler la plupart des situations

LA CLAUSE TYPE

La clause type prévoit le versement du capital décès (hors majoration) au conjoint de l'assuré non séparé de droit, à défaut aux enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut aux ascendants à charge par parts égales, à défaut aux héritiers.

Choisir la clause type, c'est ne pas avoir à modifier sa désignation des bénéficiaires lors d'une naissance ou d'un divorce par exemple, dans la mesure où elle correspond à votre souhait.

LA CLAUSE PARTICULIERE

Le plus grand soin doit être apporté à la rédaction de la clause particulière. Il est essentiel, en effet, que cette clause ne comporte aucune ambiguïté.

❖ Identification complète du ou des bénéficiaires :

- Nom - Nom de jeune fille
- Prénom(s) - Date de Naissance

❖ Degré de priorité :

Il est indispensable de préciser si l'un est prioritaire par rapport aux autres, ou d'indiquer la part de chacun s'ils sont tous bénéficiaires :

Si la première personne désignée est prioritaire, bénéficiaire de premier rang, il faut faire suivre sa désignation de la mention « à défaut* telle autre personne » et ainsi de suite pour les autres bénéficiaires prévus.

Exemples : *Monsieur X né le ----, à défaut Madame Y née le ----, à défaut Monsieur Z né le ----, à défaut mes héritiers.*
Monsieur X né le ----, à défaut Madame Y née le ---- et Monsieur Z né le ---- par parts égales, à défaut mes héritiers.

Si toutes les personnes mentionnées sont bénéficiaires par parts égales, il faut faire suivre l'énumération des bénéficiaires de cette mention.

Exemple : *Monsieur X né le ----, Madame Y née le ----, Monsieur Z né le ---- par parts égales, à défaut mes héritiers.*

Si toutes les personnes mentionnées sont bénéficiaires mais chacune d'une manière différente, il faut exprimer la part attribuée à chacun en pourcentage (le total doit être égal à 100 %).

Exemple : *Monsieur X né le ---- 60 %, Madame Y née le ---- 20 %, Monsieur Z né le ---- 20 %, à défaut mes héritiers.*

Recommandations

Si vous souhaitez désigner « votre conjoint au moment du décès », il est préférable de ne pas mentionner son nom, car dans l'hypothèse d'un remariage après divorce ou décès, le conjoint au moment du décès serait exclu.

Attention, le concubin n'étant pas considéré comme conjoint (cela dépend de la définition contractuelle du terme : dans certains contrats le concubin est assimilé au conjoint), il convient d'indiquer son nom, prénom, date de naissance, sans la notion « mon concubin » et de penser à modifier sa clause en cas de changement de situation.

Si vous désignez vos enfants, il est préférable d'indiquer « mes enfants nés ou à naître, vivants ou représentés » plutôt que de les nommer car cela exclurait les enfants à naître.

Il est conseillé de terminer sa désignation des bénéficiaires par « à défaut mes héritiers ».

REMARQUES

Tant que l'acceptation du bénéficiaire n'est pas intervenue, vous pouvez à tout moment modifier votre clause et en rédiger une nouvelle, ce qui annulera et remplacera la précédente.

La désignation des bénéficiaires ne peut être enregistrée qu'à partir d'un document original et non à partir d'un fax, d'un courriel ou d'une photocopie.

* à défaut : ce terme signifie qu'en cas de décès d'un bénéficiaire, sa part revient au bénéficiaire suivant.

Désignation des bénéficiaires des garanties décès

Informations obligatoires

Contrat Prévoyance N° 1 1 012 190/AGI01_1 Nom de l'Entreprise : PAYPAL FRANCE SAS

Je souhaite recevoir un accusé réception de ma désignation particulière : je complète ce coupon

PARTIE ASSURÉ :

Informations sur l'assuré :

Nom/Prénom _____

Date de Naissance | _ | _ | _ | _ | _ | _ |

Adresse complète à laquelle ce coupon doit être envoyé :

Nom/Prénom _____

| _ | _ | _ | _ | _ | _ | _____

PARTIE ASSUREUR :

Nous attestons la réception et la prise en compte de votre désignation particulière des bénéficiaires en date du :
Tampon d'acceptation de la Compagnie

Pour la Compagnie



Generali Iard, société appartenant au groupe Generali,
immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le n° 026
Société Anonyme au capital de 70 310 825 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - 552 062 663 RCS Paris
Siège Social : 7, boulevard Haussmann - 75009 Paris
Generali Vie, société appartenant au Groupe Generali,
immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le n° 026
Société Anonyme au capital de 299 197 1040 euros
Entreprise régie par le Code des assurances - 602 062 481 RCS Paris
Siège Social : 11, boulevard Haussmann - 75009 Paris