

Conditions générales

VALANT NOTICE D'INFORMATION



DigiPrévTNS



Sommaire

LEXIQUE

ARTICLE 1 - OBJET DE LA CONVENTION

ARTICLE 2 - FONCTIONNEMENT DE L'ADHÉSION

- 2.1 : Conditions à l'adhésion
- 2.2 : Durée de l'adhésion
- 2.3 : Couverture provisoire en cas de décès accidentel
- 2.4 : Formalités d'adhésion
- 2.5 : Prise d'effet des garanties
- 2.6 : Cessation de l'adhésion et des garanties
- 2.7 : Délai d'attente

ARTICLE 3 - DROIT D'ADHÉSION A LA MUTUELLE

ARTICLE 4 - COTISATIONS

- 4.1 : Calcul des cotisations
- 4.2 : Paiement des cotisations
- 4.3 : Non-paiement des cotisations
- 4.4 : Indexation des garanties et des cotisations

ARTICLE 5 - GARANTIES

- 5.1 : Les garanties obligatoires Décès / PTIA
- 5.2 : Les garanties optionnelles en complément de la garantie Décès
- 5.3 : Les garanties de maintien de revenu
- 5.4 : Les garanties optionnelles en complément du maintien du revenu

ARTICLE 6 - VIE DU CONTRAT

- 6.1 : Augmentation ou réduction des garanties en cours d'adhésion
- 6.2 : Ajout ou suppression d'une nouvelle garantie ou option
- 6.3 : Indexation des garanties et des cotisations
- 6.4 : Modification du tarif en fonction des résultats du contrat
- 6.5 : Modification du risque
- 6.6 : Revalorisation des prestations
- 6.7 : Etendue territoriale des garanties

ARTICLE 7 - PRESTATIONS

ARTICLE 8 - EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DES GARANTIES

ARTICLE 9 - VOS DROITS

- 9.1 : Renseignement – Réclamation – Conciliation
- 9.2 : Renonciation
- 9.3 : Prescription
- 9.4 : Fiscalité
- 9.5 : Protection des données personnelles

4
7
7
7
7
8
8
8
10
10
11
11
11
11
11
12
12
13
16
19
19
19
19
19
19
20
20
21
23
26
26
27
27
27



PRÉAMBULE

« Digi'Prév TNS - Prévoyance »

est une convention d'assurance collective à adhésion individuelle facultative, régie par le Code de la mutualité. Elle est souscrite sous le n°DIGIPREV_102022 au profit exclusif de ses adhérents par : Association « Le Collège des Assurés » - régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, domiciliée au 38 rue La Condamine – 75017 – Paris.

dénommée « **le souscripteur** » auprès de

MILTIS

25, cours Albert Thomas – 69003 LYON
Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité
(SIREN n° 417 934 817)

dénommée « **l'Assureur** ».

Les clauses et conditions de la présente convention s'appliquent à tous les Assurés. D'un commun accord, le souscripteur et l'Assureur peuvent modifier les droits et obligations des Assurés par avenant à la convention «Digi'Prév TNS – Prévoyance ».

Le souscripteur en informera alors les Assurés 3 mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

Digital Insure Services (RCS PARIS 815 028 162 – ORIAS n° 160000192 – 38 rue La Condamine 75017 Paris) assure, par délégation de MILTIS, les formalités de gestion administrative, en étant notamment en charge des adhésions, de l'encaissement et du recouvrement des primes, de la gestion des contrats et des sinistres.

Dénommé « **le Gestionnaire** ».



Dispositions générales



LEXIQUE

A Accident :

Atteinte corporelle non intentionnelle de l'Assuré provenant de l'action soudaine, imprévisible et issue d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérés comme des Accidents et sont donc considérés comme une maladie, les pathologies du rachis notamment lumbago, sciatiques, hernies pariétales, musculaires et discales etc. alors même que ces affections seraient d'origine traumatique. De même, les crises d'épilepsie, de delirium tremens, les affections d'origine neuropsychique, les ruptures d'anévrisme, les infarctus du myocarde, les embolies cérébrales ou hémorragies méningées ne sont pas considérés comme des Accidents.

Affections psychiques :

Sont considérées comme des affections psychiques, les affections suivantes : psychiatriques de type schizophrénie, troubles psychotiques, troubles anxieux, troubles névrotiques, troubles de l'humeur, troubles délirants, dépressions de toute nature, troubles de la personnalité et du comportement, troubles de l'alimentation, les fibromyalgies et les syndromes de fatigue chronique.

Assuré :

C'est la personne physique, signataire du contrat sur qui repose le risque. Il s'engage auprès de l'Assureur à effectuer le versement des cotisations.

Assureur :

Il s'agit de MILTIS qui assure les garanties de la présente Notice d'information.

B Bénéficiaire :

Bénéficiaire en cas de décès : personne(s) désignée(s) lors de l'adhésion ou ultérieurement pour bénéficier des prestations prévues par les garanties décès du contrat. À défaut de désignation d'un Bénéficiaire, ou du choix d'une autre clause bénéficiaire particulière, le capital décès est versé : en priorité à son Conjoint non séparé de

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

Bénéficiaires en cas d'incapacité et d'invalidité : sauf précision contraire, pour tous les événements assurés autres que le décès, c'est l'Assuré qui est le Bénéficiaire.

C Certificat d'adhésion :

Document qui définit les caractéristiques du contrat en fonction des choix exprimés par l'Assuré sur son bulletin d'adhésion et ses formalités d'adhésion. Il précise, entre autres, le nom du Bénéficiaire et les garanties accordées.

Conditions générales / Notice d'information :

Les conditions générales, ensemble de clauses communes à un contrat d'assurance, sont remises sous forme de Notice d'information avant la conclusion du contrat.

Conjoint :

- si vous êtes marié(e) : votre époux ou épouse non divorcé(e), ni séparé(e) de corps par un jugement définitif ;
- si vous êtes pacsé(e) : votre partenaire avec lequel vous avez conclu un Pacte Civil de Solidarité en vigueur à la date du sinistre ;
- Si vous vivez en concubinage : votre concubin notoire pourra être considéré comme ayant la qualité de Conjoint s'il est désigné comme bénéficiaire en cas de décès sur votre Demande d'adhésion et si justification de sa qualité est faite.

Conjoint collaborateur :

Personne travaillant bénévolement dans l'entreprise de son Conjoint, marié, pacsé ou vivant en concubinage avec ce dernier, et ayant choisi le statut de collaborateur non rémunéré défini par le décret N° 2006 - 966 du 1^{er} Août 2006 (les Conjoints salariés ou associés ne peuvent prétendre à ce statut).



Consolidation :

Date à compter de laquelle l'état de santé de l'Assuré, constaté par une autorité médicale compétente, prend un caractère permanent et définitif non susceptible d'amélioration ni d'aggravation, compte tenu des connaissances scientifiques et médicales à cette date.

Créateur :

L'Assuré est considéré comme un créateur si son activité professionnelle a été créée dans les 24 mois précédent l'adhésion.

Cumul emploi – retraite :

Situation où l'Assuré qui a liquidé l'ensemble de ses droits à la retraite, perçoit ses pensions de retraite - de base et complémentaire, et exerce par ailleurs une activité professionnelle qui lui procure un revenu.

D Date de conclusion du contrat :

Date apposée sur le certificat d'adhésion. L'émission par l'Assureur du certificat d'adhésion matérialise la conclusion du contrat.

Date de prise d'effet des garanties :

Date indiquée dans le certificat d'adhésion. Elle ne peut pas être antérieure à la date de conclusion du contrat.

Délai d'attente :

Pour une garantie souscrite donnée, période durant laquelle cette garantie n'est pas en vigueur. Le point de départ de cette période est la date de prise d'effet de la garantie.

Toutes les affections ou maladies apparues pendant ce délai ainsi que toutes leurs suites et conséquences sont définitivement exclues des garanties concernées.

Cette disposition s'applique, d'une part, à toute nouvelle adhésion et, d'autre part, à tout avenant ayant pour but d'augmenter les garanties précédemment accordées.

Dans le cas d'une augmentation de garantie, le point de départ du délai d'attente pour les nouveaux montants garantis est la date d'effet de l'avenant. Pendant le délai d'attente, l'Assuré continue de bénéficier des garanties pour les montants qui lui

étaient précédemment accordés.

E Enfants à charge :

Sont considérés comme Enfants à charge, les enfants de l'Assuré :

- Rattachés au foyer fiscal de l'Assuré,
- Non fiscalement à charge, mais pour lesquels l'Assuré verse une pension alimentaire à la suite d'une décision de justice,
- Enfants nés viables moins de 300 jours après le décès de l'Assuré.

F Franchise :

Nombre minimum de jours consécutifs d'incapacité de l'Assuré au-delà duquel l'indemnisation peut commencer. Pendant cette période, les prestations ne sont pas dues.

G Gestionnaire :

Il s'agit de Digital Insure Services, organisme gestionnaire du présent contrat, agissant pour le compte de l'Assureur.

H Hospitalisation :

Séjour de l'Assuré en qualité de patient, au titre d'un accident, d'une maladie dans un établissement hospitalier public ou privé (conventionné ou agréé par la Sécurité sociale française ou son équivalent dans un autre pays) ou à domicile d'au moins 24 heures ou une hospitalisation de jour pour autant que cela concerne une intervention chirurgicale avec une anesthésie.

I Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) :

Impossibilité complète et continue, médicalement constatée par une autorité médicale compétente, résultant d'une maladie ou d'un accident, de se livrer temporairement à son activité professionnelle exercée au moment du sinistre, même à temps partiel (hors temps partiel thérapeutique). L'activité professionnelle exercée au moment du sinistre, doit avoir été déclarée à l'adhésion ou modifiée ultérieurement par avenant. L'Assuré ne doit exercer aucune autre activité ou occupation même de surveillance ou de direction susceptible de lui rapporter gain ou profit.



Invalidité Permanente Totale (IPT) :

État résultant d'un accident ou d'une maladie (survenu(e) pendant la période de garantie et à l'origine d'un état de santé consolidé) entraînant pour l'Assuré une perte de capacité définitive d'au moins 66 %.

Invalidité Permanente Partielle (IPP) :

État résultant d'un accident ou d'une maladie (survenu(e) pendant la période de garantie et à l'origine d'un état de santé consolidé) entraînant pour l'Assuré une perte de capacité définitive comprise entre 33 % et 66 %.

M Maladie :

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale.

N Nous :

« Nous » fait toujours référence à l'Assureur MILTIS.

P Pandémie :

Epidémie qui s'étend à une large zone géographique et reconnue comme telle par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé).

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) :

État qui place l'Assuré dans l'impossibilité totale et définitive d'exercer toute activité lui procurant gain ou profit et qui l'oblige à avoir recours à l'assistance viagère d'une tierce personne pour accomplir au moins trois des quatre actes ordinaires de la vie courante (se laver, se vêtir, se nourrir, se déplacer).

R Rechute :

Toute nouvelle manifestation d'une maladie ou d'un accident ayant déjà fait l'objet d'une constatation médicale et donné lieu à indemnisation par l'Assureur au titre du présent contrat.

Repreneur :

L'Assuré est considéré comme un repreneur si la reprise de l'entreprise a été effectuée dans les 24 mois qui précèdent l'adhésion.

Revenu professionnel :

Par Revenu Professionnel, on entend :

Pour l'ensemble des proposant à l'exception des Créateurs et Repreneurs :

- Le Revenu Professionnel Annuel Net (dividendes compris) moyen, déduction faite des charges liées à l'exercice professionnel, déclaré par l'Assuré à l'Administration Fiscale l'année précédente au titre de l'activité professionnelle mentionnée sur la Demande d'Adhésion.
- Ou la moyenne sur les 3 dernières années le Revenu Professionnel Annuel Net (dividendes compris) moyen, déduction faite des charges liées à l'exercice professionnel, déclaré par l'Assuré à l'Administration Fiscale, au titre de l'activité professionnelle mentionnée sur la Demande d'Adhésion.
- Ou le montant validé sur le procès-verbal de la dernière assemblée générale de l'activité professionnelle mentionnée par l'Assuré sur la Demande d'Adhésion.

Pour les Créateurs, les revenus nets professionnels déclarés à l'administration fiscale l'année précédente. En cas d'absence de revenus l'année précédente, le revenu professionnel prévisionnel établi dans le compte de résultat prévisionnel.

Pour les Repreneurs, soit le revenu annuel net voté par l'Assemblée Générale ou alloué par une décision écrite des associés, soit le revenu moyen évalué dans le Business Plan lors du financement de la reprise de la société.

Pour les mandataires sociaux, le revenu professionnel comprend uniquement les dividendes versés.

S Sinistre :

Réalisation de l'événement couvert par l'adhésion et susceptible d'entraîner l'indemnisation (sauf exclusions prévues au présent contrat) par l'Assureur.



ARTICLE 1

OBJET DE LA CONVENTION

«Digi'Prév TNS» a pour objet de garantir, en fonction des garanties que vous avez choisies, des prestations en cas de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), d'incapacité temporaire totale (ITT), d'invalidité permanente totale (IPT) ou partielle (IPP) de l'Assuré, sous forme d'indemnités journalières, de rentes ou de capitaux.

Cette convention peut être souscrite dans le cadre de la fiscalité dite « Madelin » – article 154 bis du Code général des impôts.

L'adhésion à cette convention comprend obligatoirement les garanties décès et PTIA toutes causes (en cas de maladie ou accident).

ARTICLE 2

FONCTIONNEMENT DE L'ADHÉSION

2.1 : Conditions à l'adhésion

Pour être admissible à l'assurance, l'Assuré doit dans tous les cas :

1. Être une personne physique ;
2. Être âgé de 18 ans à moins de 85 ans (à la date de prise d'effet des garanties) pour les garanties Décès toutes causes et 67 ans pour toutes les autres garanties ;
3. Être à jour du paiement des cotisations à ses régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance retraite ;
4. Exercer une activité professionnelle en tant que :
 - Travailleur non salarié, profession libérale (y compris profession médicale ou paramédicale), commerçant, artisan, exerçant en qualité de :
 - entreprise individuelle
 - micro-entrepreneur
 - gérant majoritaire relevant des formes juridiques suivantes : Société à responsabilité limitée (SARL), Société d'exercice libéral (SELARL)
 - Associé relevant d'une des formes juridiques suivantes : Société d'Exercice Libérale à Responsabilité Limitée, Société en nom collectif (SNC), Société d'exercice libéral en commandite par actions (SELCA), Sociétés en participation
 - Conjoint collaborateur. La souscription du Conjoint collaborateur est subordonnée à celle du Travailleur Non Salarié ;
 - Personne en Cumul emploi-retraite pour une activité de Travailleur Non Salarié
 - Mandataire social appartenant à l'une des catégories

suivantes : Président et Directeur de société anonyme (SA), société par actions simplifiées (SAS, SASU), société d'exercice libéral par actions simplifiées (SELAS)

Pour pouvoir bénéficier de l'ensemble des garanties, l'Assuré doit résider fiscalement en France Métropolitaine, dans les Départements et régions d'outre-mer (DROM) **excepté Mayotte** ou dans les Collectivités d'outre-mer (COM) et exercer son activité professionnelle de manière effective en France Métropolitaine, dans les DROM (**à l'exclusion de Mayotte**), les COM, à Monaco, en Andorre, Belgique, Luxembourg, Espagne ou en Suisse.

De plus, l'Assuré doit avoir répondu favorablement aux formalités médicales et financières qui lui ont été présentées.

2.2 : Durée de l'adhésion

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an et elle se reconduit tacitement d'année en année.

2.3 : Couverture provisoire en cas de décès accidentel

Pendant l'accomplissement des formalités d'adhésion et en l'absence de couverture de même nature, l'Assureur couvre provisoirement le risque de décès de **l'Assuré consécutif à un accident pendant 90 jours maximum**, à partir de la date de prise d'effet des garanties demandée par l'Assuré, figurant sur la demande d'adhésion. **Versement d'un capital dans la limite d'un montant maximum de 500.000 euros.**



Cette couverture provisoire se termine à la date d'effet effective de prise de garanties ou si :

- la date d'effet demandée et la date d'effet effective de prise de garanties sont identiques,
- le délai entre la date d'effet demandée et la date d'effet effective de la prise de garanties est supérieur à 90 jours.

La couverture provisoire cesse sans autre avis :

- **à la date de prise d'effet de l'adhésion (les deux garanties décès ne peuvent se cumuler) indiquée dans le certificat d'adhésion**
- **7 jours calendaires après remise à la personne à assurer de la lettre d'acceptation indiquant les éventuelles surprimes ou exclusions, restée sans réponse ou de la notification de refus ou d'ajournement ;**
- **7 jours calendaires après remise à l'Assuré du certificat d'adhésion dont la date de prise d'effet indiquée au sein du certificat est postérieure à ladite remise ;**
- **15 jours calendaires après remise à la personne à assurer d'un courrier de demande d'informations complémentaires resté sans réponse.**
- **à l'issue d'une période de 90 jours à compter de sa prise d'effet, à l'issue desquels elle expire de plein droit (durée maximale de la garantie).**

2.4 : Formalités d'adhésion

L'Assuré doit impérativement faire parvenir au Gestionnaire les documents suivants :

- une demande d'adhésion dûment complétée et signée
- un mandat de prélèvement SEPA complété et signé
- un exemplaire de la présente notice d'information revêtue de sa signature
- une photocopie de la carte d'identité, du passeport ou d'un titre de séjour en cours de validité justifiant de son identité
- un relevé d'identité bancaire domicilié auprès d'un établissement français

Dans tous les cas, des formalités financières complémentaires peuvent être demandées à l'Assuré par le Gestionnaire.

Par ailleurs, l'Assuré doit impérativement faire parvenir au Gestionnaire les formalités médicales requises complétées et signées.

Dans tous les cas, des formalités médicales complémentaires peuvent être demandées à l'Assuré. Les frais médicaux qui seraient engagés pour la réalisation d'examens médicaux complémentaires réclamés par l'Assureur, seront remboursés en cas de conclusion du contrat, de surprime ou de refus de la part de l'Assureur. Ce remboursement se fera sur la base des tarifs en vigueur

de l'Assureur, disponible sur le document « Tableau des formalités médicales ».

Après examen des formalités d'adhésion, des formalités financières éventuelles, et à la suite de l'évaluation du médecin conseil, l'Assureur peut :

- accepter l'adhésion
- refuser l'adhésion. Dans ce cas, une lettre de refus est envoyée à l'Assuré
- proposer une adhésion avec une surprime et/ou une restriction de garantie. Dans ce cas, le Gestionnaire envoie une contre-proposition d'adhésion précisant à l'Assuré les garanties et le montant de sa prime. Il doit ensuite remplir, signer et retourner au Gestionnaire cette contre-proposition dans le délai précisé dans celle-ci. À défaut, la demande d'adhésion est considérée comme caduque.

Omission ou déclaration inexacte :

Pour les déclarations à faire à la souscription du contrat, et éventuellement celles devant être faites en cours de contrat, l'Assuré est informé que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, même si elle a été sans influence sur le sinistre, entraîne l'application, suivant le cas, des articles L. 221-14 (nullité de l'adhésion) ou L. 221-15 (réduction des prestations) du Code de la mutualité.

2.5 : Prise d'effet des garanties

Sous réserve du paiement de la première cotisation et de l'acceptation médicale du risque par l'Assureur, les garanties prennent effet à la date indiquée sur le Certificat d'adhésion.

2.6 : Cessation de l'adhésion et des garanties

2.6.1 : Cas de résiliation de l'adhésion à l'initiative de l'Assuré

L'Assuré peut résilier son adhésion à l'échéance annuelle ou en cours d'année selon les modalités suivantes :

- par notification dans les formes prévues par l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité faites par lettre ou tout autre support durable, déclaration faite contre récépissé au Gestionnaire dont l'adresse figure dans votre certificat d'adhésion, ou par acte extrajudiciaire, ou par le même mode de communication que celui utilisé pour la conclusion de l'adhésion ;
- en cas de résiliation à l'échéance, celle-ci doit être notifiée au moins 2 mois avant la date d'échéance annuelle figurant sur le certificat d'adhésion. Ce délai court à partir de la date d'envoi de la lettre recommandée figurant sur le cachet de la poste ou de la date d'expédition ou de la remise de la notification telle que prévue ci-avant.



- en cas de changement de profession de l'Assuré, son départ en retraite ou la cessation définitive de son activité professionnelle. La résiliation doit nous être notifiée dans le délai de 3 mois après la date de survenance de cet évènement par lettre recommandée avec avis de réception.
- en cas de diminution du risque et si nous ne consentons pas à réduire votre cotisation en conséquence, **vous pouvez résilier votre adhésion dans un délai de 60 (soixante) jours après la communication de la diminution du risque.**
- en cas de majoration du tarif selon les dispositions de l'article 4.1 de la présente notice d'information.

La résiliation doit nous être notifiée dans le délai de 30 (trente) jours à compter du moment où vous avez été informé de la modification du tarif. Vous êtes néanmoins tenu de nous verser la part de cotisation, calculée à l'ancien tarif, pour la période allant jusqu'à la date de résiliation.

2.6.2 : Cas de résiliation de l'adhésion à l'initiative de l'Assureur

L'Assureur peut résilier l'adhésion dans les cas suivants :

- **en cas de non-paiement des cotisations. Conformément à l'article L221-8 du Code de la mutualité, nous vous adressons une lettre de mise en demeure 10 jours à compter du défaut de paiement de la cotisation ou fraction de cotisations due. Si dans un délai de 40 jours suivant la notification de la mise en demeure, les sommes dues ne sont toujours pas réglées, l'adhésion se trouvera de plein droit résiliée ;**

- **en cas d'aggravation du risque (hors aggravation de l'état de santé), si vous refusez notre proposition ou si nous refusons de vous assurer dans ces nouvelles circonstances. L'adhésion cesse à l'expiration d'un délai de 10 jours à compter de la date d'envoi de la lettre de résiliation**
- en cas de survenance d'un sinistre pendant les 2 premières années d'assurance suivant la date d'effet de votre adhésion.

2.6.3 : Cas de résiliation automatique de l'adhésion

- **à compter de la prise d'effet de la résiliation du contrat d'assurance de groupe liant l'Assureur et l'Association souscriptrice du présent contrat ;**
- **dès lors que vous cessez d'être membre de l'association contractante**
- **dès lors que l'Assuré ne répond plus aux conditions d'adhésion fixées à l'article 2.1.**

2.6.4 : Conséquences de la résiliation de l'adhésion sur le versement des prestations

Dans tous les cas de résiliation de l'adhésion, les garanties cessent à la date de prise d'effet de la résiliation.

Si des prestations sont en cours de versement ou sont dues au titre d'un sinistre survenu pendant la période de garantie, les prestations sont versées pendant la durée de versement prévue à la notice d'information.

2.6.5 : Cessation des garanties

Décès de l'Assuré (y compris Allocation obsèques)	<ul style="list-style-type: none"> • Au plus tard au 90^e anniversaire de l'Assuré • Au versement du capital ou de la rente dû au titre de la garantie décès • En cas de reconnaissance de l'état de PTIA si le capital versé par anticipation au titre de la PTIA est égal au montant du capital Décès
PTIA de l'Assuré	<ul style="list-style-type: none"> • Au plus tard au 70^e anniversaire de l'Assuré • Au versement du capital ou de la rente dû au titre de la PTIA • En cas de décès de l'Assuré
Décès accidentel	<ul style="list-style-type: none"> • Au plus tard au 70^e anniversaire de l'Assuré • En cas de reconnaissance de l'état de PTIA de l'Assuré
Rente éducation	<ul style="list-style-type: none"> • Au plus tard au 70^e anniversaire de l'Assuré • Lorsque l'enfant Bénéficiaire n'est plus fiscalement à charge de l'Assuré • Au plus tard, à la date anniversaire des 21 ans de l'enfant Bénéficiaire ou à la fin de ses études jusqu'à son 26^e anniversaire ou une année supplémentaire en cas de recherche d'emploi. • En cas de décès du Bénéficiaire de la rente éducation
Rente temporaire de Conjoint / Garantie double effet	<ul style="list-style-type: none"> • Au plus tard au 70^e anniversaire de l'Assuré • Au décès du Bénéficiaire de la rente de Conjoint • En cas de remariage ou PACS du Conjoint
Evènements redoutés	<ul style="list-style-type: none"> • Au plus tard au 70^e anniversaire de l'Assuré • Au versement du capital dû au titre de la garantie « Evènements redoutés » • En cas de décès de l'Assuré ou de reconnaissance de l'état de PTIA
Capital reconversion	<ul style="list-style-type: none"> • Au plus tard au 70^e anniversaire de l'Assuré • Au versement du capital dû au titre de la garantie « Capital reconversion » • En cas de décès de l'Assuré ou de reconnaissance de l'état de PTIA



ITT	<ul style="list-style-type: none"> • Au plus tard au 70^e anniversaire de l'Assuré • Lorsqu'une expertise diligentée par l'Assureur établit que l'Assuré est apte à reprendre son activité professionnelle même à temps partiel • A la date de consolidation en Invalidité Permanente Totale ou Partielle • A la date départ en retraite ou de liquidation des droits à la retraite ou pré-retraite de l'Assuré • Pour les cumul-emploi retraite, à la date de toute cessation définitive de toute activité professionnelle, et, au plus tard, au bout de 1 095 jours • En cas de décès de l'Assuré ou de reconnaissance de l'état de PTIA
IPT / IPP / IP PRO	<ul style="list-style-type: none"> • Au plus tard au 70^e anniversaire de l'Assuré ; • A la date départ en retraite ou de liquidation des droits à la retraite ou pré-retraite de l'Assuré • Lorsque l'Assuré cesse d'exercer l'activité professionnelle déclarée • Pour ce qui concerne l'IPT, à la reprise d'une activité professionnelle par l'Assuré, salariée ou non, totale ou partielle • Lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 33% pour la garantie IPP • Lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 16% en ce qui concerne l'IP Pro • En cas de cumul emploi-retraite, dès lors que 1 095 jours auront été indemnisés par l'Assureur au cumul de la garantie ITT et IPT/IPP • En cas de décès de l'Assuré ou de reconnaissance de l'état de PTIA

2.7 : Délai d'attente

Pour les garanties de maintien de revenu, le délai d'attente est décompté à partir de la prise d'effet de l'adhésion et est égal à :

- **12 mois en cas d'affections psychologiques et psychiatriques. Le délai d'attente est ramené à 90 jours lorsque que l'option « Zen psy » a été retenue par l'Assuré et acceptée par l'Assureur ;**
- **3 mois en cas de maladies ;**

Cas particulier de la garantie « Maladie redoutée » : ce délai est porté à 6 mois.

Augmentation ou ajout de garantie(s) : les délais d'attente s'appliquent de nouveau, mais uniquement sur le différentiel de garantie résultant de la modification, ou sur la (les) nouvelle(s) garantie(s) choisie(s).

Abrogation des délais d'attente : Les délais d'attente seront abrogés par l'Assureur si vous pouvez justifier avoir bénéficié d'un autre contrat de même nature et si la résiliation de ce contrat est le fait de l'Assuré.

L'abrogation des délais d'attente s'exerce à hauteur des garanties (nature et montant) précédemment souscrites et résiliées depuis moins de trois mois décomptés à partir de la date d'effet de l'adhésion (sur présentation du certificat de radiation et des dispositions particulières du contrat antérieur), et dans la limite des garanties souscrites lors de la présente adhésion.



DROIT D'ADHÉSION À LA MUTUELLE

L'Assuré lors de la signature de son contrat, est redevable d'un droit d'adhésion à la mutuelle MILTIS « Assureur » de 20 euros. Cette somme est perçue une fois pour toutes lors du paiement de la première prime. Le droit d'adhésion n'est pas dû si l'Assuré est déjà membre de la mutuelle.



ARTICLE 4 COTISATIONS

4.1 : Calcul des cotisations

Les cotisations sont libellées en euros.

Les cotisations sont fixées en fonction des paramètres suivants :

- l'âge de l'Assuré à la date de l'adhésion puis chaque année, son âge à la date de l'échéance annuelle;
- l'activité professionnelle de l'Assuré ;
- le régime obligatoire associé à l'activité professionnelle
- le lieu de résidence fiscale de l'Assuré ;
- les taux de taxe sur les conventions d'assurance en vigueur. Ils pourront être révisés de plein droit par l'Assureur en cas de modification des taxes en vigueur ou de l'instauration de nouvelles impositions applicables à la convention ;
- les garanties et franchises accordées avec les éventuelles surprimes et majorations.

L'Assureur se réserve la possibilité de réviser les cotisations au 1^{er} janvier avec un préavis de 3 mois.

Ces montants figureront sur la communication annuelle.

4.2 : Paiement des cotisations

Le montant de chaque cotisation périodique est égal au montant de la cotisation annuelle associée, majoré des frais d'échéance constitués des frais d'adhésion à l'association « Le Collège des assurés » et des frais de dossier et divisé par le nombre de règlements choisi (mensuel, trimestriel, semestriel, annuel) par an.

Les cotisations sont payables d'avance par prélèvement automatique, le 5 du mois sur le compte bancaire de l'Assuré. L'Assuré choisit la fréquence de ses règlements au moment de l'adhésion.

En cas d'incident de paiement des cotisations, la cotisation de l'Assuré sera majorée des frais suivants :

- **10 € par rejet de prélèvement bancaire ou mise en demeure pour non-paiement de la cotisation**
- **25 € par rejet pour provision insuffisante sur le compte bancaire prélevé ou d'opposition de prélèvement.**

Des frais de courtage supplémentaires peuvent être également prélevés par votre intermédiaire d'assurance à la finalisation du dossier.

4.3 : Non-paiement des cotisations

En cas de non-paiement de la prime ou d'une fraction de cette prime, dans les 10 jours de son échéance, l'Assureur adresse une mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception à l'Assuré, ouvrant un nouveau délai de 40 jours, au terme duquel, en cas de non-paiement de la prime échue, ainsi que des primes éventuellement venues à échéance au cours dudit délai, le contrat sera résilié de plein droit.

Tous les frais subis par l'Assureur du fait de la défaillance du prélèvement, seront imputés à l'Assuré qui en assumera seul la charge.

Le cas échéant, l'Assureur informera le Bénéficiaire acceptant dès le premier incident de paiement.

4.4 : Indexation des garanties et des cotisations

L'Assuré peut demander lors de l'adhésion, à ce que les garanties ainsi que les cotisations soient indexées selon l'indice du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) au 1^{er} janvier de chaque année.

Si seules les garanties Décès / PTIA ont été souscrites, il n'y aura pas d'indexation des garanties et des cotisations.



ARTICLE 5 GARANTIES

5.1 : Les garanties obligatoires Décès / PTIA

5.1.1 : La garantie « Capital décès toutes causes »

• Décès

En cas de décès de l'Assuré, le capital garanti est versé au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) au Certificat d'Adhésion. Ce capital garanti sera versé selon le choix de l'Assuré, en une seule fois ou sous la forme d'une rente viagère (si choix fiscalité Madelin). Ce choix sera mentionné sur le Certificat d'Adhésion.

Dans le cas où l'Assuré opte pour la fiscalité Madelin, le montant de la rente viagère sera déterminé selon les tables de mortalité et le taux d'intérêt en vigueur au moment du décès.

Le sinistre met fin à l'adhésion et aux garanties sauf application de la garantie Double effet.

• Double effet

Si le Conjoint de l'Assuré, âgé de moins de 90 ans décède en même temps ou dans les 12 mois qui suivent le décès de l'Assuré, nous versons au profit du ou des enfants restés à charge un capital supplémentaire égal au capital décès de base. **En outre, le décès du Conjoint de l'Assuré doit survenir avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge de 90 ans.**

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

Le montant du capital assuré est indiqué au certificat d'adhésion. En cas de décès du conjoint ou d'un enfant à charge, l'allocation est alors versée à l'Assuré.

• Allocation frais d'obsèques

En cas de décès de l'Assuré, de son Conjoint ou de son enfant à charge, cette garantie prévoit le versement d'une allocation d'un montant de 4 000 € destinée à la participation aux frais d'obsèques. Cette allocation est versée au Bénéficiaire désigné sur le certificat d'adhésion.

5.1.2 : La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Si l'Assuré est reconnu en état de PTIA, il lui sera versé, par anticipation, le capital prévu en cas de décès. **En cas de souscription des garanties ITT/IPT/IPP, le capital garanti par anticipation en cas de PTIA sera limité à 300 000 euros.** Le reste du capital garanti sera

versé en cas de Décès de l'Assuré postérieurement à la reconnaissance de l'état de PTIA.

Ce capital garanti sera versé selon le choix de l'Assuré, en une seule fois ou sous la forme d'une rente viagère (si choix fiscalité Madelin). Ce choix sera mentionné sur le Certificat d'Adhésion.

Dans le cas où l'Assuré opte pour la fiscalité Madelin, le montant de la rente viagère sera déterminé selon les tables de mortalité et le taux d'intérêt en vigueur au moment du décès.

La PTIA doit être consolidée avant la date à laquelle l'Assuré peut faire valoir ses droits à une pension vieillesse, et au plus tard à son 70e anniversaire.

5.2 : Les garanties optionnelles en complément de la garantie Décès

5.2.1 : La garantie Décès / PTIA accidentel

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie « Capital Décès toutes causes » décrite à l'article 5.1.1.

En cas de décès de l'Assuré survenant dans les 12 mois suivant un Accident, et à condition que le décès en soit la conséquence directe, un capital supplémentaire est versé au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès et vient s'ajouter au montant versé au titre de la garantie « Capital Décès toutes causes ».

En cas de PTIA de l'Assuré survenant dans les 12 mois suivant un Accident, et à condition que la PTIA en soit la conséquence directe, le capital supplémentaire ci-dessus garanti en cas de décès accidentel sera versé à l'Assuré par anticipation. **En cas de souscription des garanties ITT/IPT/IPP, le capital garanti par anticipation en cas de PTIA accidentelle sera limité à 300 000 euros.** Le reste du capital garanti sera versé en cas de Décès de l'Assuré postérieurement à la reconnaissance de l'état de PTIA.

Ce capital garanti sera versé selon le choix de l'Assuré, en une seule fois ou sous la forme d'une rente viagère (si choix fiscalité Madelin). Ce choix sera mentionné sur le Certificat d'Adhésion.

Dans le cas où l'Assuré opte pour le paiement en rente (fiscalité Madelin), le montant de la rente viagère sera déterminé selon les tables de mortalité et le taux d'intérêt en vigueur au moment du décès.



5.2.2 : La garantie Rente de Conjoint

En cas de décès de l'Assuré, le Conjoint de l'Assuré reçoit une rente temporaire payable trimestriellement à terme échu. Le montant annuel de la rente est indiqué au Certificat d'adhésion si la garantie a été souscrite **et ne pourra excéder 20% du revenu professionnel annuel de l'Assuré.**

Cette rente est payable trimestriellement à terme échu et **cesse d'être versée dès la survenance de l'un des évènements suivants :**

- **Décès du Conjoint,**
- **Le remariage ou PACS du Conjoint.**
- **Le Conjoint atteint son 70^e anniversaire**

5.2.3 : La garantie Rente éducation

En cas de décès de l'Assuré avant son 90^e anniversaire, il est versé à chaque Enfant à charge de l'Assuré désigné au certificat d'adhésion ou par avenant, une rente payable trimestriellement à terme échu jusqu'au 21^e anniversaire de l'enfant Bénéficiaire ou s'il poursuit ses études, au plus tard jusqu'à son 26^e anniversaire. Cette rente est prorogée durant une année supplémentaire pour couvrir la période de première recherche d'emploi (sous condition d'une inscription au Pôle Emploi justifiée).

Le cumul des rentes éducation versées ne pourra excéder, sauf dérogation de l'Assureur, 50% du revenu professionnel annuel de l'Assuré.

Le montant annuel total de la rente est indiqué au certificat d'adhésion si la garantie a été souscrite.

En cas de décès de l'Assuré, il est versé à chaque Enfant à charge de l'Assuré au jour du sinistre, une rente trimestrielle égale au montant de la Rente Éducation souscrite, divisé par le nombre d'enfant à charge à cette date, puis multipliée par un coefficient suivant l'âge atteint par l'enfant :

- De 0 à moins de 12 ans : 50% de la Rente Annuelle affectée à l'enfant ;
- De 12 ans à moins de 18 ans : 100% de la Rente Annuelle affectée à l'enfant ;
- De 18 ans à 26 ans : 150% de la Rente Annuelle affectée à l'enfant.

5.3 Les garanties de maintien de revenu

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

Les garanties Incapacité Temporaire et Totale de travail (ITT), Invalidité Permanente Totale (IPT), Invalidité Permanente Partielle (IPP), sont accessibles de manière indissociable.

5.3.1 : Montant des garanties

Le montant des garanties est défini sur votre certificat d'adhésion en fonction des Revenus professionnels que vous déclarez.

Vous devez, lors de l'adhésion choisir votre rente annuelle garantie. Dès lors que les indemnités journalières que vous désirez souscrire excède 170 euros/jour (sous déduction des IJSS), vous devrez justifier vos Revenus professionnels (dividendes compris) des 2 dernières années. Le montant des indemnités journalières garanties au titre des garanties Arrêt de Travail ne pourra alors pas excéder 130% du revenu professionnel défini ci-dessus.

5.3.2 : Mode d'indemnisation

En cas d'arrêt de travail (Incapacité Temporaire et Totale de Travail et Invalidité Permanente Partielle ou Totale), l'indemnisation est effectuée sous déduction des prestations versées par le régime obligatoire ou versées par tout autre régime de prévoyance ou d'assurance obligatoire ou facultative dont bénéficie l'Assuré.

- **Indemnisation forfaitaire lorsque le montant des IJ garanti choisi est inférieur ou égal à 170 euros /jour**

La prestation garantie est égale au montant indiqué dans le Certificat d'Adhésion, sans contrôle des revenus au moment du sinistre.

- **Indemnisation indemnitaire lorsque le montant des IJ garanti est supérieur à 170 euros/jour**

La prestation sera versée dans la limite de 130% du revenu déclaré. Pour ce faire, l'Assureur contrôlera en demandant les justificatifs nécessaires. Il ajustera les montants à verser s'il existe une différence supérieure à 30% entre les revenus réellement perçus par l'Assuré en cas d'arrêt de travail et le montant cumulé de la garantie et des différentes prestations versées par les régimes obligatoires, complémentaires ou facultatifs de protection sociale.

Lorsque l'Assuré opte pour des garanties relevant de la fiscalité Madelin, il doit attester sur l'honneur auprès de l'Assureur être à jour du paiement des cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et vieillesse dont il relève. Cette condition ne s'applique pas aux Mandataires sociaux.

Les garanties ne doivent pas constituer un enrichissement pour le Bénéficiaire des prestations en cours de vie de l'adhésion.

Avvertissement :

Il est de votre responsabilité de vérifier, à l'adhésion puis annuellement, que le montant des indemnités journalières et/ou de la rente d'invalidité assurées, figurant au certificat d'adhésion ou à son dernier avenant n'excède par vos Revenus professionnels, hors éléments exceptionnels (y compris dividendes) déduction faite des prestations



garanties par les régimes obligatoires, complémentaires ou facultatifs de protection sociale, et le cas échéant d'en informer l'Assureur afin d'ajuster les garanties et cotisations d'assurance en conséquence.

5.3.3 : La garantie Incapacité Temporaire et Totale de Travail (ITT)

En cas d'incapacité temporaire totale de travail de l'Assuré, l'Assureur verse les indemnités journalières définies au certificat d'adhésion après expiration du (ou des) délai(s) de franchise également défini(s) au certificat d'adhésion. L'arrêt de travail, pour donner droit à une indemnisation, doit entraîner une interruption temporaire, réelle et complète des occupations professionnelles de l'Assuré, et ce dernier doit suivre le traitement médical qui lui est prescrit et se soumettre au repos nécessaire à sa guérison.

Pour l'application de la franchise réduite à 3 jours en cas d'hospitalisation, l'indemnité sera versée à partir du 4^e jour d'arrêt de travail. Est considéré comme une hospitalisation :

- un séjour en hôpital d'au moins 24 heures lié à l'arrêt de travail
- une hospitalisation de jour de moins de 24 heures, liée à l'arrêt de travail ayant nécessité une intervention chirurgicale et une anesthésie locale ou générale.
- une hospitalisation à domicile, liée à l'arrêt de travail.

L'Assuré en état d'ITT perçoit, après la période de franchise choisie à l'Adhésion, une indemnité journalière dont le montant est égal à 1/365^e de la rente annuelle souscrite en cas d'ITT.

L'indemnité est payable par mois échu à partir de la fin de la période de franchise souscrite pendant la durée de l'arrêt de travail (raccourcie, le cas échéant, du Bonus de fidélité), jusqu'à consolidation de l'état de santé et au plus tard jusqu'au 1 095^e jour d'arrêt de travail.

En cas de reprise à mi-temps thérapeutique l'indemnité est réduite de 50% et limitée à une durée maximale de 180 jours.

En cas de rechute dans les 3 mois de la reprise de travail, le versement des indemnités journalières est repris dès le 1^{er} jour du nouvel arrêt de travail, sous réserve que l'adhésion au contrat soit toujours en vigueur et que les 2 arrêts de travail résultent de la même cause.

Les décisions de prise en charge de la Sécurité Sociale ou de tout autre Régime Obligatoire auquel pourrait être affilié l'Assuré ne s'imposent pas à l'Assureur.

L'indemnité journalière cesse d'être due :

- en cas de reprise totale ou partielle du travail.
- lorsqu'une expertise diligentée par l'Assureur établit que l'Assuré est apte à reprendre une activité professionnelle même à temps partiel.
- à la date de consolidation en Invalidité Permanente,
- à la date de l'admission de l'Assuré au bénéfice de sa

retraite professionnelle ou lorsqu'il atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à la retraite, et, au plus tard, à son 70^{ème} anniversaire,

- pour les Cumul emploi-retraite, à la date de toute cessation définitive de toute activité professionnelle, et, au plus tard, au bout de 1 095 jours,
- à la date de survenance du décès de l'Assuré,

● Bonus Fidélité :

La franchise au titre de la garantie ITT sera réduite d'un jour chaque année à partir du 13^e mois d'ancienneté, à condition qu'il n'y ait pas eu de sinistre garanti durant les 13 premiers mois écoulés et indemnisé au titre de cette garantie.

La franchise sera réduite sur l'ensemble des risques (maladie, accident et hospitalisation), et ce dans la limite suivante :

- limite de 10 jours avec une franchise minimum de 3 jours pour la franchise ITT
- limite de 10 jours avec une franchise minimum de 72 heures pour la franchise Zen Psy en cas d'hospitalisation.

En cas de sinistre garanti et indemnisé au titre de cette garantie, la franchise choisie initialement (lors de l'adhésion ou du dernier avenant) sera remise en vigueur pour l'ensemble des risques. Cette réinitialisation s'effectue à la date de fin d'indemnisation du sinistre.

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

5.3.2 : La garantie Invalidité Permanente Totale et Partielle (IPT/IPP)

En cas d'invalidité permanente totale ou partielle, une rente est versée à l'Assuré dans la limite du montant indiqué dans le certificat d'adhésion. La rente est versée mensuellement à terme échu.

L'Assuré est considéré en état d'Invalidité Permanente si, à la suite d'un Accident consolidé ou d'une Maladie stabilisée survenue pendant la période de garantie, il est atteint d'une perte de capacité définitive, d'au moins 33%.

L'invalidité permanente doit être consolidée et reconnue comme telle avant le jour de son 70^e anniversaire et avant d'avoir fait valoir ses droits à la retraite ou atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse si cela intervient avant 70 ans.

L'état d'invalidité de l'Assuré est constaté par expertise médicale en dehors de toute considération du Régime obligatoire auquel peut être affilié l'Assuré.

Le taux d'invalidité «n» est déterminé par voie d'expertise médicale, en fonction du taux d'invalidité permanente professionnelle et du taux d'invalidité permanente fonctionnelle, et par l'application du tableau croisé ci-dessous.



Taux d'invalidité professionnelle	Taux d'invalidité fonctionnelle								
	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
10 %									
20 %	-	-	-	29.24 %	33.02 %	36.59 %	40 %	43.27 %	46.42 %
30 %	-	-	31.75 %	36.94 %	41.60 %	46.10 %	50.40 %	54.51 %	58.48 %
40 %	-	30 %	36.34 %	42.17 %	47.62 %	52.78 %	57.69 %	62.40 %	66.94 %
50 %	25.20 %	33.02 %	40.00 %	46.42 %	52.42 %	58.09 %	63.50 %	68.68 %	73.68 %
60 %	27.14 %	35.57 %	43.09 %	50 %	56.46 %	62.57 %	68.40 %	73.99 %	79.37 %
70 %	28.85 %	37.80 %	45.79 %	53.13 %	60 %	66.49 %	72.69 %	78.62 %	84.34 %
80 %	30.37 %	39.79 %	48.20 %	55.93 %	63.16 %	70 %	76.52 %	82.79 %	88.79 %
90 %	31.75 %	41.60 %	50.40 %	58.48 %	66.04 %	79.19 %	80 %	86.54 %	92.83 %
100 %	33.02 %	43.27 %	52.42 %	60.82 %	68.68 %	76.12 %	83.20 %	90 %	96.55 %
	34.20 %	44.81 %	54.29 %	63.00 %	71.14 %	78.84 %	86.18 %	93.22 %	100 %

L'invalidité permanente fonctionnelle sera appréciée et chiffrée «in concreto» par référence au barème indicatif des invalidités en droit commun (Barème du Concours Médical 2002).

L'invalidité permanente professionnelle sera appréciée et chiffrée en tenant compte de la profession exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident et des possibilités restantes d'exercice de cette profession.

Il n'est pas tenu compte de la capacité restante à exercer une autre profession ni des possibilités éventuelles de reclassement professionnel.

L'Assureur se réserve la faculté de faire expertiser l'Assuré par un médecin de son choix, à tout moment.

● Détermination du taux d'invalidité :

- Si le taux d'invalidité « n » déterminé est supérieur ou égal à 66%, l'Assuré est considéré en Invalidité Permanente Totale et l'Assureur verse alors une rente mensuelle dont le montant est égale à 1/12^{ème} de la Rente Annuelle Garantie, sous déduction des prestations perçues le cas échéant de la Sécurité Sociale, du Régime Obligatoire de l'Assuré, ou de tout autre régime de Prévoyance ou d'Assurance Obligatoire ou Facultative, à l'exception de ceux protégeant les crédits et emprunts de l'Assuré.
- Si le taux d'invalidité « n » est supérieur ou égal à 33% et strictement inférieur à 66%, l'Assuré est considéré en Invalidité Permanente Partielle, le montant de la prestation est égal à n/66% du montant de la rente Annuelle Garantie, sous déduction des prestations perçues le cas échéant de la Sécurité Sociale, du Régime Obligatoire de l'Assuré, ou de tout autre régime de Prévoyance ou d'Assurance Obligatoire ou Facultative, à l'exception de ceux protégeant les crédits et emprunts de l'Assuré.

- **Si le taux d'invalidité « n » est inférieur à 33%, aucune prestation n'est due.**

L'indemnité commence à être servie à la date de consolidation de l'état de santé de l'Assuré. Son montant peut être révisé à la hausse ou à la baisse selon l'évolution éventuelle de son degré d'Invalidité Permanente.

Elle cesse d'être due :

- lorsque l'Assuré fait valoir ses droits à la retraite, atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse et au plus tard au jour du 70^e anniversaire de l'Assuré sauf situation de cumul emploi-retraite;
- en cas de cumul emploi-retraite, dès lors que 1 095 jours auront été indemnisés par l'Assureur au cumul de la garantie ITT et IPT/IPP ;
- en cas de décès de l'Assuré ;
- pour ce qui concerne l'IPT, à la reprise d'une activité professionnelle par l'Assuré, salariée ou non, totale ou partielle ;
- lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 33%.

Les décisions de prise en charge de la Sécurité Sociale ou de tout autre Régime Obligatoire auquel pourrait être affilié l'Assuré ne s'imposent pas à l'Assureur.

● Option Invalidité Professionnelle Partielle et Totale (IP Pro 16%) :

Cette option est accessible à toutes les professions exceptées les professions du bâtiment ou des gros œuvres, les professions de l'agriculture et de l'aquaculture.

Cette option n'est pas accessible pour l'Assuré ayant sa résidence fiscale dans les DROM-COM.

L'invalidité permanente professionnelle sera appréciée et chiffrée en tenant compte de la profession exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, et des possibilités restantes d'exercice de cette profession.

Le taux d'invalidité est déterminé par voie d'expertise médicale et ne prend en compte que le taux d'invalidité professionnelle.

- si le taux d'invalidité permanente est inférieur à 16 %, aucune prestation n'est due.
- si le taux d'invalidité permanente est supérieur ou égal à 16 % et inférieur à 66 %, le montant de la rente à régler est calculé en fonction du taux d'invalidité « n », selon la formule « n »/66%.



- si le taux d'invalidité permanente est supérieur ou égal à 66 %, la rente versée correspond au montant indiqué dans le certificat d'adhésion.

Toutefois s'il s'avère que le taux d'invalidité en barème croisé est plus avantageux alors il sera pris en compte en lieu et place du professionnel seul.

Pour les Assurés ayant souscrit à cette option IP Pro 16 %, il est entendu que la rente invalidité versée par l'Assureur sera égale au maximum entre :

- celle qu'il aurait perçu au titre de la couverture IPP/IPT sur la base du barème croisé (taux d'invalidité permanente professionnelle et taux d'invalidité permanente fonctionnelle),
- celle qu'il aurait perçu en souscrivant à l'option IP Pro 16 %.

Elle cesse d'être due :

- lorsque l'Assuré fait valoir ses droits à la retraite, atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse et au plus tard au jour du 70^e anniversaire de l'Assuré sauf situation de Cumul emploi-retraite ;
- en cas de cumul emploi-retraite, dès lors que 1 095 jours auront été indemnisés par l'Assureur au cumul de la garantie ITT et IPT/IPP ;
- en cas de décès de l'Assuré ;
- pour ce qui concerne l'IPT, à la reprise d'une activité professionnelle par l'Assuré, salariée ou non, totale ou partielle ;
- lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 16%.

5.3.3 : La garantie Exonération des cotisations

Cette garantie est accessible aux Assurés ayant souscrit aux garanties de maintien du revenu.

L'Assuré en Incapacité Totale de Travail ou en Invalidité Permanente Totale (taux d'Invalidité Permanente supérieur à 66%), indemnisé à ce titre, est exonéré du paiement de ses cotisations pour l'ensemble des garanties souscrites à compter du 91^e jour d'arrêt de travail.

L'Assuré en Invalidité Permanente Partielle est exonéré du paiement de 50% de ses cotisations pour l'ensemble des garanties souscrites à compter du 91^e jour d'arrêt de travail.

L'exonération n'est pas accordée en cas de reprise partielle du travail.

Dès lors que l'Assuré n'est plus indemnisé au titre des garanties ITT, IPT, ou IPP, quelle qu'en soit la raison, l'exonération totale ou partielle du paiement des primes prend fin et l'Assuré devient redevable des primes venant à échéance.

5.4 : Les garanties optionnelles en complément du maintien du revenu

5.4.1 : La garantie optionnelle « Rente relais »

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément des garanties maintien de revenu.

Si l'Assuré après 1 095 jours d'arrêt de travail continu au titre d'un même Sinistre est toujours en Incapacité Temporaire Totale de Travail sans que son état de santé ne soit consolidé, une rente relais lui sera versée jusqu'au jour de sa Consolidation (pour une durée maximale de 365 jours).

Dans ce cas, le montant de la rente relais versé sera égal au montant de la dernière prestation versée au titre de sa garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail.

L'indemnisation au titre de l'option rente relais cesse :

- à la date de la reprise totale ou partielle du travail ;
- pendant la période de congé légal de maternité ou la période assimilée pour les non-salariés ;
- à la date de Consolidation de son état de santé reconnu par un médecin expert indépendant désigné par l'Assureur ;
- à la date fixée par expertise médicale, à partir de laquelle il est établi que l'Assuré n'est plus dans l'incapacité Temporaire Totale de travailler ;
- à la date à laquelle l'Assuré cesse définitivement toute activité professionnelle en raison de votre mise à la retraite quel qu'en soit le motif et au plus tard au 70^e anniversaire ;
- au plus tard jusqu'au 1 460^e jour d'arrêt de travail.

5.4.2 : La garantie optionnelle « Pandémie »

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de garanties maintien de revenu.

Cette option permet de réduire le délai de franchise : en cas d'hospitalisation de plus de 3 jours qui fait suite à une maladie pandémique (reconnue par l'Organisation Mondiale de la Santé), l'indemnisation au titre de la garantie ITT démarre rétroactivement au 1^{er} jour d'arrêt de travail.

5.4.3 : La garantie optionnelle « Zen Psy »

L'Option Zen psy doit être souscrite au moment de l'adhésion et ne peut être souscrite en cours de contrat.

Cette option permet de supprimer les conditions d'hospitalisation psychiques listées ci-dessous et de réduire le délai d'attente de 365 jours à 90 jours tel que défini à l'article 2.7.

5.4.4 : La garantie optionnelle « Capital reconversion »

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément des garanties maintien de revenu.

Cette option permet de participer au financement d'une reconversion professionnelle.

Dans le cas où l'Assuré est reconnu en état d'Invalidité Permanente Totale, il sera versé à l'Assuré un capital indiqué dans le Certificat d'adhésion. Le versement de ce capital met fin à la garantie.



5.4.5 : La garantie optionnelle « Evènements redoutés »

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie capital décès toutes causes.

Un capital dont le montant est indiqué au Certificat d'adhésion vous est versé dès que le diagnostic de l'une des neuf maladies graves suivantes a été posé et qu'il a été reconnu par l'Assureur (infarctus du myocarde, coronaropathies, accident vasculaire cérébral, cancer, insuffisance rénale, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer / démence sévère) ou dès qu'une greffe d'organe principal (cœur, poumon, foie, pancréas, intestin grêle, rein, moelle osseuse) a été réalisée. Ce capital ne peut pas excéder, sauf dérogation de l'Assureur, 50% du capital garanti en cas de décès toutes causes.

La date des premiers symptômes de la maladie ou, pour la greffe d'organe, de l'affection qui la nécessite, doit intervenir plus de 6 mois après la date d'effet de l'adhésion pour ouvrir droit au versement du capital.

Cette garantie, si elle a été choisie, est valable jusqu'à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge de 70 ans.

● Définition des maladies graves

a) Cancer

Maladie qui se manifeste par le développement anarchique d'une tumeur maligne, la propagation de cellules malignes, avec invasion possible des tissus. Le diagnostic doit être confirmé par un spécialiste et prouvé par un examen histologique précis. Le terme « cancer » inclut aussi la leucémie et les maladies malignes du système lymphatique comme la maladie de Hodgkin.

Sont exclus :

- Les CIN tous grades (néoplasies cervicales intra-épithéliales)
- Toute tumeur pré-maligne
- Tout cancer non invasif (cancer in situ)
- Cancer de la prostate grade 1 (T1a, 1b, 1c)
- Carcinome basocellulaire et carcinome squameux
- Mélanome malin de grade 1A (T1a N0 M0)
- Toute cellule maligne en présence d'un Virus de l'Immunodéficience Humaine

b) Crise cardiaque (Infarctus du myocarde)

La nécrose d'une portion du muscle cardiaque due à un apport en sang de la zone concernée insuffisant. Le diagnostic doit être confirmé par un spécialiste et étayé par les critères suivants :

- une douleur thoracique spécifique
- modifications caractéristiques de l'électrocardiogramme
- élévation des enzymes cardiaques : Troponine ou autres marqueurs biochimiques

Sont exclus :

- Infarctus du myocarde sans élévation du segment ST (NSTEMI) avec seulement élévation de la Troponine I ou T
- Autres syndromes coronaires aigus (par ex. Angine de poitrine stable/instable)
- Infarctus du myocarde silencieux

c) Pontage Coronarien (Bypass) Chirurgical

Intervention de chirurgie cardiaque dite à cœur ouvert dont l'objectif est de contourner une ou deux artères coronaires rétrécies ou obstruées par pontage aorto-coronarien (PAC). La nécessité de la chirurgie doit avoir été prouvée grâce à une angiographie coronaire et la réalisation de la chirurgie doit être confirmée par un spécialiste.

Sont exclus :

- Angioplastie
- Toute autre intervention intra-artérielle
- Chirurgie micro-invasive

d) Accident vasculaire cérébral (AVC)

Tout incident cardiovasculaire entraînant des séquelles neurologiques permanentes des suites d'un infarctus du tissu cérébral, d'une hémorragie ou embolie d'origine extra-crânienne. Le diagnostic doit être confirmé par un spécialiste et mis en évidence par des symptômes cliniques spécifiques, ainsi que par les résultats d'un Scanner ou d'une IRM du cerveau. **La preuve d'un déficit neurologique d'un moins 3 mois doit être apportée.**

Sont exclus :

- Accident ischémique transitoire (AIT)
- Blessure traumatique du cerveau
- Symptômes neurologiques dus à la migraine
- Infarctus lacunaires sans déficit neurologique

e) Greffe d'organe (Greffe d'Organes Principaux)

Intervention chirurgicale portant sur la transplantation du cœur, poumon, foie, pancréas, intestin grêle, rein ou de la moelle osseuse sur le receveur. La réalisation de la transplantation doit être confirmée par un spécialiste.

f) Sclérose en plaques

Diagnostic formel de Sclérose en Plaques réalisé par un spécialiste en neurologie. La maladie doit être mise en évidence par des symptômes cliniques typiques d'une démyélinisation et d'une défaillance des fonctions motrices et sensorielles ainsi que par des résultats typiques provenant d'une IRM.

Pour prouver le diagnostic, l'Assuré doit ; soit manifester des anomalies neurologiques existantes depuis une période continue d'au moins 6 mois ; soit avoir subi au moins deux épisodes cliniquement établis, séparés d'au moins un mois ; soit avoir présenté au minimum un épisode



cliniquement établi ainsi que des résultats caractéristiques du prélèvement du liquide cébrospinal et des lésions cérébrales spécifiques mises en avant par une IRM.

g) Insuffisance rénale (maladie rénale en phase terminale)

Maladie rénale en phase terminale se manifestant par une défaillance chronique et irréversible des fonctions des deux reins, dont résultent la mise en place d'une dialyse rénale à fréquence régulière (hémodialyse ou dialyse péritonéale) ou la pratique d'une transplantation rénale. Le diagnostic doit être confirmé par un spécialiste.

h) Maladie de Parkinson

Diagnostic sans équivoque de maladie de Parkinson idiopathique par un médecin neurologue. Ce diagnostic doit être étayé par les éléments suivants :

- La maladie ne peut pas être contrôlée par des médicaments ;
- Signes d'altération progressive de la mobilité et de l'autonomie.

i) Maladie d'Alzheimer / démence sévère

Détérioration ou perte des capacités intellectuelles, confirmée par l'évaluation clinique et des examens d'imagerie, secondaire à une maladie d'Alzheimer ou à des troubles organiques irréversibles, se traduisant par une réduction significative du fonctionnement mental et social nécessitant une surveillance continue de l'Assuré. Le diagnostic doit être étayé par la confirmation clinique d'un médecin approprié ainsi que par le médecin désigné par l'Assureur.

Sont exclues les affections non organiques telles que névrose ou maladies psychiatriques.

● Limite du versement du capital Évènements Redoutés

Délai d'attente:

La garantie Évènements Redoutés prendra effet après un délai d'attente de 6 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion. En cas de diagnostic d'un Évènement Redouté ou de survenance d'un accident entraînant un Évènement Redouté, avant la date d'effet de l'adhésion ou durant ce délai d'attente de 6 mois, aucune indemnisation ne sera versée et la garantie Évènements Redoutés prendra automatiquement fin.

Le capital prévu au titre de la garantie Évènements Redoutés n'est versé qu'une seule fois durant la vie du Contrat.

Le versement d'une prestation au titre de cette garantie :

- Met automatiquement fin à la garantie Évènements Redoutés ;
- Impacte la prime d'assurance définie pour la garantie Évènements Redoutés qui ne sera plus due par l'Assuré.
- N'affecte toutefois pas les primes d'assurance relatives aux autres garanties de l'adhésion.



ARTICLE 6

VIE DU
CONTRAT

6.1 : Augmentation ou réduction des garanties en cours d'adhésion

L'Assuré peut demander une augmentation de garantie qui sera étudiée par l'Assureur et soumise à des formalités médicales et / ou financières.

Des formalités médicales ne seront pas nécessaires et aucun délai d'attente ne sera appliqué lorsque les conditions suivantes sont réunies :

- L'acceptation de l'adhésion a été faite avec une surprime maximale limitée à 50% et sans exclusion
- L'adhésion a moins de 5 ans d'ancienneté
- L'augmentation annuelle demandée pour chacune des garanties est inférieure ou égale à 10%
- L'âge du proposant (à la date de la demande) ou le nouveau montant de garantie ne conduit pas à un changement de tranche d'âge ou un changement de tranche de capital de référence

Dans tous les cas, cette demande est soumise à une nouvelle acceptation de l'Assureur et à l'application d'un délai d'attente.

En cas de réduction des garanties, aucune formalité médicale n'est requise. La demande peut se faire à tout moment. Le changement ne prendra effet qu'à la date anniversaire du contrat.

6.2 : Ajout ou suppression d'une nouvelle garantie ou option

L'Assuré peut demander en cours d'adhésion, à ajouter une nouvelle garantie ou option (sauf l'option Zen Psy) moyennant une révision des cotisations. Cette demande sera soumise aux conditions applicables à une nouvelle adhésion conformément à la Notice valant Note d'Information en vigueur à cette date.

Toute demande d'ajout de garantie ou d'option est subordonnée à des formalités médicales supplémentaires, et / ou à des formalités financières concernant l'Assuré.

Dans tous les cas, cette demande est soumise à une nouvelle acceptation de l'Assureur et à l'application d'un délai d'attente.

En cas de suppression de garantie ou d'option, aucune formalité médicale n'est requise. La demande peut se faire à tout moment. Le changement ne prendra effet qu'à la date anniversaire du contrat. La prime d'assurance sera ajustée en fonction des nouveaux niveaux de garantie.

6.3 : Indexation des garanties et des cotisations

L'Assuré peut demander lors de l'adhésion, à ce que les garanties ainsi que les cotisations soient indexées selon l'indice du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) au premier janvier de chaque année.

Si seules les garanties Décès / PTIA ont été souscrites, il n'y aura pas d'indexation des garanties et des cotisations.

6.4 : Modification du tarif en fonction des résultats du contrat

L'Assureur se réserve la possibilité de modifier en accord avec l'Association, le tarif et/ou les garanties applicables aux Assurés, si les résultats techniques du contrat sont défavorables. Dans ce cas, le Gestionnaire informe l'Assuré, qu'il peut résilier son adhésion dans un délai de trente jours (30) à compter de la réception de l'information. Passé ce délai, l'Assuré accepte l'augmentation des cotisations.

6.5 : Modification du risque

Conformément à l'article L.221-13 du Code de la mutualité, il est de votre responsabilité de déclarer à l'Assureur tout changement de votre situation afin d'ajuster les garanties et les cotisations de votre adhésion selon les cas suivants :

- Tout changement de profession doit faire l'objet d'une nouvelle acceptation de la part de l'Assureur, qui pourra éventuellement demander à l'Assuré de remplir un questionnaire approprié. Après acceptation de l'Assureur, les garanties et les cotisations de votre adhésion seront ajustées en conséquence, ce qui fera l'objet d'un avenant à votre adhésion. Toutefois, en cas de changement de statut social, les garanties de base obligatoires Décès / PTIA toutes causes ou Décès / PTIA accidentels pourront être maintenues, à la demande de l'Assuré, pour une durée maximum de 12 mois à compter du changement de statut, sous réserve du paiement des cotisations correspondantes.
- Votre départ en retraite
- Tout changement de domicile
- La cessation ou le changement d'affiliation au régime obligatoire
- L'évolution de votre situation familiale ainsi que vos revenus

En cas de cessation d'activité professionnelle de l'Assuré, les garanties ITT, IPP, IPT, IP Pro 16% prennent automatiquement fin.



Vous devez nous faire part de ces déclarations en cours de contrat soit :

- **via votre espace client sécurisé**
- **soit par lettre recommandée ou envoi recommandé au Gestionnaire,**

dans un délai de 30 jours à partir du moment où vous en avez connaissance, sous peine des sanctions prévues par l'article L221-14 du Code de la mutualité (nullité de l'adhésion) ou l'article L221-15 (réduction des prestations).

6.6 : Revalorisation des prestations

● Revalorisation du capital à compter du décès :

Sans préjudice des dispositions prévues à l'article L. 223-22-1 du Code de la mutualité, le capital décès est revalorisé par l'Assureur, dans les conditions suivantes.

À compter du décès, le capital garanti en cas de décès produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- la moyenne sur les douze derniers mois du Taux Moyen des Emprunts de l'État français (TME), disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente,
- le dernier Taux Moyen des Emprunts de l'État français (TME) disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

La revalorisation cesse à la date de réception des pièces justificatives nécessaires au règlement (cf article 7) ou le cas échéant à la date de dépôt de ce capital à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article. L223-25-4 du Code de la mutualité.

● Revalorisation des rentes en cours :

Les prestations en cas d'arrêt de travail, rente éducation, rente de Conjoint, rentes viagères servies depuis plus d'un an peuvent être revalorisées chaque année, selon le taux de revalorisation des rentes en cours de services, dans la limite du plafond annuel de la Sécurité sociale, déterminée chaque 1^{er} Juillet.

Dans ce cas, le taux de revalorisation est fixé par l'Assureur.

6.7 : Etendue territoriale des garanties

Les garanties s'exercent dans le monde entier.

• Au sein de l'Union Européenne :

Durée de séjour illimitée.

L'indemnisation en ITT démarre au terme de la franchise souscrite et au plus tôt à compter du rapatriement en France Métropolitaine (**hors Corse et Monaco**), ou dans les DROM et constatation d'une ITT.

En cas d'hospitalisation, l'indemnisation démarre au terme de la franchise souscrite et ne se poursuivra pas au-delà du jour de la sortie de l'hôpital, sauf retour en France Métropolitaine (**hors Corse et Monaco**), ou dans les DROM, et constatation d'une ITT.

• Hors de l'Union Européenne :

Sont exclues des garanties les suites et conséquences, directes ou indirectes :

Les séjours ou les déplacements professionnels à l'étranger, dans les pays ou zones qui au moment du départ, sont « formellement déconseillés » ou « déconseillés sauf raison impérative » par le Ministère des affaires étrangères, quand bien même l'Assuré a une raison impérative de s'y rendre.

L'indemnisation en ITT démarre au terme de la franchise souscrite et au plus tôt à compter du rapatriement en France Métropolitaine (hors Corse et Monaco), ou dans les DROM et constatation d'une ITT.

En cas d'hospitalisation, l'indemnisation démarre au terme de la franchise souscrite et ne se poursuivra pas au-delà du jour de la sortie de l'hôpital, sauf retour en France Métropolitaine (hors Corse et Monaco), ou dans les DROM et constatation d'une ITT.



ARTICLE 7 PRESTATIONS

Les prestations versées au titre des garanties – indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire et rente en cas d'invalidité permanente – ne pourront avoir pour effet de procurer à l'Assuré un revenu supérieur à son revenu professionnel.

Celui-ci est évalué par le maximum entre :

- Le Revenu Professionnel Annuel Net (dividendes compris) moyen, déduction faite des charges liées à l'exercice professionnel, déclaré par l'Assuré à l'Administration Fiscale l'année précédente au titre de l'activité professionnelle mentionnée sur la Demande d'Adhésion.
- Ou la moyenne sur les 3 dernières années le Revenu Professionnel Annuel Net (dividendes compris) moyen, déduction faite des charges liées à l'exercice professionnel, déclaré par l'Assuré à l'Administration Fiscale, au titre de l'activité professionnelle mentionnée sur la Demande d'Adhésion.
- Ou le montant validé sur le procès-verbal de la dernière assemblée générale de l'activité professionnelle mentionnée par l'Assuré sur la Demande d'Adhésion.

Le plafonnement tient compte des prestations éventuellement versées par tout autre régime de prévoyance ou d'assurance obligatoire ou facultatif à déduire.

Le revenu professionnel correspond aux revenus nets imposables hors revenus immobiliers et financiers et hors revenus exceptionnels.

En cas de majoration des garanties en cours d'adhésion, les prestations sont calculées sur la base des garanties en vigueur lors de la première constatation médicale de l'accident ou de la maladie ouvrant droit auxdites prestations.

Les garanties ne doivent pas constituer un enrichissement pour le Bénéficiaire des prestations en cours de vie de l'adhésion.

En cas de baisse de revenus, les prestations seront plafonnées comme décrit ci-dessus, les cotisations restant acquises à l'Assureur.

● Que faire pour percevoir les prestations ?

Les prestations sont payées en France dans les 30 jours suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires pour établir le bien-fondé de la demande de prise en charge.

Les pièces médicales doivent être adressées soit en ligne via l'espace client sécurisé soit sous pli confidentiel à l'intention du médecin conseil de l'Assureur.

L'Assuré, le Bénéficiaire ou vos représentants légaux adressent la demande de règlement accompagnée notamment des pièces justificatives suivantes :

En cas d'incapacité temporaire totale, d'invalidité permanente, d'invalidité professionnelle, PTIA ou capital reconversion

- déclaration « Demande de prestation » ou déclaration de l'Assuré ;
- lors de la demande initiale, un certificat médical détaillé ou une attestation médicale (formulaire à compléter par le médecin) adressé sous pli confidentiel, à l'attention du Médecin-conseil de l'Assureur indiquant la nature de la maladie ou le siège des lésions en cas d'accident, la durée probable de l'ITT qui en résulte ;
- ultérieurement, le cas échéant, dans les quinze jours de sa délivrance, un certificat de prolongation d'arrêt de travail précisant sa durée et son motif, ainsi que le caractère total ou partiel de l'incapacité ;
- le certificat de reprise d'activité à temps partiel thérapeutique, consécutive à un arrêt de travail ;
- lors de la consolidation, un certificat indiquant s'il y a guérison (absence de séquelle) ou si des séquelles fonctionnelles persistent, et apportant, dans ce cas, toutes précisions sur leur nature, leur traitement et, leurs conséquences éventuelles dans la capacité de l'Assuré à exercer son activité professionnelle ;
- les feuillets de décompte ou de notification d'indemnisation du régime obligatoire, bien que nous ne soyons pas liés par les décisions d'un autre organisme ;
- le titre de rente ou la notification d'attribution de la pension d'invalidité si elle est déjà allouée par le Régime Obligatoire de l'Assuré bien que nous ne soyons pas liés par les décisions d'un autre organisme ;
- Le compte rendu des examens spéciaux pratiqués (radiologie, échographies, ...) et, s'il y a lieu, de l'hospitalisation (ou bulletin de situation) précisant les dates d'entrée et de sortie ;
- en cas d'accident, la déclaration indiquant la date et le lieu de l'événement ainsi que les circonstances dans lesquelles il s'est produit ;
- s'il y a lieu, le rapport de police ou le procès-verbal de la gendarmerie pourront être demandés en complément d'information ;
- en cas de PTIA, votre demande écrite formulant votre souhait d'indemnisation au titre de la garantie capital en cas de PTIA telle que définie à l'article 5.1.2 ;
- En cas de prestation sur le mode indemnitaire : les avis d'imposition des 3 dernières années. Aucun justificatif de revenu ne sera nécessaire pour les sinistres déclarés pour des indemnités journalières jusqu'à 170 euros.



L'Assureur n'attendra pas le versement des prestations par le Régime Obligatoire ou par la Sécurité Sociale pour procéder à sa propre indemnisation de l'arrêt de travail. L'Assureur procédera à une évaluation des prestations garanties par le Régime Obligatoire / la Sécurité Sociale, et versera ses prestations en conséquence. A réception des décomptes du Régime Obligatoire, de la Sécurité Sociale ou de tout autre régime de prévoyance ou d'assurance obligatoire ou facultative dont pourrait bénéficier l'Assuré, l'Assureur procédera aux ajustements nécessaires en cas de trop versé de ses prestations à venir ou procédera au recouvrement du trop versé auprès du bénéficiaire. Dans tous les cas contraire, le complément sera versé par l'Assureur.

En cas de décès

- un extrait d'acte de décès de l'Assuré,
- un certificat médical constatant la nature (maladie, accident, suicide, mort violente) et les circonstances du décès,
- en cas de décès accidentel, un rapport de police ou un procès-verbal de gendarmerie.

Pour la rente temporaire de conjoint :

- une photocopie de la pièce d'identité en cours de validité du Conjoint (Carte Nationale d'Identité – Passeport),
- une copie du livret de famille pour le Conjoint marié ou le partenaire de PACS.

Pour la rente éducation :

- une photocopie de la pièce d'identité en cours de validité de l'enfant à charge (Carte Nationale d'Identité – Passeport),
- une copie de la déclaration d'impôts faisant apparaître la notion d'enfant à charge ou tout document officiel permettant de constater le versement d'une pension alimentaire (décision de justice, convention,...),
- un certificat de scolarité pour les enfants de plus de 18 ans et le cas échéant une attestation Pôle emploi pour les enfants à charge de plus de 26 ans.

Pour la garantie Evènements redoutés :

- un certificat médical détaillé établi par le médecin traitant et, le cas échéant, par le médecin spécialiste ayant examiné ou traité la personne assurée, indiquant la maladie affectant la personne assurée, ses origines, la date du 1^{er} diagnostic, et les traitements prescrits,
- en cas d'hospitalisation, un compte-rendu d'hospitalisation.

Pour chaque Bénéficiaire :

- une photocopie de sa pièce d'identité en cours de validité (Carte Nationale d'Identité – Passeport),
- un relevé d'identité bancaire,
- en cas de besoin, un acte de notoriété (pour les Bénéficiaires désignés par leur qualité, par exemple « mes enfants », « mes héritiers » ...).

Dans tous les cas, pour les Conjoints collaborateurs : Si le document n'a pas déjà été remis à l'adhésion, une photocopie, selon le cas, de l'inscription au registre du commerce et des sociétés ou au répertoire des métiers ou au registre des entreprises tenu par les chambres de métiers d'Alsace et de Moselle ou à la section professionnelle.

Dispositions générales

Pour l'ensemble des prestations, l'Assureur pourra également demander toutes les pièces indispensables pour l'application de la législation en vigueur et se réserve le droit de demander toute autre pièce supplémentaire, y compris médicale, nécessaire à l'établissement des droits des Bénéficiaires.

L'Assureur se réserve le droit de demander les justificatifs originaux.

Les documents doivent être transmis à nos services de gestion via l'espace client sécurisé s'il s'agit d'informations administratives et à notre Médecin conseil, soit via l'espace client sécurisé, soit sous pli confidentiel, s'il s'agit d'informations médicales.

Déchéance

Toute déclaration inexacte et intentionnelle sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre entraînerait la perte de tout droit à la prestation pour ce sinistre, sans préjudice d'une éventuelle action judiciaire civile ou pénale.

L'Assuré qui adresserait intentionnellement de faux renseignements ou utiliserait des documents faux ou dénaturés à l'occasion d'une demande de règlement perdrait tout droit à l'assurance. Les prestations ou allocations déjà réglées pour le sinistre en cause devraient alors être remboursées à l'Assureur.

L'Assureur se réserve le droit de procéder à la résiliation du contrat, sans préjudice d'une éventuelle action judiciaire, civile ou pénale.

Assurances multiples

Quand plusieurs assurances contre un même risque sont contractées de manière frauduleuse ou dans l'intention de nous tromper, nous pouvons invoquer la nullité de l'adhésion et demander des dommages et intérêts.

● De quel délai disposez-vous pour déclarer un sinistre ?

Sauf cas fortuit ou de force majeure, tout événement pouvant donner lieu à versement de prestations doit nous être déclaré :

- à l'issue de la franchise pour les garanties en cas d'hospitalisation et d'ITT.
- après la date de consolidation mentionnée sur le certificat médical, pour les garanties en cas d'invalidité permanente
- après la date du décès mentionnée sur l'extrait de l'acte de décès pour les garanties en cas de décès

Non-respect du délai de déclaration

En cas de non-respect du délai de déclaration du sinistre et dans la mesure où l'Assureur peut établir qu'il en résulte un préjudice pour lui, il peut appliquer à l'Assuré la déchéance du droit à indemnisation, s'il est établi que ce retard lui a causé un préjudice (les cotisations



restant dues jusqu'à la date de la déclaration de modification ou de cessation du risque) le droit aux prestations ne s'exerce qu'à compter du jour de réception de la lettre de déclaration sauf si la franchise n'est pas atteinte. Dans ce cas, le délai de franchise s'applique.

● Reconnaissance et contrôles médicaux

Pour bénéficier des prestations en cas d'ITT, d'invalidité ou de PTIA, l'Assuré doit être reconnu, par l'Assureur, en état d'ITT ou d'IPT, d'IPP ou de PTIA selon la définition de la garantie. La reconnaissance par l'Assureur des états d'ITT, d'IPT, d'IPP ou de PTIA est indépendante des décisions d'un tiers au contrat notamment de la Sécurité sociale et des organismes sociaux assimilés ou d'un autre Assureur. La preuve de l'ITT, de l'invalidité, de la PTIA, incombe à l'Assuré.

La constatation médicale de l'état de santé sera effectuée en France, même si cet état est la conséquence d'un accident ou d'une maladie survenu à l'étranger.

Nous nous réservons le droit de demander toute justification qui nous semble nécessaire.

Les renseignements d'ordre médical, doivent rester confidentiels et être adressés, sous pli confidentiel, directement à notre Médecin-conseil.

L'Assureur peut demander à l'Assuré de se soumettre à une expertise médicale pour évaluer son état de santé et recueillir les informations complémentaires que nécessite la gestion du dossier.

Cette expertise est réalisée aux frais de l'Assureur par un médecin mandaté par lui. Les frais de déplacement seront à la charge de l'Assuré. L'Assuré a la possibilité de se faire assister à ses frais par un médecin de son choix.

L'Assuré ne peut se soustraire à cet examen et à la production des documents que l'expert de l'Assureur jugerait utile à la réalisation de sa mission. L'Assureur se réserve le droit d'interrompre le versement des prestations ou de ne pas procéder au règlement de la prestation, en cas de refus.

En cas de contestation d'ordre médical, une expertise contradictoire pourra être organisée à votre demande. Chacune des parties désignera alors un médecin. Si les médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils pourront s'adjoindre un troisième médecin afin de recourir à un arbitrage. Les trois médecins opèrent en commun accord et à la majorité des voix.

Dans cette hypothèse, les parties attendront que le troisième médecin ait déposé son rapport avant de recourir à une éventuelle action judiciaire pour le règlement du litige.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin et, s'il y a lieu, la moitié des honoraires du troisième médecin et de ses frais de nomination.

ARTICLE 8

EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DES GARANTIES

● Garanties Décès (Décès toutes causes, Double effet, Rente Éducation, Rente Viagère de Conjoint) :

Sont exclues des garanties les suites et conséquences, directes ou indirectes :

- du suicide de l'Assuré, quelle qu'en soit la cause, dans les 12 mois suivant la date d'effet de l'adhésion ou la remise en vigueur de celle - ci (ou de toute augmentation de garantie),
- des accidents de la navigation aérienne sauf si l'Assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil

utilisé et une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même,

- des accidents aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essais, vols sur prototype, record ou tentative de record,
- des faits de guerre, de guerre civile ou étrangère, de mouvements populaires ou d'émeutes, d'actes de terrorisme en cas de participation active de l'Assuré et sauf cas d'assistance à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel,
- de la transmutation du noyau de l'atome, tant par fission ou fusion, que par radiation ionisante (sauf pour les professions médicales),
- des accidents ou de maladies dont la survenance ou



la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet de l'adhésion ou de sa remise en vigueur (ou de toute augmentation de garantie). Toutefois, les affections, maladies ou accidents survenus antérieurement à la date d'effet de l'Adhésion et déclarés par l'Assuré lors de son Adhésion sont couvertes sauf s'ils ont été spécifiquement exclus des garanties par l'Assureur. De plus, en cas de reprise à la concurrence, les pathologies apparues entre la date d'acceptation du dossier et la date d'effet du contrat seront couvertes pour autant que la pathologie apparue entre ces deux dates n'ait pas conduit à un arrêt de travail indemnisé par le précédent Assureur.

● Garantie Décès Accidentel :

Sont exclues des garanties les suites et conséquences, directes ou indirectes suivantes :

- ci-dessus définies pour les garanties Décès,
- d'un fait intentionnel de l'Assuré, du Bénéficiaire ou de toute personne à qui l'assurance profiterait,
- de la participation de l'Assuré à un crime ou délit comme co-auteur ou complice,
- de l'usage de drogues, de stupéfiants ou d'hallucinogènes non prescrits médicalement ou au-delà des doses prescrites,
- d'un accident de la circulation alors que l'Assuré conduisait avec un taux d'alcoolémie supérieur à celui autorisé par la réglementation en vigueur.

● Garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Perte Totale et Irréversible d'Autonomie Accidentelle (PTIA Accidentelle), Incapacité Temporaire Totale de Travail, Invalidité Permanente Partielle ou Totale, Exonération, Capital Reconversion, Évènements Redoutés :

Sont exclues des garanties les suites et conséquences, directes ou indirectes suivantes :

- Ci-dessus définies pour la Garantie Décès Accidentel,
- des faits causés ou provoqués intentionnellement par Vous ou le Bénéficiaire ou à l'aide de sa complicité
- de la tentative de suicide de l'Assuré
- des traitements esthétiques et opérations de chirurgie esthétique et leurs conséquences (sauf si l'opération fait suite à un accident garanti), sauf dans le cas d'une chirurgie réparatrice,
- des cures de toute nature, notamment thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement ou d'engraissement, de désintoxication, mêmes effectuées en établissement hospitalier ou lors de séjour en maison de repos.
- des grossesses et accouchements ainsi que les fausses couches sauf s'il s'agit de grossesses pathologiques (la période de congé légal de

maternité étant alors déduite de la période d'Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) en plus de la franchise).

● Limitation des Garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Partielle ou Totale et Exonération :

Les affections psychiatriques de type schizophrénie, troubles psychotiques, troubles anxieux, troubles névrotiques, troubles de l'humeur, troubles délirants, dépressions de toute nature, troubles de la personnalité et du comportement, troubles de l'alimentation les fibromyalgies, les syndromes de fatigue chronique ne sont couverts que si elles conduisent à une hospitalisation supérieure ou égale à 5 jours continus.

Les séjours en établissement de repos ou de convalescence sont totalement exclus. Les hospitalisations à domicile sont bien considérées comme des hospitalisations.

La matérialisation de cette condition n'entraîne pas une indemnisation rétroactive. L'indemnisation intervient à compter de l'expiration de la franchise Hospitalisation, décomptée à partir de la date d'hospitalisation, pour autant que l'hospitalisation dure un minimum de 5 jours. Si l'hospitalisation intervient après l'expiration de la franchise maladie décomptée à partir de la date d'arrêt de travail, l'indemnisation intervient à compter de la date d'hospitalisation, pour autant qu'elle dure au moins 5 jours.

Si l'Hospitalisation a lieu au cours des 3 premiers mois du Sinistre, l'indemnisation commencera à la fin du délai de Franchise Maladie.

Si l'Hospitalisation a lieu au-delà des 3 premiers mois du Sinistre, l'indemnisation commencera à compter du 1^{er} jour d'Hospitalisation.

L'Assuré pourra néanmoins opter pour le rachat de ces limitations au moment de l'Adhésion.

Il est par ailleurs fait application des limitations sportives suivantes :

● Sports Exclus

- les sports pratiqués à titre professionnel ou rémunérés ;
- les paris, défis, raids et tentatives de record ;
- base jump, sky surfing, wingsuit (sky flying).
- saut à l'élastique.

● Sport Exclus et Rachetables

- la boxe et autres sports de combat (sauf pratique amateur et hors compétition) ;
- les compétitions et entraînements préparatoires de sports équestres



- les compétitions et entraînements préparatoires de sport avec usage d'engins à moteur ;
- motonautisme, planche à voile à plus de 1 mille des côtes, yachting au-delà de six milles des côtes (en-deçà de six milles des côtes l'Assuré est garanti sous réserve d'être en conformité avec la réglementation française en vigueur), plongée sous-marine (sauf plongée jusqu'à 40 mètres et pratiquée moins de 20 fois par an et toujours accompagnée, hors exploration de grotte ou épave) ;
- la spéléologie, l'escalade et la varappe (sauf si pratiquée en salle) ;
- l'alpinisme et tous les sports pratiqués en montagne au-delà de 4 000 mètres d'altitude (y compris la pratique du ski ou snowboard hors-piste dans le cas d'accompagnement par un guide ou moniteur habilité. Cette exclusion ne s'applique toutefois pas à la pratique de ski alpin, de fond ou de snowboard sur pistes réglementées, ouvertes et accessibles en remontées mécaniques ;
- le kitesurf, planche à voile, funboard, parachutisme, parapente, bobsleigh, skeleton, saut à ski ou au tremplin, zorbing, VTT de descente ;
- le vol d'essai et vol sur engin non muni de certificat de navigabilité, acrobatie et voltige aérienne, ULM, deltaplane.

Tout ou partie de ces exclusions sportives peut faire l'objet de l'étude par l'Assureur d'un rachat d'exclusion lors de l'Adhésion au Contrat ou en cours de vie de l'Adhésion.

● Initiation ou baptême

- Dans le cadre d'une initiation ou d'un baptême encadré par un personnel qualifié titulaire des brevets ou autorisations réglementaires exigées, les exclusions sportives ci-dessus ne s'appliquent pas.

● Professions et/ou activités exclues :

- Cascadeurs ;
- Chauffeur de poids lourds / chauffeur routier - transporteur / Chauffeur de bus - transport touristique ;
- Convoyeur de fonds ;
- Garde du corps, détective privé, surveillance, métiers de la sécurité ;
- Magnétiseur, radiesthésiste, médium ;
- Marchands forains ;
- Missions humanitaires à l'étranger, journaliste/ reporter, caméraman avec ou sans déplacements à l'étranger ;
- Pilote d'avion, d'hélicoptère ou de prototype, parachutiste ;
- Pompiers professionnels, lutte contre les incendies et autres catastrophes ;

- Profession du cirque ;
- Profession de l'agriculture ;
- Secouriste, sauveteurs en mer ou en montagne, guide ou travailleur de haute montagne, moniteur de ski, guide de chasse / safari ;
- Sportif professionnel, professeur de sport, entraîneur sportif ;
- Transport d'explosifs ou de matières dangereuses ;
- Travail avec manipulation d'explosifs ou de substances chimiques et / ou toxiques ;
- Travail en hauteur supérieure à 20 mètres ;
- Travail en lien avec l'exploitation minière, pétrolière (exploitant offshore/on shore), nucléaire/ atomique ;
- Travail souterrain ou sous-marin, marin pêcheur, docker, arrimeur, garde-côtes, travailleur en haute mer, océanographe ;
- Travail sur site d'exploitation forestière, bûcheron, débardeur, élagueur, garde-chasse, exploitants forestiers, forestier.

L'Assuré ne doit appartenir à aucune de ces professions, et les garanties le concernant cesseront automatiquement si celui-ci changeait de profession au cours de l'assurance pour une des professions ci-dessus.

Par ailleurs, les intermittents du spectacle, les artistes de mode, de cinéma ou de la télévision (mannequin, auteur/écrivain, inventeur, compositeur, politiciens, artistes-peintres) ne pourront adhérer qu'aux garanties de base Décès / PTIA toutes causes.



ARTICLE 9 VOS DROITS

9.1 : Renseignement – Réclamation – Conciliation

En cas de difficulté dans l'application du contrat, l'Assuré peut adresser une réclamation au Gestionnaire, par le biais d'un des canaux de contacts suivants :

- dépôt d'un formulaire de réclamation en ligne, au sein de son espace client sécurisé (Espace Assuré) ;
- courrier adressé au Service Client de Digital Insure Services Digi'Prév TNS - 38 rue la Condamine – 75017- PARIS, en précisant son numéro d'Assuré. Digital Insure Services en accusera réception dans un délai maximum de 10 jours ouvrables (sauf si une réponse a pu être apportée à l'Assuré au cours de ce délai) et répondra à l'Assuré dans un délai maximum de 2 mois après réception, sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées.

En cas de désaccord sur la réponse apportée, l'Assuré pourra saisir le Médiateur CMAP dans le délai d'un an à compter de sa réclamation au Gestionnaire selon les modalités suivantes :

- soit via le formulaire à disposition sur le site du CMAP à l'adresse : www.mediateur-conso.cmap.fr,
- soit par courrier électronique à consommation@cmap.fr
- soit par courrier postal l'adresse suivante : CMAP– Service Médiation de la consommation, 39 avenue Franklin Roosevelt, 75008 Paris.

L'Assuré doit impérativement préciser au CMAP l'objet du litige et lui adresser toutes les pièces du dossier. A défaut, la saisine ne pourra être prise en compte.

Exerçant sa mission gratuitement et en toute indépendance, le Médiateur peut intervenir pour les litiges opposant un particulier à MILTIS et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée. Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les 3 (trois) mois. Cet avis ne lie pas les parties. Il est rappelé que l'Assuré a la possibilité de soumettre tout litige auprès du Tribunal compétent.

9.2 : Renonciation

L'Assuré dispose d'un délai de 30 jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date à laquelle il est informé que l'adhésion a pris effet (date indiquée dans le certificat d'assurance). Ce délai expire le dernier jour à 24 heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

En cas d'exercice du droit de renonciation, la part des cotisations versées correspondant à la période non couverte sera restituée à l'Assuré dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la lettre de renonciation. A compter de l'envoi de cette lettre, l'adhésion au Contrat et les garanties prennent fin.

Cette renonciation doit être notifiée :

- par lettre recommandée à l'adresse suivante : Digi'Prév TNS - 38 rue La Condamine - 75017 - Paris
- soit sur l'espace client sécurisé de l'Assuré
- soit par acte extrajudiciaire
- soit par le même mode de communication que celui utilisé pour la conclusion de l'adhésion

Ou par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L221-10-3 du Code de la mutualité.

En reproduisant le texte indiqué ci-après :

« Je soussigné [Nom et Prénom] demeurant [adresse] déclare renoncer expressément à l'adhésion au contrat Digi'Prév TNS – Prévoyance émise le [date] sous le n° [.....]. Je demande le remboursement des cotisations versées dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la présente lettre.

Date et signature »

La renonciation prend effet à compter de la réception par le Gestionnaire de la demande de renonciation.

En cas de déclaration de sinistre avant l'expiration du délai de 30 jours, l'Assuré conserve son droit à renonciation. Toutefois, en cas d'exercice du droit de renonciation, l'Assureur cessera le versement de toute indemnité à compter de la date d'effet de la renonciation et conservera la cotisation afférente à la garantie mise en jeu et due pour la période pendant laquelle ladite garantie a couru.

Le Gestionnaire adresse à l'Assuré son Certificat d'Adhésion dans un délai maximum de 120 jours décomptés à partir de la date de signature de votre Demande d'Adhésion. Si l'Assuré n'a pas reçu son Certificat dans ce délai, il devra en aviser le Gestionnaire par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse ci-dessus.

Le défaut de remise des documents et informations prévus par l'article L.223-28 du Code de la mutualité entraîne de plein droit, pour l'Assuré de bonne foi, la prorogation du délai de renonciation prévu à l'article L.223-8 du Code de la mutualité jusqu'au trentième jour calendaire révolu



suivant la date de remise effective de ces documents, dans la limite de huit ans à compter de la date à laquelle l'Assuré est informé que son adhésion est conclue.

9.3 : Prescription

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

Aux termes de l'article L.221-11 du Code de la mutualité, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, le délai de prescription ne court :

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

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

La prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les garanties décès, le Bénéficiaire n'est pas l'Assuré et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré.

Aux termes de l'article L221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par l'Assureur à l'Assuré, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Assuré, le Bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Aux termes de l'article L.221-12-1 du Code de la mutualité, par dérogation à l'article 2254

du Code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Causes ordinaires d'interruption de la prescription communes aux organismes relevant du Code de la mutualité.

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme Assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil) ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code civil) ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)] ;
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.

À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil) ;

- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

La prescription est également interrompue en cas de saisine du médiateur.

9.4 : Fiscalité

Les prestations servies sont soumises à la réglementation fiscale en vigueur en France.

9.5 : Protection des données personnelles

Les informations recueillies par le Gestionnaire font l'objet d'un traitement aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat. Des données de santé sont collectées aux fins de l'appréciation du risque ou de la mise en œuvre des garanties souscrites.

Toutes ces informations sont nécessaires au traitement



de votre dossier. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement de votre dossier. Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ou de l'intérêt légitime du responsable de traitement, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude. Il est précisé qu'une fraude avérée pourra conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude et que cette inscription pourra bloquer toute entrée en relation contractuelle avec l'Assureur pendant cinq ans.

Enfin, les données personnelles collectées sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting, d'amélioration des services proposés ou de profilage, sur la base des intérêts légitimes du responsable de traitement. Elles seront conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées, et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur.

Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents de Digital Insure Services (y compris le Médecin-Conseil), l'intermédiaire en assurances, MILTIS, et, le cas échéant, les réassureurs, les fonds de garantie, ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion. Digital Insure Services prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne concernée dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données la concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer pour un motif légitime. En outre, toute personne concernée a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données personnelles applicables après son décès. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à : DPO Digital Insure Services – 38 rue la Condamine – 75017- PARIS ou dpo@digital-insure.fr. Digital Insure Services se chargera de traiter les demandes en se rapprochant, le cas échéant, des destinataires concernés. En cas de désaccord persistant, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 Paris.

Digital Insure Services

SAS au capital de 120 590 €

Courtier en assurances immatriculé à l'ORIAS sous le n° 16000192

RCS : Paris 815 028 162

Siège social : 38 rue La Condamine – 75017 Paris.

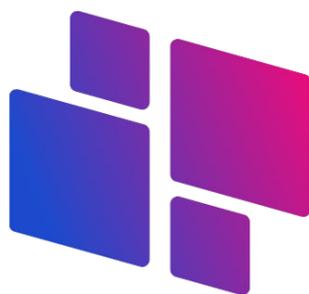
MILTIS – Assureur du contrat

25, cours Albert Thomas – 69003 LYON.

Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité (SIREN n° 417 934 817)

Conditions générales

VALANT NOTICE D'INFORMATION



DigiPrévTNS

Frais Généraux



DigiPrévTNS

Frais Généraux

Le présent document constitue la notice d'information contractuelle prévue par l'article L. 141-4 du Code des assurances. Il reprend les dispositions du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n° DIGIPREV_FG_102022 souscrit par l'Association « Le Collège des Assurés » auprès de **Caisse Entreprises, Collectivités et Courtage Groupama Rhône-Alpes Auvergne**, 50 rue de Saint Cyr – 69009 Lyon – Caisse locale d'Assurances Mutuelles Agricoles ayant souscrit un traité de réassurance emportant substitution auprès de la Caisse régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles de Rhône-Alpes Auvergne – 50 rue de Saint Cyr – 69009 Lyon - 779 838 366 RCS Lyon – Entreprises régies par le Code des assurances et soumises à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09 représentée par Groupe Special Lines, en qualité d'agence de souscription spécialisée, 6-8 rue Jean Jaurès, 92800 Puteaux, S.A.S. au capital de 100 000 EUR dont Groupama Rhône-Alpes Auvergne détient plus de 10 % des parts et des droits de vote - 820 232 163 R.C.S. Nanterre – Intermédiaire immatriculé à l'ORIAS sous le n° 16003981 (<http://www.orias.fr>) - Sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.



Sommaire

LEXIQUE

ARTICLE 1 - OBJET DE LA CONVENTION

ARTICLE 2 - ADHÉSION AU CONTRAT

- 2.1 : Personnes assurables
- 2.2 : Professions ou activités exclues
- 2.3 : Conditions d'adhésion
- 2.4 : Formalités d'adhésion
- 2.5 : Prise d'effet de l'adhésion et des garanties
- 2.6 : Délais d'attente

ARTICLE 3 - VIE ET DURÉE DE L'ADHÉSION

- 3.1 : Durée de l'adhésion
- 3.2 : Indexation des garanties et des cotisations
- 3.3 : Modification des garanties
- 3.4 : Cessation des garanties

ARTICLE 4 - NATURE DE LA GARANTIE

- 4.1 : Base des garanties
- 4.2 : Franchise
- 4.3 : Rechute
- 4.4 : Option « Zen Psy »

ARTICLE 5 - ÉTENDUE TERRITORIALE

ARTICLE 6 - FORMALITÉS MÉDICALES

- 6.1 : Lors de l'adhésion initiale
- 6.2 : En cours de contrat

ARTICLE 7 - LIMITATIONS ET EXCLUSIONS DE GARANTIES

ARTICLE 8 - COTISATIONS

- 8.1 : Calcul des cotisations
- 8.2 : Paiement des cotisations
- 8.3 : Non-paiement des cotisations
- 8.4 : Indexation des cotisations

ARTICLE 9 - PAIEMENT DES PRESTATIONS

- 9.1 : Formalités à accomplir en cas de sinistre
- 9.2 : Contrôle et Expertise
- 9.3 : Remboursement des frais généraux

ARTICLE 10 - DROITS DE L'ADHÉRENT

- 10.1 : Renseignement – réclamation – conciliation
- 10.2 : Renonciation
- 10.3 : Prescription
- 10.4 : Subrogation
- 10.5 : Protection des données personnelles
- 10.6 : Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme (lcb-ft)

5

7

7

7

8

8

8

8

8

9

9

9

9

9

10

10

10

10

10

10

11

11

11

11

12

14

14

14

14

14

14

15

15

15

15

15

16

16

16

16

17

17

17

18



Préambule

Il a été conclu entre :

d'une part, l'association « Le Collège des Assurés »

dont le siège social est situé 38, rue La Condamine
75017 PARIS, associations loi 1901

**et d'autre part, la Caisse Entreprises, Collectivités
et Courtage Groupama Rhône-Alpes Auvergne,**

50 rue de Saint Cyr – 69009 Lyon – Caisse locale d'Assurances
Mutuelles Agricoles ayant souscrit un traité de réassurance
emportant substitution auprès de la Caisse régionale d'Assurances
Mutuelles Agricoles de Rhône-Alpes Auvergne – 50 rue de Saint
Cyr – 69009 Lyon - 779 838 366 RCS Lyon – Entreprises régies
par le Code des assurances et soumises à l'Autorité de Contrôle
Prudentiel et de Résolution : 4 place de Budapest – CS 92459 –
75436 Paris Cedex 09 représentée par Groupe Special Lines, en
qualité d'agence de souscription spécialisée, 6-8 rue Jean Jaurès,
92800 Puteaux, S.A.S. au capital de 100 000 EUR dont Groupama
Rhône-Alpes Auvergne détient plus de 10 % des parts et des droits
de vote - 820 232 163 R.C.S. Nanterre – Intermédiaire immatriculé
à l'ORIAS sous le n ° 16003981 (<http://www.orias.fr>) -
Sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution,
4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.,

ci-après dénommée « **l'Assureur, entreprises soumises aux dispositions
du Code des assurances, des contrats d'assurance de groupe à
adhésion facultative n° DIGIPREV_TNS_FG_102022.**

**Ces contrats sont ouverts aux membres de l'association « Le Collège des Assurés ».
La gestion de ces contrats est déléguée à Digital Insure Services, société de gestion
et de courtage dont le siège social est situé 38, rue La Condamine –
75017 PARIS. Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies
par le droit français et notamment par le Code des assurances.
Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.**



Dispositions générales



LEXIQUE

A Accident :

Atteinte corporelle non intentionnelle de l'Assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérés comme des Accidents et sont donc considérés comme une maladie, les pathologies du rachis notamment lumbago, sciatiques, hernies pariétales, musculaires et discales etc. alors même que ces affections seraient d'origine traumatique. De même, les crises d'épilepsie, de delirium tremens, les affections d'origine neuropsychique, les ruptures d'anévrisme, les infarctus du myocarde, les embolies cérébrales ou hémorragies méningées ne sont pas considérés comme des Accidents.

Adhérent :

C'est le signataire du contrat, il s'engage auprès de l'assureur à effectuer le versement des cotisations. Il est aussi désigné comme l'Assuré.

Affections psychiques :

Sont considérées comme des affections psychiques, les affections suivantes : psychiatriques de type schizophrénie, troubles psychotiques, troubles anxieux, troubles névrotiques, troubles de l'humeur, troubles délirants, dépressions de toute nature, troubles de la personnalité et du comportement, troubles de l'alimentation, les fibromyalgies, les syndromes de fatigue chronique.

Assuré :

Personne physique sur laquelle repose le risque.

Assureur :

Caisse Entreprises, Collectivités et Courtage Groupama Rhône-Alpes Auvergne.

B Bénéficiaire :

L'Entreprise est bénéficiaire de la prestation.

C Certificat d'adhésion :

Document qui définit les caractéristiques du contrat en fonction des choix exprimés par l'Adhérent sur sa demande d'adhésion et ses formalités d'adhésion. Il précise, entre autres, le nom du bénéficiaire et les garanties accordées.

Conditions générales / Notice d'information :

Les conditions générales, ensemble de clauses communes à un contrat d'assurance, sont remises sous forme de Notice d'information avant la conclusion du contrat.

Conjoint :

- si vous êtes marié(e) : votre époux ou épouse non divorcé(e), ni séparé(e) de corps par un jugement définitif ;
- si vous êtes pacsé(e) : votre partenaire avec lequel vous avez conclu un Pacte Civil de Solidarité en vigueur à la date du sinistre.
- Si vous vivez en concubinage : votre concubin notoire pourra être considéré comme ayant la qualité de Conjoint s'il est désigné comme bénéficiaire en cas de décès sur votre Demande d'adhésion et si justification de sa qualité est faite.

Conjoint collaborateur :

Personne travaillant bénévolement dans l'entreprise de son Conjoint, marié, pacsé ou vivant en concubinage avec ce dernier, et ayant choisi le statut de collaborateur non rémunéré défini par le décret N° 2006 - 966 du 1^{er} Août 2006 (les Conjoints salariés ou associés ne peuvent prétendre à ce statut).

Créateur :

L'Assuré est considéré comme un créateur si son activité professionnelle a été créée dans les 24 mois précédant l'adhésion.

Cumul emploi - retraite :

Situation où l'assuré qui a liquidé l'ensemble de ses droits à la retraite, perçoit ses pensions de retraite - de base et complémentaire, et exerce par ailleurs une activité professionnelle qui lui procure un revenu.

D Date de conclusion du contrat :

Date apposée sur le certificat d'adhésion. L'émission par l'assureur du certificat d'adhésion matérialise la conclusion du contrat.



Date d'effet des garanties :

Date à partir de laquelle l'Adhérent a choisi de bénéficier des garanties qu'il a souscrites. Cette date est reportée dans le certificat d'adhésion. Elle ne peut pas être antérieure à la date de conclusion du contrat.

Délai d'attente :

Pour une garantie souscrite donnée, période durant laquelle cette garantie n'est pas en vigueur. Le point de départ de cette période est la date de prise d'effet de l'adhésion.

Toutes affections ou maladies apparues pendant ce délai ainsi que toutes leurs suites et conséquences sont définitivement exclues des garanties concernées.

Cette disposition s'applique, d'une part, à toute nouvelle adhésion et, d'autre part, à tout avenant ayant pour but d'augmenter les garanties précédemment accordées.

Dans le cas d'une augmentation de garantie, le point de départ du délai d'attente pour les nouveaux montants garantis est la date d'effet de l'avenant.

Pendant le délai d'attente, l'assuré continue de bénéficier des garanties pour les montants qui lui étaient précédemment accordés.

F Franchise :

Nombre minimum de jours consécutifs d'incapacité de l'Assuré au-delà duquel l'indemnisation peut commencer. Pendant cette période, les prestations ne sont pas dues.

G Gestionnaire :

Il s'agit de Digital Insure Services, organisme gestionnaire du présent contrat, agissant pour le compte de l'Assureur.

H Hospitalisation :

Séjour de l'assuré au titre d'un accident, d'une maladie dans un établissement hospitalier public, privé (conventionné ou agréé par la Sécurité sociale française ou son équivalent dans un autre pays) ou à domicile d'au moins 24 heures ou une hospitalisation de jour pour autant que cela concerne une intervention chirurgicale avec une anesthésie.

I Incapacité Temporaire Totale de Travail :

Impossibilité complète et continue, médicalement constatée par l'assureur, résultant d'une maladie ou d'un accident, de se livrer temporairement à son activité professionnelle exercée au moment du sinistre, même à temps partiel (hors temps partiel thérapeutique). L'activité professionnelle exercée au moment du sinistre, doit avoir été déclarée à l'adhésion ou modifiée ultérieurement par avenant. L'assuré ne doit exercer aucune autre activité ou occupation même de surveillance ou de direction susceptible de lui rapporter gain ou profit.

M Maladie :

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale.

N Nous :

« Nous » fait toujours référence à l'Assureur.

R Rechute :

Nouvelle manifestation d'une maladie ou des suites et conséquences d'un accident ayant déjà donné lieu à une indemnisation.

Repreneur :

L'Assuré est considéré comme un repreneur si la reprise de l'entreprise a été effectuée dans les 24 mois qui précèdent l'adhésion.

S Sinistre :

Réalisation de l'événement couvert par l'adhésion et susceptible d'entraîner l'indemnisation (sauf exclusions prévues au présent contrat) par l'Assureur.

V Vous :

« Vous » fait toujours référence à l'Adhérent.



ARTICLE 1

OBJET DE LA CONVENTION

Le présent contrat a pour objet de garantir au bénéficiaire des prestations qui a son siège social en France Métropolitaine ou dans les DROM à l'exclusion de Mayotte, Corse, Monaco et de la Nouvelle Calédonie, le remboursement de tout ou partie de ses Frais Généraux Professionnels Permanents en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail de l'assuré par suite de maladie ou d'accident.

On entend par Frais Généraux Permanents l'ensemble des frais professionnels fixes et des dépenses ayant un caractère récurrent dans l'activité professionnelle du bénéficiaire des prestations.

Sont ainsi admises les dépenses suivantes sur justificatif :

- Les dépenses d'eau, gaz, électricité, chauffage, téléphone, loyer et charges des locaux professionnels ;
- Les intérêts et taxes payés sur les traites de financement des locaux professionnels sous réserve qu'elles ne soient pas garanties par un contrat d'assurance des emprunteurs ;
- Les taxes et impôts professionnels ;
- Le coût des locations de matériel et mobilier (y compris crédit- bail) ;
- Les primes d'assurances professionnelles ;
- Les salaires des salariés de l'Assuré (charges et avantages en nature inclus) ;
- Les charges sociales personnelles obligatoires de l'Assuré ;

- Les frais de voyages et déplacements ;
- Les frais de réception, de représentation et de congrès ;
- Les honoraires comptables ;
- Les pertes par dépréciation des matières consommables ;
- Les cotisations syndicales et professionnelles.

N'entrent pas dans les frais généraux :

- **La rémunération de l'Assuré quel que soit le mode de rémunération ;**
- **La rémunération du personnel intérimaire ;**
- **Les frais d'acquisition de toute matière consommable, marchandises, fournitures, petit outillage...**
- **L'ensemble des frais ne présentant pas un caractère récurrent dans le temps (frais exceptionnels, frais d'actes, de contentieux, amendes, agios, pertes diverses, ...)** ;
- **Les mensualités de remboursement de prêt pour l'acquisition d'immobilisation corporelles ou incorporelles sous réserve qu'elles ne soient pas garanties par un contrat d'assurance des emprunteurs;**
- **La TVA pour les sociétés qui y sont assujetties ;**
- **Le salaire du remplaçant.**

ARTICLE 2

ADHÉSION AU CONTRAT

L'Adhérent au contrat Digi'Prév TNS - Frais Généraux est obligatoirement l'Assuré non salarié de l'entreprise bénéficiaire des prestations.

2.1 : Personnes assurables

Peuvent être assurées les personnes physiques exerçant une activité professionnelle en tant que :

- Travailleur non salarié, profession libérale (y compris

profession médicale ou paramédicale), commerçant, artisan ;

- gérant majoritaire relevant des formes juridiques suivantes : Société à responsabilité limitée (SARL), Société d'exercice libéral (SELARL, SELURL), Entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée (EURL), Exploitation agricole à responsabilité limitée (EARL), Société en nom collectif (SNC), Société d'exercice libéral en commandite par actions (SELCA), Sociétés en participation ;



Pour être assurées, les personnes doivent :

- être âgées de moins de **67 ans**, exercer et résider en France métropolitaine ou dans les DROM-COM, à l'exclusion de Mayotte, de la Corse, de Monaco et de la Nouvelle Calédonie.
- avoir répondu favorablement aux formalités médicales et financières.

2.2 : Professions ou activités exclues

Les salariés, les gérants minoritaires et égalitaires n'ont pas accès au contrat Digi'Prév TNS - Frais Généraux ainsi que les personnes exerçant les professions et activités ci-dessous :

- Cascadeur ;
- Chauffeur de poids lourds - chauffeur routier - transporteur - Chauffeur de bus - transport touristique ;
- Convoyeur de fonds ;
- Garde du corps, détective privé, surveillance, sécurité (agent de sécurité, maître-chien, vigiles) ;
- Magnétiseur, radiesthésiste, médium ;
- Marchand forain ;
- Missions humanitaires à l'étranger (infirmier/ médecin/vétérinaire sans frontières, missionnaires), journaliste/ reporter, caméraman avec ou sans déplacements à l'étranger ;
- Pilote d'avion, d'hélicoptère ou de prototype, parachutiste ;
- Pompier professionnel, lutte contre les incendies et autres catastrophes ;
- Professions du cirque ;
- Profession de l'agriculture ;
- Secouriste, sauveteur en mer ou en montagne, guide ou travailleur de haute montagne, moniteur de ski, guide de chasse / safari ;
- Sportif professionnel, professeur de sport, entraîneur sportif (moniteur de sport, moniteur de voile) ;
- Transport d'explosifs ou de matières dangereuses ;
- Travail avec manipulation d'explosifs ou de substances chimiques et / ou toxiques (désinfection, dératisation, artificier, pyrotechnicien, pisteur-artificier, démolisseur) ;
- Travail en hauteur supérieure à 20 mètres (monteur d'échafaudages et de grues) ;
- Travail en lien avec l'exploitation minière (mineur, mineur de fond, mineur de surface), pétrolière (exploitant offshore/on shore), nucléaire/ atomique ;
- Travail souterrain ou sous-marin, marin pêcheur, docker, arrimeur, garde-côtes, travailleur en haute mer, océanographe ;
- Travail sur site d'exploitation forestière, bûcheron, débardeur, élagueur, garde-chasse, exploitants forestiers, forestier.

- **Les intermittents du spectacle les artistes de mode, de cinéma ou de télévision (mannequin, auteur/écrivain, inventeur, compositeur, politiciens, artistes-peintres) sont exclus.**

L'Assuré ne doit appartenir à aucune de ces professions, et les garanties le concernant cesseront automatiquement si celui-ci changeait de profession au cours de l'assurance pour une des professions ci-dessus.

2.3 : Conditions d'adhésion

L'adhésion à la garantie Frais Généraux est facultative et n'est possible qu'en complément des garanties prévoyance de Digi'Prév TNS. Elle peut être souscrite ultérieurement à l'adhésion initiale. **En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, l'assuré s'expose à la nullité de l'adhésion, conformément aux articles L. 113-8 du Code des Assurances.**

En cas d'omission ou de déclaration inexacte, il peut être fait application des articles L. 113-9 et L113-4 du Code des Assurances.

2.4 : Formalités d'adhésion

L'Adhérent doit compléter, dater et signer une Demande d'adhésion et se soumettre aux formalités médicales exigées (voir Article 6).

2.5 : Prise d'effet de l'adhésion et des garanties

Sous réserve du paiement de la première cotisation et de l'acceptation médicale du risque par l'Assureur, les garanties prennent effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion.

2.6 : Délais d'attente

Le droit aux prestations de la garantie Frais Généraux est acquis :

- dès la prise d'effet de l'adhésion en cas d'accident ;
- 90 jours après la date d'adhésion en cas de maladie ;
- 12 mois après la date d'adhésion lorsque l'arrêt de travail est dû à une pathologie d'origine psycho-pathologique (y compris la fibromyalgie) sous réserve des dispositions de l'article 4.4 « Option Zen Psy » de la présente Notice
- 9 mois en cas de souscription postérieure à l'adhésion au contrat Digi'Prév TNS Prévoyance.

Les suites et conséquences des affections, maladies s'étant manifestées pendant le délai d'attente sont définitivement exclues des garanties.

Dans le cas d'augmentation ou d'ajout de garantie(s) : les délais d'attente s'appliquent de nouveau, mais uniquement sur le différentiel de garantie résultant de la modification, ou sur la (les) nouvelle(s) garantie(s) choisie(s).



Abrogation des délais d'attente : Les délais d'attente seront abrogés par l'Assureur si vous pouvez justifier avoir bénéficié d'un autre contrat de même nature et si la résiliation de ce contrat est le fait de l'Assuré. L'abrogation des délais d'attente s'exerce à hauteur des garanties (nature et montant) précédemment souscrites et résiliées

depuis moins de trois mois décomptés à partir de la date d'effet de l'adhésion (sur présentation du certificat de radiation et des dispositions particulières du contrat antérieur), et dans la limite des garanties souscrites lors de la présente adhésion.

ARTICLE 3

VIE ET DURÉE DE L'ADHÉSION

3.1 : Durée de l'adhésion

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction à date anniversaire.

3.2 : Indexation des garanties et des cotisations

L'Adhérent peut demander, lors de l'adhésion, à ce que les garanties ainsi que les cotisations soient indexées selon l'indice du plafond annuel de la sécurité sociale (PASS) au premier janvier de chaque année.

3.3 : Modification des garanties

L'Adhérent peut demander une augmentation de garantie qui sera étudiée par l'Assureur et soumise à des formalités médicales et / ou financières.

Des formalités médicales ne seront pas nécessaires et aucun délai d'attente ne sera appliqué lorsque les conditions suivantes sont réunies :

- L'acceptation de l'adhésion a été faite avec une surprime maximale limitée à 50% et sans exclusion
- L'adhésion a moins de 5 ans d'ancienneté
- L'augmentation annuelle demandée pour chacune des garanties est inférieure ou égale à 10%
- L'âge du l'Assuré (à la date de la demande) ou le nouveau montant de garantie ne conduit pas à un changement de tranche d'âge ou un changement de tranche de capital de référence

Dans tous les autres cas, cette demande est soumise à une nouvelle acceptation de l'assureur et à l'application d'un délai d'attente.

En cas de réduction des garanties, aucune formalité médicale n'est requise. La demande peut se faire à tout moment. Le changement ne prendra effet qu'à la date anniversaire du contrat.

3.4 : Cessation des garanties

La cessation de l'adhésion met fin à l'ensemble des garanties.

L'adhésion cesse dans les cas suivants :

- Dès que l'Assuré cesse d'appartenir à l'association « Le Collège des Assurés » ;
- En cas de dénonciation de la convention par l'association « Le Collège des Assurés » ou par l'Assureur à échéance annuelle ;
- En cas de résiliation de l'Adhérent aux garanties prévoyance de Digi'Prév TNS – Prévoyance ;
- En cas d'exercice de la faculté de renonciation ;
- En cas de résiliation de l'Adhérent, celle-ci doit être notifiée au moins 2 mois avant la date d'échéance annuelle figurant sur le certificat d'adhésion. Ce délai court à partir de la date d'envoi de la lettre recommandée figurant sur le cachet de la poste ou de la date d'expédition ou de la remise de la notification telle que prévue ci-avant ;
- En cas de non-paiement des cotisations ;
- Lorsque l'Assuré cesse d'exercer la profession déclarée à l'adhésion des présentes garanties ou à la date à laquelle l'entreprise cesse son activité ;
- Au plus tard le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré ;
- En cas d'invalidité ;
- En cas de Décès / PTIA toutes causes ;



ARTICLE 4

NATURE DE LA GARANTIE

4.1 : Base des garanties

La base de garanties est exprimée en euros par jour. Elle ne peut être supérieure au montant réel des Frais Généraux Permanents journaliers.

Lorsque plusieurs personnes sont associées pour l'exercice d'une activité dépendant d'une structure de gestion et d'exploitation commune, il conviendra de prendre en considération le montant des frais généraux incombant à chacune, proportionnellement à son engagement financier dans la structure, afin de déterminer exactement le montant de la garantie pouvant être souscrite, dans la limite indiquée dans le certificat d'adhésion.

Le service de la prestation Frais Généraux est subordonné à un état d'Incapacité Temporaire Totale de Travail de l'assuré.

4.2 : Franchise

Plusieurs niveaux de franchise sont proposés, avec un nombre de jours adapté pour chacune des trois natures de risque, maladie / accident / hospitalisation.

Le niveau de franchise retenu est reporté sur la demande d'adhésion et le certificat d'adhésion.

En cas de souscription de la garantie FGP sans la souscription de la garantie ITT, la seule franchise disponible sera 90/90/90. Toutes les autres conditions de cette garantie (les exclusions, limitations de garanties, conditions de rechute, définition du montant garanti...), son strictement identiques à celles de la garantie ITT.

4.3 : Rechute

Lorsqu'une même maladie ou un même accident indemnisé entraîne un second arrêt consécutif, il n'est pas fait application à nouveau de la franchise, sous réserve que la reprise de l'activité ne soit pas supérieure à 3 mois, et que l'adhésion soit toujours en vigueur. Dans le cas contraire, l'indemnisation débutera après expiration du délai de franchise choisi. Si ce nouvel arrêt est lié aux conséquences d'un accident déjà indemnisé, c'est la franchise maladie qui s'applique.

4.4 : Option « Zen Psy »

Cette option a pour objet de prendre en charge les affections psychiques sans condition d'hospitalisation préalable et sous réserve de l'application de la franchise sélectionnée par l'Adhérent, dans le cadre d'un arrêt de travail entraînant une Incapacité Temporaire Totale de Travail ou une invalidité Permanente.

L'option « Zen Psy » est commune au contrat de prévoyance Digi'Prév TNS – Prévoyance et au présent contrat. Cela signifie qu'elle ne peut être souscrite en Frais Généraux que si elle a été souscrite en Prévoyance, et réciproquement si l'option a été résiliée en Prévoyance, elle sera de facto résiliée en Frais Généraux.

L'Option « Zen Psy » doit être souscrite au moment de l'adhésion et ne peut être souscrite en cours de contrat.

Cette option permet de supprimer les conditions d'hospitalisation psychiques listées à l'article 7 et de réduire le délai d'attente de 365 jours à 90 jours tel que défini à l'article 2.6.



ARTICLE 5

ÉTENDUE TERRITORIALE

Les garanties s'exercent dans le monde entier.

**Au sein de l'Union Européenne :
Durée de séjour illimitée.**

L'indemnisation en ITT démarre au terme de la franchise souscrite et au plus tôt à compter du rapatriement en France Métropolitaine (hors Corse et Monaco), ou dans les DROM et constatation d'une ITT.

En cas d'hospitalisation, l'indemnisation démarre au terme de la franchise souscrite et ne se poursuivra pas au-delà du jour de la sortie de l'hôpital, sauf retour en France Métropolitaine (hors Corse et Monaco), ou dans les DROM-COM (hors Nouvelle Calédonie et Mayotte), et constatation d'une ITT.

Hors de l'Union Européenne :

Sont exclues des garanties les suites et conséquences, directes ou indirectes des séjours ou les déplacements

professionnels à l'étranger, dans les pays ou zones qui au moment du départ, sont « formellement déconseillés » ou « déconseillés sauf raison impérative » par le Ministère des affaires étrangères, quand bien même l'assuré a une raison impérative de s'y rendre.

L'indemnisation en ITT démarre au terme de la franchise souscrite et au plus tôt à compter du rapatriement en France Métropolitaine (hors Corse et Monaco), ou dans les DROM-COM (hors Nouvelle Calédonie et Mayotte) et constatation d'une ITT.

En cas d'hospitalisation, l'indemnisation démarre au terme de la franchise souscrite et ne se poursuivra pas au-delà du jour de la sortie de l'hôpital, sauf retour en France Métropolitaine (hors Corse et Monaco) ou dans les DROM-COM (hors Nouvelle Calédonie et Mayotte) et constatation d'une ITT.

ARTICLE 6

FORMALITÉS MÉDICALES

6.1 : Lors de l'adhésion initiale

Aucune formalité médicale complémentaire à celles demandées dans le cadre de l'adhésion aux garanties Digi'Prév TNS – Prévoyance n'est exigée. Les formalités médicales seront déterminées en fonction du niveau de la garantie souscrite.

6.2 : En cours de contrat

Formalités médicales applicables en cas de souscription ultérieure de la garantie Frais Généraux ou en cas d'augmentation de la base des garanties.

Des formalités médicales complémentaires seront réclamées en fonction de la base des garanties Frais Généraux souscrite.

En cas d'augmentation de la franchise : aucune formalité médicale ne s'applique.



ARTICLE

7

LIMITATIONS ET EXCLUSIONS DE GARANTIES

● **Sont exclues des garanties les suites et conséquences, directes ou indirectes suivantes :**

- du suicide de l'Assuré, quelle qu'en soit la cause, dans les 12 mois suivant la date d'effet de l'adhésion ou la remise en vigueur de celle-ci (ou de toute augmentation de garantie),
- des accidents de la navigation aérienne sauf si l'Assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé et une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même,
- des accidents aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essais, vols sur prototype, record ou tentative de record,
- des faits causés ou provoqués intentionnellement par Vous ou le Bénéficiaire ou à l'aide de sa complicité,
- des faits de guerre, de guerre civile ou étrangère, de mouvements populaires ou d'émeutes, d'actes de terrorisme en cas de participation active de l'Assuré et sauf cas d'assistance à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel,
- de la transmutation du noyau de l'atome, tant par fission ou fusion, que par radiation ionisante (sauf pour les professions médicales),
- des accidents ou de maladies dont la survenance ou la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet de l'adhésion ou de sa remise en vigueur (ou de toute augmentation de garantie). Toutefois, les affections, maladies ou accidents survenus antérieurement à la date d'effet de l'Adhésion et déclarés par l'Assuré lors de son Adhésion sont couvertes sauf s'ils ont été spécifiquement exclus des garanties par l'Assureur. De plus, en cas de reprise à la concurrence, les pathologies apparues entre la date d'acceptation du dossier et la date d'effet du contrat seront couvertes pour autant que la pathologie apparue entre ces deux dates n'ait pas conduit à un arrêt de travail indemnisé par le précédent Assureur,
- de l'usage de drogues, de stupéfiants ou d'hallucinogènes non prescrits médicalement ou au-delà des doses prescrites,
- d'un accident de la circulation alors que l'Assuré conduisait avec un taux d'alcoolémie supérieur à celui autorisé par la réglementation en vigueur,
- des traitements esthétiques et opérations de chirurgie esthétique et leurs conséquences (sauf si

l'opération fait suite à un accident garanti), sauf dans le cas d'une chirurgie réparatrice,

- des cures de toute nature, notamment thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement ou d'engraissement, de désintoxication, mêmes effectuées en établissement hospitalier ou lors de séjour en maison de repos,
- des grossesses et accouchements ainsi que les fausses couches sauf s'il s'agit de grossesses pathologiques (la période de congé légal de maternité étant alors déduite de la période d'Incapacité Temporaire Totale de Travail (ITT) en plus de la franchise).

Il est par ailleurs fait application des limitations sportives suivantes :

● **Sports Exclus**

- les sports pratiqués à titre professionnel ou rémunérés ;
- les paris, défis, raids et tentatives de record ;
- base jump, sky surfing, wingsuit (sky flying) ;
- saut à l'élastique.

● **Sport Exclus et Rachetables**

- boxe et autres sports de combat (sauf pratique amateur et hors compétition) ;
- les compétitions et entraînements préparatoires de sports équestres ;
- les compétitions et entraînements préparatoires de sport avec usage d'engins à moteur ;
- motonautisme, planche à voile à plus de 1 mille des côtes, yachting au-delà de six milles des côtes (en-deçà de six milles des côtes l'assuré est garanti sous réserve d'être en conformité avec la réglementation française en vigueur), plongée sous-marine (sauf plongée jusqu'à 40 mètres et pratiquée moins de 20 fois par an et toujours accompagnée, hors exploration de grotte ou épave) ;
- la spéléologie, l'escalade et la varappe (sauf si pratiquée en salle) ;
- l'alpinisme et tous les sports pratiqués en montagne au-delà de 4000 mètres d'altitude (y compris la pratique du ski ou snowboard hors-piste dans le cas d'accompagnement par un guide ou moniteur habilité. Cette exclusion ne s'applique



toutefois pas à la pratique de ski alpin, de fond ou de snowboard sur pistes réglementées, ouvertes et accessibles en remontées mécaniques ;

- le kitesurf, planche à voile, funboard, parachutisme, parapente, bobsleigh, skeleton, saut à ski ou au tremplin, zorbing, VTT de descente ;
- vol d'essai et vol sur engin non muni de certificat de navigabilité, acrobatie et voltige aérienne, ULM, deltaplane.

Tout ou partie de ces exclusions sportives peut faire l'objet de l'étude par l'Assureur d'un rachat d'exclusion lors de l'Adhésion au Contrat ou en cours de vie de l'Adhésion.

Pratique Ponctuelle :

- Dans le cadre d'une pratique ponctuelle, d'une initiation ou d'un baptême encadrés par un personnel qualifié titulaire des brevets ou autorisations réglementaires exigées, les exclusions sportives ci-dessus ne s'appliquent pas.

● Limitations :

Les affections psychiatriques de type schizophrénie, troubles psychotiques, troubles anxieux, troubles névrotiques, troubles de l'humeur, troubles délirants, dépressions de toute nature, troubles de la personnalité et du comportement, troubles

de l'alimentation ne sont couvertes que si elles conduisent à une hospitalisation supérieure ou égale à 5 jours continus.

Les séjours en établissement de repos ou de convalescence sont totalement exclus. Les hospitalisations à domicile sont bien considérées comme des hospitalisations.

La matérialisation de cette condition n'entraîne pas une indemnisation rétroactive. L'indemnisation intervient à compter de l'expiration de la franchise Hospitalisation, décomptée à partir de la date d'hospitalisation, pour autant que l'hospitalisation dure un minimum de 5 jours.

Si l'hospitalisation intervient après l'expiration de la franchise maladie décomptée à partir de la date d'arrêt de travail, l'indemnisation intervient à compter de la date d'hospitalisation, pour autant qu'elle dure au moins 5 jours.

Si l'Hospitalisation a lieu au cours des trois (3) premiers mois du Sinistre, l'indemnisation commencera à la fin du délai de Franchise Maladie.

Si l'Hospitalisation a lieu au-delà des trois (3) premiers mois du Sinistre, l'indemnisation commencera à compter du premier jour d'Hospitalisation.

L'Assuré pourra néanmoins opter pour le rachat de ces limitations au moment de l'Adhésion.



ARTICLE 8 COTISATIONS

8.1 : Calcul des cotisations

Les cotisations sont fixées en fonction des paramètres suivants :

- l'âge de l'Assuré à l'adhésion ;
- l'activité professionnelle de l'Assuré ;
- le régime obligatoire ;
- le lieu de résidence fiscale ;
- les taux de taxe sur les conventions d'assurance en vigueur. Ils pourront être révisés de plein droit par l'assureur en cas de modification des taxes en vigueur ou de l'instauration de nouvelles impositions applicables à la convention ;
- les garanties et franchises accordées avec les éventuelles surprimes et majorations.

Ces montants figureront sur la communication annuelle.

8.2 : Paiement des cotisations

Le montant de chaque cotisation périodique est égal au montant de la cotisation annuelle associée, majoré des frais d'échéance constitués des frais d'adhésion à l'association « Le Collège des assurés » et des frais de dossier et divisé par le nombre de règlements choisi (mensuel, trimestriel, semestriel, annuel) par an.

Les cotisations sont payables d'avance par prélèvement automatique sur le compte bancaire de l'Adhérent. L'Adhérent choisit la fréquence de ses règlements au moment de l'adhésion.

En cas d'incident de paiement des cotisations, des frais de gestion des impayés peuvent être prélevés.

Des frais de courtage supplémentaires peuvent être également prélevés par votre intermédiaire d'assurance à la finalisation du dossier.

8.3 : Non-paiement des cotisations

Conformément à l'article L113-3 du Code des Assurances, en cas de non-paiement de la prime ou d'une fraction de cette prime, dans les 10 (dix) jours de son échéance, l'assureur adresse une mise en demeure par lettre recommandée avec avis de réception à l'Adhérent,

ouvrant un nouveau délai de 40 jours, au terme duquel, en cas de non-paiement de la prime échue, ainsi que des primes éventuellement venues à échéance au cours dudit délai, le contrat sera résilié de plein droit à compter du 41^e jour.

Tous les frais subis par l'assureur du fait de la défaillance du prélèvement, seront imputés à l'Adhérent qui en assumera seul la charge.

Le cas échéant, l'assureur informera le bénéficiaire acceptant dès le premier incident de paiement.

8.4 : Indexation des cotisations

L'Adhérent peut demander lors de l'adhésion, à ce que les cotisations soient indexées selon l'indice du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS) au premier janvier de chaque année.



ARTICLE 9

PAIEMENT DES PRESTATIONS

9.1 : Formalités à accomplir en cas de sinistre

Sauf cas fortuit ou de force majeure, tout événement pouvant donner lieu à versement de prestations doit nous être déclaré au plus tard dans un délai de 30 jours avec les éléments suivants :

- la déclaration d'incapacité de travail fournie par Digital Insure Services et complétée par l'assuré (**En cas d'accident, la date, l'heure, les circonstances et le lieu de survenance de celui-ci doivent bien être renseignés**) ;
- le certificat médical prescrivant l'arrêt de travail, ou s'il y a lieu, le bulletin d'hospitalisation ;
- les éléments comptables nécessaires au calcul du montant des frais généraux, ainsi que la copie du dernier compte de résultat du bénéficiaire des prestations ;
- toute autre pièce nécessaire à l'étude du dossier.

L'assureur peut demander à tout moment, à ses frais, de mener un examen médical ou un contrôle en vue du versement ou de la continuité du versement des prestations. Par ailleurs, l'assuré doit fournir toutes pièces justificatives que le médecin-conseil de l'assureur jugera utile.

Toute prolongation d'arrêt de travail doit être signalée au Gestionnaire dans les plus brefs délais.

Non-respect du délai de déclaration

À défaut de déclaration dans le délai imparti, le délai de franchise commencera à courir à compter du jour de la réception de la déclaration à Digital Insure Services.

Si la déclaration est réalisée après la reprise du travail, aucune prestation ne sera versée.

En cas de non-respect du délai de déclaration du sinistre et dans la mesure où nous pouvons établir qu'il en résulte un préjudice pour nous, le droit aux prestations ne s'exerce qu'à compter du jour de réception de la lettre de déclaration sauf si la franchise n'est pas atteinte. Dans ce cas, le délai de franchise s'applique.

9.2 : Contrôle et Expertise

L'Assuré doit fournir toutes pièces justificatives et se prêter à toute expertise ou à tout examen demandé par l'Assureur. Dans tous les cas et à tout moment, les médecins experts désignés par l'Assureur ont libre accès auprès de l'assuré afin de pouvoir constater son état de santé.

En cas de refus de l'assuré de se soumettre à un examen médical ou une expertise ou de transmettre les documents demandés, le versement des prestations sera suspendu.

L'attention de l'assuré est attirée sur l'absence de lien entre les décisions de son régime obligatoire relatives à l'incapacité et l'invalidité et celles de l'assureur dans les mêmes domaines.

Les décisions des régimes obligatoires sont inopposables à l'assureur.

En cas de désaccord, sur l'état de santé de l'assuré, il peut être procédé à une expertise amiable et contradictoire entre le médecin de l'assureur et celui de l'assuré. Si ces deux médecins ne peuvent parvenir à des conclusions communes, les deux parties peuvent choisir un 3^{ème} médecin pour les départager.

À défaut d'entente sur le choix de cet expert amiable, la désignation est faite par le président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré.

L'expert amiable est nécessairement choisi sur la liste des experts judiciaires.

Chaque partie convient d'accepter les conclusions de cette expertise et supporte les honoraires de son médecin ainsi que, par moitié, les honoraires du troisième médecin et, s'il y a lieu, les frais relatifs à sa nomination.

Les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que l'expertise amiable n'a pas eu lieu.

9.3 : Remboursement des frais généraux

L'indemnisation se fait en France Métropolitaine (hors Monaco et Corse) ou dans les DROM (hors Nouvelle Calédonie et Mayotte) et en euros, au bénéficiaire des prestations.

La prestation est versée au maximum jusqu'au 365^e jour d'arrêt de travail sous déduction de la franchise retenue.

La prestation est versée mensuellement, à terme échu. Elle prend fin :

- lorsque l'Incapacité Temporaire Totale de Travail cesse (y compris en cas de reprise partielle dans un but thérapeutique) ;
- au plus tard au 365^e jour d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ;
- lorsque l'assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension de retraite et au plus tard à son 70^e anniversaire.



ARTICLE 10

DROITS DE L'ADHÉRENT

10.1 : Renseignement – réclamation – conciliation

1. Pour toute demande d'information ou toute réclamation (désaccord, mécontentement) relative à votre adhésion au contrat d'assurances, vous pouvez nous contacter :

- sur votre espace client sécurisé, ou
- par courrier postal à l'adresse suivante :

DigiPrevTNS
Service Réclamation
38 rue La Condamine
75017 – Paris

2. Si cette première réponse ne vous satisfait pas, votre réclamation peut être adressée au service « réclamations » de l'assureur :

Si la réponse obtenue n'est pas satisfaisante, l'adhérent peut adresser une réclamation au service « Réclamations » de Groupe Special Lines :

- Par courrier postal :

Groupe Special Lines
Service Réclamations
6-8 rue Jean Jaurès
92800 PUTEAUX

- Par courriel :

Reclamations@groupespeciallines.fr

Si la réponse apportée à la réclamation demeure insatisfaisante, l'Adhérent peut s'adresser au service « Réclamations » de Groupama Rhône-Alpes Auvergne :

- Par courrier postal :

Groupama Rhône-Alpes Auvergne
Service Consommateurs
TSA 70019 – 69252 LYON CEDEX 09

Votre assureur s'engage à accuser réception de votre réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables. La réponse définitive à votre réclamation vous sera apportée dans un délai de traitement de deux mois au plus. En cas de circonstances particulières nécessitant un délai plus long, vous en serez informé.

3. En dernier lieu, sous réserve d'avoir épuisé toutes les voies de recours exposées ci-avant, vous pourrez saisir la « Médiation de l'Assurance » sur le site : www.mediation-assurance.org ou par courrier à Médiation de l'assurance TSA 50110 75441 Paris Cedex 09.

Si l'avis de la Médiation de l'assurance ne vous satisfait pas, vous pouvez éventuellement saisir la justice.

10.2 : Renonciation

Dans les conditions prévues à l'article L.132-5-1 du Code des assurances, vous pouvez renoncer à votre adhésion aux contrats et être remboursé intégralement du ou des versement(s) effectué(s), dans les trente jours calendaires révolus à compter de la date à laquelle vous êtes informé de votre adhésion au contrat.

En tout état de cause, cette information intervient au plus tard à compter de la date d'encaissement de la première cotisation, ou fraction de cotisation appelée après émission de votre certificat d'adhésion.

Cette renonciation doit être notifiée sur votre espace client sécurisé ou par lettre recommandée avec avis de réception à :

DigiPrevTNS
38 rue La Condamine
75017 – Paris

Reproduisant le texte indiqué ci-après :

« Je soussigné [Nom et Prénom] demeurant [adresse] déclare renoncer expressément à l'adhésion au contrat Digi'PrévTNS – Frais généraux émise le [date] sous le n° [.....]. Je demande le remboursement des cotisations versées dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la présente lettre.

Date et signature »

La renonciation prend effet à compter de la réception par l'Assureur de la lettre recommandée avec avis de réception ou au jour de la notification sur l'espace client.

En cas de déclaration de sinistre avant l'expiration du délai de 30 jours, vous conservez votre droit à renonciation. Toutefois, en cas d'exercice du droit de renonciation, l'Assureur cessera le versement de toute indemnité à compter de la date d'effet de la renonciation et conservera la cotisation afférente à la garantie mise en jeu et due pour la période pendant laquelle ladite garantie a couru.

L'Assureur vous adresse votre Certificat d'Adhésion dans un délai maximum de 120 jours décomptés à partir de la date de signature de votre Demande d'Adhésion. Si vous n'avez pas reçu votre Certificat dans ce délai, vous devez en aviser l'assureur par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse ci-dessus.



Le défaut de remise des documents et informations prévus par l'article L.132-5-2 du Code des assurances entraîne de plein droit, pour les assurés de bonne foi, la prorogation du délai de renonciation prévu à l'article L.132-5-1 jusqu'au trentième jour calendaire révolu suivant la date de remise effective de ces documents, dans la limite de huit ans à compter de la date à laquelle l'adhérent est informé que son adhésion est conclue.

10.3 : Prescription

Aux termes de l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Ce délai est porté à dix ans pour les garanties décès, les actions des bénéficiaires étant prescrites au plus tard trente ans à compter de cet événement.

Toutefois, le délai de prescription ne court :

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

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

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

Aux termes de l'article L. 114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption suivantes :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),
- la demande en justice, même en référé, jusqu'à extinction de l'instance. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code civil). L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (article 2242 du Code civil) et cette interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du code civil).

Il est rappelé que :

- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers (article 2245 du Code civil).

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un

débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (article 2245 du code civil).

- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (article 2246 du code civil).

La prescription est également interrompue par :

- La désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- L'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception adressés par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Aux termes de l'article L. 132-27-2 du Code des assurances, les sommes n'ayant pas fait l'objet d'une demande de versement des prestations ou du capital sont déposées à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de prise de connaissance par l'assureur du décès de l'assuré. Les sommes déposées à la Caisse des dépôts et consignations et qui n'ont pas été réclamées par leurs bénéficiaires sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt à la Caisse des dépôts et consignations.

10.4 : Subrogation

Conformément aux articles L. 121-12 du Code des Assurances et L224-9 du Code de la Mutualité, le bénéficiaire des prestations donne subrogation à l'assureur pour exercer son recours, en cas de sinistre, contre les tiers responsables jusqu'à concurrence des prestations et indemnités versées en application du présent contrat.

10.5 : Protection des données personnelles

Les informations recueillies par Digital Insure Services font l'objet d'un traitement aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat. Des données de santé sont collectées aux fins de l'appréciation du risque ou de la mise en œuvre des garanties souscrites.

Toutes ces informations sont nécessaires au traitement de votre dossier. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement de votre dossier. Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et



le financement du terrorisme ou de l'intérêt légitime du responsable de traitement, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude. Il est précisé qu'une fraude avérée pourra conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude et que cette inscription pourra bloquer toute entrée en relation contractuelle avec Groupama Rhône-Alpes Auvergne pendant cinq ans.

Enfin, les données personnelles collectées sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting, d'amélioration des services proposés ou de profilage, sur la base des intérêts légitimes du responsable de traitement. Elles seront conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées, et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur.

Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents de Digital Insure Services (y compris le Médecin-Conseil), l'intermédiaire en assurances, Groupama Rhône-Alpes Auvergne, et, le cas échéant, les réassureurs, les fonds de garantie, ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion. Digital Insure Services prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne concernée dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données la concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer pour un motif légitime. En outre, toute personne concernée a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement

et à la communication de ses données personnelles applicables après son décès. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à : DPO Digital Insure Services – 38 rue la Condamine – 75017- PARIS ou dpo@digital-insure.fr. Digital Insure Services se chargera de traiter les demandes en se rapprochant, le cas échéant, des destinataires concernés. En cas de désaccord persistant, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 Paris.

Pour plus d'informations, Vous pouvez consulter notre Charte de protection des données à caractère personnel sur votre espace client sécurisé.

10.6 : Lutte contre le blanchiment des capitaux et financement du terrorisme (LCB-FT)

Dans le cadre des obligations légales prévues aux articles L. 561-1 et suivants du Code monétaire et financier, l'Adhérent s'engage à ce que les sommes qui sont ou seront versées par ses soins au titre de ce contrat ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme.

En cas de non-respect de ces différentes obligations et dans les cas légalement prévus, l'Assureur réalisera une déclaration de soupçon auprès de TRACFIN ou toute autre démarche auprès des autorités compétentes, conformément à la réglementation susvisée.

Digital Insure Services

SAS au capital de 120 590 €

Courtier en assurances immatriculé à l'ORIAS sous le n° 16000192

RCS : Paris 815 028 162

Siège social : 38 rue La Condamine – 75017 Paris.

Groupama Rhône-Alpes Auvergne

Caisse Entreprises, Collectivités et Courtage Groupama Rhône-Alpes Auvergne, 50 rue de Saint Cyr – 69009 Lyon – Caisse locale d'Assurances Mutuelles Agricoles ayant souscrit un traité de réassurance emportant substitution auprès de la Caisse régionale d'Assurances Mutuelles Agricoles de Rhône-Alpes Auvergne – 50 rue de Saint Cyr – 69009 Lyon - 779 838 366 RCS Lyon – Entreprises régies par le Code des assurances et soumises à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09 représentée par Groupe Special Lines, en qualité d'agence de souscription spécialisée, 6-8 rue Jean Jaurès, 92800 Puteaux, S.A.S. au capital de 100 000 EUR dont Groupama Rhône-Alpes Auvergne détient plus de 10 % des parts et des droits de vote - 820 232 163 R.C.S. Nanterre – Intermédiaire immatriculé à l'ORIAS sous le n° 16003981 (<http://www.orias.fr>) - Sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.