

PRÉVOYANCE



Gamme PROSPECTIV'

NOTICE D'INFORMATION

GAMME PROSPECTIV'

Votre adhésion est régie par les dispositions qui suivent dans le présent document.
Les relations pré-contractuelles et contractuelles sont régies par le droit français et notamment par le Code des Assurances. La langue française sera utilisée pendant toute la durée du contrat.
Elle est constituée des éléments suivants :

- Les Notices d'Information qui définissent les conditions d'application de votre adhésion au contrat et exposent l'ensemble des garanties proposées. Elle vous informe sur les risques non couverts et vous indiquent également la marche à suivre pour obtenir le paiement des prestations.
- Les Certificats d'Adhésion qui précisent notamment les différentes dispositions personnelles de votre adhésion, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites.

La gestion de votre adhésion est effectuée par GROUPE SOLLY AZAR / GESTION SANTE ET VIE
60 rue de la Chaussée d'Antin - 75439 PARIS CEDEX 09 - qui agit par délégation de l'Assureur de chaque produit.

Pour la Gestion, PROspectiv' Maintien de Revenus, Frais Généraux, Décès et Chômage :
Tél. : 01 49 45 61 01 - fax 01 49 45 65 10

Sommaire

PROspectiv' MAINTIEN DE REVENUS	P. 3
PROspectiv' FRAIS GÉNÉRAUX	P. 9
PROspectiv' DÉCÈS	P. 14
PROspectiv' CHÔMAGE	P. 19

NOTICE D'INFORMATION PROspectiv' MAINTIEN DE REVENUS – MR 09/2014
Contrats collectifs d'assurance à adhésion facultative n°2385 et n°2384 (pour le contrat Madelin)
GROUPE SOLLY AZAR – SAS au capital de 200 000 € - 353508955 RCS PARIS – Société de courtage d'Assurances – Siège social : 60 rue de la Chaussée d'Antin
75439 PARIS CEDEX 09 – N°ORIAS : 07 008 500 – www.orias.fr, contrat souscrit auprès de la CAMEIC - société d'assurances mutuelle à cotisations variables –
Entreprise régie par le Code des Assurances – Siège social : 25 rue de Madrid 75008 PARIS.
La gestion de votre adhésion est effectuée par GROUPE SOLLY AZAR – 60 rue de la Chaussée d'Antin 75439 PARIS CEDEX 09
Tél : 01 49 45 61 01 - fax 01 49 45 65 10, qui agit par délégation de l'Assureur.

TITRE I – LE CONTRAT ET VOTRE ADHÉSION

ART. 1 - L'OBJET DU CONTRAT ET DE VOTRE ADHÉSION

Votre adhésion au contrat PROspectiv' MAINTIEN DE REVENUS a pour objet de vous permettre, si vous êtes victime d'un **accident** ou d'une **maladie** garanti(e) de bénéficier du maintien de tout ou partie de votre revenu professionnel, par le versement :

- d'**indemnités journalières forfaitaires** si vous êtes en Incapacité Temporaire Totale de travail ;
- d'**une rente forfaitaire** si vous êtes reconnu en état d'Invalidité Permanente Totale (garantie optionnelle).

Les garanties pour lesquelles vous êtes effectivement assurés sont précisées sur votre Certificat d'adhésion.

ART. 2 - QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ AU CONTRAT ?

Pour adhérer et être assuré, vous devez :

- être âgé de 18 ans au moins et de 55 ans au plus à la date d'effet de votre adhésion (Date d'effet de l'adhésion comprise entre le 18^e et 55^e anniversaire de l'Assuré) ;
- avoir le statut de travailleur non salarié ou de conjoint collaborateur ;
- exercer de manière effective une activité professionnelle non exclue rentrant dans l'une des catégories suivantes : professions libérales, commerçants, artisans, exploitants agricoles, sans aménagement du temps/et ou des conditions de travail pour raison de santé.
- résider et exercer votre activité professionnelle en France continentale (c'est-à-dire hors Corse, département et région d'Outre-mer et collectivités d'Outre-mer) ;
- avoir satisfait aux formalités médicales.
- Par ailleurs, vous devez choisir un montant de garantie en fonction de votre dernier revenu net imposable issu de votre activité professionnelle déclarée, sans que ce montant n'ait pour conséquence de vous procurer un revenu de remplacement supérieur à ce dernier revenu net imposable. Il vous incombe de vérifier annuellement le respect de cette disposition en fonction de l'évolution de vos revenus fiscaux.

Dispositions spécifiques au contrat n°2384 (Contrat réservé aux Adhérents souhaitant bénéficier de la déductibilité fiscale des cotisations dans le cadre de la loi Madelin) :

- Pour adhérer à ce contrat vous devez relever du régime obligatoire d'assurance maladie des travailleurs non-salariés, être membre de l'Association ARPTNS (Association de Retraite et de Prévoyance des Travailleurs non-salariés) et vous engager à être à jour, pendant toute la durée de votre adhésion au contrat, de vos cotisations auprès des régimes obligatoires de base.

ART. 3 - LA VIE DE VOTRE ADHÉSION

3.1- Les formalités à accomplir

À la **souscription de votre adhésion**, pour souscrire à l'une ou l'autre des formules de garantie proposées dans le cadre du contrat PROspectiv' MAINTIEN DE REVENUS, vous devez répondre, sous forme de déclaration, à une demande d'information relative à votre situation personnelle, ainsi qu'à votre état de santé.

À l'exception de celles relatives à votre état de santé, ces déclarations seront reprises sur votre certificat d'adhésion. L'ensemble des déclarations servent de base à l'établissement de votre adhésion. Elles nous permettent d'évaluer en toute connaissance de cause, notre engagement d'assurance, et de percevoir la cotisation adaptée.

Selon les réponses apportées, nous pouvons être amenés à refuser notre garantie.

• **En cours d'adhésion**, vous devez nous déclarer au plus tard dans les 15 jours :

- toute modification concernant l'un des éléments spécifiés au Certificat d'Adhésion ;
- la modification de votre statut professionnel ;
- le changement ou la cessation de votre activité professionnelle ;
- la fixation du domicile en dehors de France Métropolitaine.

MODIFICATION DE RISQUE EN COURS D'ADHÉSION

Si les éléments modifiés constituent une aggravation de risque, l'Assureur peut, soit dénoncer l'adhésion sous préavis de 10 jours, soit proposer une nouvelle prime qui, si elle est refusée, entraînera la résiliation de l'adhésion par lettre recommandée moyennant préavis de 10 jours.

Si les éléments modifiés constituent une diminution de risque, l'Assureur peut diminuer la prime en conséquence. À défaut, l'Adhérent peut résilier l'adhésion moyennant un préavis de 30 jours.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, entraîne l'application, suivant les cas, des articles L.113-8 (nullité de l'adhésion) et L.113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.

Les demandes d'augmentation ou de modifications de garantie à la hausse sont subordonnées aux mêmes formalités et règles que celles pratiquées lors d'une nouvelle adhésion. Elles peuvent prendre effet à tout moment au cours de la vie de l'adhésion à l'exception des diminutions de garantie qui ne peuvent intervenir qu'à la date anniversaire.

3.2 - Vos déclarations

Vos déclarations et communications servent de base à l'application de votre adhésion et de la garantie, et n'ont d'effet que si elles nous sont parvenues par écrit, ou à défaut, confirmées par nous-mêmes dans un document écrit lorsque vous nous aurez informés par un autre moyen.

L'emploi de documents ou la production de renseignements inexacts ayant pour but ou pour effet de nous induire en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne la perte de tous droits à l'assurance.

ART. 4 - LA CONCLUSION ET LA DURÉE DE VOTRE ADHÉSION

4.1 - La conclusion, la date d'effet, la durée et le renouvellement de votre adhésion

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur. La date de conclusion est indiquée au certificat d'adhésion.

En cas de vente à distance selon les dispositions des articles L. 112-2-1 III du Code des Assurances et L. 121.20-8 du Code de la Consommation, l'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'Adhérent.

Sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation, votre adhésion prend effet à la date indiquée sur le Certificat d'Adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception de votre demande d'adhésion par GROUPE SOLLY AZAR.

L'adhésion est conclue pour une durée annuelle, renouvelable par tacite reconduction, à la date anniversaire de la date d'effet, sauf résiliation, par l'une ou l'autre des parties, dans les cas et selon les modalités fixées à l'article 4.2 ci-après.

4.2 - La résiliation de votre adhésion

• À l'initiative de l'Adhérent :

Vous avez la possibilité de demander la résiliation de votre adhésion :

- Chaque année, moyennant un préavis de 2 mois ;
- En cas d'augmentation de la prime résultant d'une révision du tarif dans les conditions prévues à l'article 3. La demande doit intervenir dans les 3 mois suivant la date de l'événement et prend effet un mois après sa notification à l'Assureur.

Votre notification doit être adressée à GROUPE SOLLY AZAR par lettre recommandée avec accusé de réception.

• À l'initiative de l'Assureur :

La résiliation peut intervenir :

- Pendant les deux premières années de garantie, à l'échéance principale de l'adhésion moyennant un préavis de 2 mois ;
- En cas de non-paiement de la prime (art. L.113-3 du Code des Assurances). L'Assureur a alors droit à une indemnité de résiliation égale à la portion de prime afférente à la période postérieure à la résiliation ;
- En cas d'omission ou d'inexactitude, réticence ou fausse déclaration du risque lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion (articles L.113-8 et 9 du Code des Assurances) ;
- En cas de fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues. La résiliation prendra effet 10 jours après sa notification.

La notification vous sera communiquée par lettre recommandée adressée par GROUPE SOLLY AZAR à votre dernier domicile connu. La date d'envoi constituera le point de départ du préavis.

• Elle intervient de plein droit :

- le jour de votre 65^e anniversaire ;

- En cas de modification de votre statut professionnel ;
- En cas de cessation d'activité professionnelle ;
- En cas de fixation de votre domicile hors de France Métropolitaine.

Dans ces trois cas, vous devez en informer GROUPE SOLLY AZAR dans les 3 mois suivant la date de l'événement et la résiliation prend effet un mois après sa notification à l'Assureur.

- En cas de décès de l'Adhérent assuré ;
- En cas de retrait d'agrément de l'Assureur (article L. 326-12 du Code des Assurances) ;
- En cas de résiliation du contrat groupe demandée par GROUPE SOLLY AZAR ou l'Assureur, à l'échéance annuelle du contrat fixé au 31/12. En cas de résiliation à l'initiative de l'Assureur, ce dernier pourra vous proposer, sur votre demande, un maintien de votre garantie dans le cadre d'un contrat individuel au tarif en vigueur pour ce type de contrat.

4.3 - Les conséquences de la résiliation sur le droit aux prestations :

• En cas de résiliation de votre adhésion par :

- l'Adhérent ;
- de plein droit ;
- ou par l'Assureur, pour non-paiement des cotisations, omission ou inexactitude dans la déclaration du risque, fraude ou tentative de fraude,

la garantie et le versement des indemnités ou rentes éventuellement en cours **au titre d'un arrêt de travail** ou d'une invalidité cessent à la date de prise d'effet de la résiliation.

• En cas de résiliation par :

- L'Assureur, lors du renouvellement annuel,
 - ou par l'Adhérent, suite à une révision de la cotisation
 - ou, par l'Assureur, suite au refus de réduire la cotisation suite à une diminution du risque,
- la garantie cesse à la prise d'effet de la résiliation, mais le versement des indemnités au titre d'un arrêt de travail ou de la rente en cas d'Invalidité Permanente Totale, survenu pendant la période de garantie est maintenu, dans la limite de la durée contractuelle de nos obligations.

4.4 - Conséquences en cas d'exercice du droit à renonciation.

4.4.1 - En cas d'exercice du droit à renonciation, dans le cadre de l'article L. 112-9-1 du Code des Assurances.

Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie, l'Adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation l'Assureur procèdera au remboursement des cotisations dans le délai de 30 jours suivant la date de résiliation, déduction faite du montant correspondant à la durée où l'adhésion a effectivement produit ses effets.

L'intégralité de la prime reste due à l'Assureur, si l'Adhérent exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie de l'adhésion et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

4.4.2 - En cas d'exercice du droit à renonciation dans le cadre des articles L. 112-2-1 III du Code des Assurances et L. 121.20-8 du Code de la Consommation (commercialisation à distance) :

En contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de l'adhésion avant l'expiration de ce délai de rétractation, la cotisation dont l'Adhérent est redevable est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et l'éventuelle date de réception de la rétractation.

Si des prestations ont été versées, l'Adhérent s'engage à rembourser à l'Assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

Si des cotisations ont été perçues, l'Assureur les remboursera, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de 30 jours.

ART. 5 - LA DURÉE DE LA GARANTIE

5.1 - La prise d'effet des garanties et le délai d'attente

Les garanties débutent et vous sont acquises :

- Dès la date d'effet, pour les accidents.
- Après l'expiration d'un délai d'attente de 3 mois, décompté à partir de la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion pour les maladies **sauf 12 mois pour les maladies mentales et affections psychiatriques.**

Ces délais peuvent être abrogés si l'Adhérent peut justifier avoir bénéficié de garanties équivalentes pendant une durée supérieure à deux ans et résiliées depuis moins de trois mois à compter de la date d'effet de votre adhésion.

En cas d'augmentation des garanties, les délais d'attente s'appliquent pour le supplément de garantie, à compter de la date d'effet de l'augmentation de garanties.

5.2 - La suspension des garanties

Votre adhésion et les garanties qui s'y attachent sont suspendues en cas de :

- non-paiement des cotisations selon les dispositions prévues par le Code des Assurances,
- séjour de plus de 2 mois hors de France Métropolitaine.

En cas de suspension, votre adhésion et la garantie reprennent effet en cas de

- non-paiement de la cotisation : le lendemain du jour où les cotisations arriérées, celles venant à échéance, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés,
- séjour hors de France Métropolitaine de plus de 2 mois : le lendemain de votre retour.

La suspension des garanties entraîne pour vous, la perte de tout droit à prestations se rapportant à des **accidents** ou **maladies** survenus pendant cette période.

5.3 - La cessation des garanties

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation de votre adhésion, de votre adhésion, et au plus tard le jour du 65^e anniversaire de l'adhérent. Toutefois en cas de départ à la retraite avant cette date, les garanties cesseront à la date d'entrée en jouissance de vos droits à la retraite.

ART 6 - VOS COTISATIONS

6.1 - La base de calcul et le montant de vos cotisations

• En début d'adhésion :

Le montant de votre cotisation pour l'année en cours est mentionné sur votre certificat d'adhésion. Il est déterminé en fonction de votre activité professionnelle déclarée, des garanties souscrites, du montant des prestations assurées, de la durée de franchise, de votre âge à la date d'effet (âge calculé par différence de millésimes. Cf. définition « âge » du lexique), de votre statut et des taxes en vigueur.

• En cours d'adhésion, votre cotisation change :

- À chaque échéance anniversaire, dans une proportion de 2,75% jusqu'à 49 ans et de 4% à partir de 50 ans (âge calculé par différence de millésimes. Cf. définition « âge » du lexique), appliquée sur la cotisation de l'année précédente pour tenir compte de l'évolution du risque lié à l'âge.

- et, le cas échéant, avec la modification du montant de l'indemnité ou de la rente. Dans ce cas, le tarif applicable pour l'année en cours sera mentionné, sur le nouveau certificat d'adhésion ou l'avenant correspondant, et sera déterminé selon le barème en vigueur pour une nouvelle adhésion.

6.2 - L'évolution des cotisations

Lors de chaque échéance principale, en-dehors de la variation prévue en fonction de l'âge évoquée ci-dessus, votre cotisation pourra également évoluer pour tenir compte de la révision du tarif résultant de l'aggravation des résultats techniques du contrat, telle que l'augmentation de la fréquence ou du coût moyen des sinistres. Dans ce cas, GROUPE SOLLY AZAR vous en informera au plus tard dans les 30 jours précédant l'échéance principale. Vous aurez alors la possibilité de demander le non renouvellement de votre adhésion dans les 30 jours où vous aurez eu connaissance de la modification.

Toute modification des taxes applicables entraînera une modification du montant de la cotisation.

6.3 - Le paiement de vos cotisations

Votre cotisation est payable mensuellement d'avance à GROUPE SOLLY AZAR.

À défaut de paiement de la première prime ou d'une prime suivante (ou d'une fraction de prime) dans les dix jours de son échéance, l'Assureur, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution de l'adhésion en justice peut, par lettre recommandée valant mise en demeure, adressée à l'Adhérent à son dernier domicile connu, suspendre la garantie trente jours après l'envoi de cette lettre.

La suspension de garantie entraîne, pour chaque bénéficiaire, la perte de tout droit aux prestations se rapportant à des accidents ou des maladies survenues pendant la période de suspension.

L'Assureur a le droit de résilier l'adhésion dix jours après l'expiration du délai de trente jours visé ci-dessus ; la notification de la résiliation par l'Assureur peut être faite à l'Adhérent, soit dans la lettre recommandée de mise en demeure, soit par une nouvelle lettre recommandée.

Les coûts d'établissement et d'envoi de lettre de mise en demeure sont à votre charge ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement dont la récupération est autorisée par la loi (art. L. 113-3 du Code des Assurances).

De plus, si l'Adhérent a opté pour le prélèvement des primes, il est entendu que ce prélèvement cessera dès qu'une prime ou une fraction de prime restera impayée.

6.4 - L'exonération de votre cotisation

Dès lors que vous percevez dans le cadre de votre adhésion une rente d'invalidité au titre d'une Invalidité Permanente Totale, vous êtes exonéré du paiement des cotisations relatives à votre adhésion au contrat PROspectiv MAINTIEN DE REVENUS.

L'exonération cesse à la même date que le service de la rente d'invalidité et au plus tard à la date de cessation de votre adhésion.

L'exonération n'est pas accordée en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail.

ART 7 - LA NOTICE D'INFORMATION

Conformément à la législation, nous vous remettons, préalablement à votre adhésion au contrat, une notice d'information qui constitue le présent document. Cette notice d'information vous précise les modalités d'application et du fonctionnement de votre adhésion au contrat.

TITRE II – QUELLES SONT LES GARANTIES PRÉVUES PAR LE CONTRAT ET VOTRE ADHÉSION ?

ART 8 - LE CONTENU DES GARANTIES

8.1 - En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail

Si à la suite d'un **Accident** ou d'une **Maladie** garanti(e), nous vous reconnaissons comme étant en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail c'est-à-dire dans l'impossibilité temporaire complète et continue, constatée médicalement, d'exercer votre activité professionnelle déclarée à l'adhésion, il vous sera versé, à l'expiration du délai de **Franchise**, une indemnité journalière forfaitaire.

Le délai de Franchise et le montant de l'indemnité journalière forfaitaire assurée sont mentionnés sur votre Certificat d'adhésion ou sur l'avenant d'adhésion en cas de modification des garanties initialement souscrites. Il est au maximum de 80€/jour.

La garantie s'exerce uniquement sur les conséquences :

- des **Accidents** survenant après la prise d'effet des garanties,
- et des **Maladies** dont la première constatation médicale est postérieure à l'expiration du Délai d'attente décompté à partir de la date d'effet.

Pour pouvoir bénéficier de cette garantie :

- Vous devez exercer au moment de l'arrêt de travail l'activité professionnelle que vous avez déclarée lors de votre adhésion, sans aménagement de temps et/ou de conditions de travail pour raison de santé et être effectivement au travail.
- L'arrêt de travail doit entraîner une interruption réelle et complète de vos occupations professionnelles et vous devez suivre le traitement médical prescrit et vous soumettre au repos nécessaire à votre guérison.

Reprise à temps partiel : Si vous reprenez votre activité professionnelle à temps partiel dans un but thérapeutique, votre indemnité journalière sera maintenue à hauteur de 50% après accord du Médecin Conseil jusqu'à la reprise à temps complet de l'activité et dans la limite de la durée d'indemnisation choisie par l'Adhérent (cf ci-après).

Durée de l'indemnisation : L'indemnisation s'effectue pendant toute la durée de l'arrêt de travail et cessera, dans tous les cas :

- en cas de reprise du travail totale ou partielle non thérapeutique
- pendant la période de congé légal de maternité ;
- à la date de Consolidation de votre état de santé reconnu par un médecin expert que nous aurons désigné ;
- à la date à laquelle vous pouvez prétendre au bénéfice de votre retraite obligatoire professionnelle quel qu'en soit le motif ;
- en cas d'expertise médicale s'il est établi que vous n'êtes pas dans l'incapacité physique totale de travailler ;
- au plus tard après 365 ou 1095 jours d'arrêt de travail au titre d'un même Sinistre selon le choix que vous avez fait.

Par ailleurs, la durée maximum de versement des indemnités journalières est limitée à 180 jours pendant toute la durée de l'adhésion pour les pathologies suivantes :

- Maladies mentales et affections psychiatriques

- Affections disco-vertébrales et/ou para-vertébrales (hernie discale, lumbago, sciatique, cruralgie, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie, contusion cervicale...), sauf si ces cas donnent lieu à une Hospitalisation continue de plus de cinq jours pour intervention chirurgicale.

La résiliation de votre adhésion peut réduire la durée de notre indemnisation d'un arrêt de travail dans les cas précisés à l'article 4.3.

Rechute : Toute rechute dans les deux mois de la reprise de travail sera considérée comme un seul et même Sinistre sous réserve que votre adhésion soit toujours en vigueur à la date de la rechute. Dans cette hypothèse, le service des indemnités journalières est repris dès le 1er jour du nouvel arrêt de travail, sans nouvelle application du délai de Franchise. Tout nouvel arrêt de travail postérieur à la date de résiliation de votre adhésion ne pourra être pris en charge.

8.2 - En cas d'Invalidité Permanente Totale

Lorsque cette garantie optionnelle est souscrite, mention en est faite sur votre Certificat d'adhésion

Si à la suite d'un **accident** ou d'une **maladie** garanti(e), vous êtes reconnu en état d'invalidité permanente c'est à dire que le médecin expert que nous avons désigné vous reconnaît un taux d'invalidité permanente supérieur ou égal à 66%, il vous sera alors versé le montant de la rente mentionnée au Certificat d'adhésion.

Détermination du taux d'invalidité :

Pour qu'il y ait Invalidité Permanente Totale, le médecin expert désigné par nous détermine :

- un taux d'invalidité fonctionnelle physique ou mentale
- et un taux d'invalidité professionnelle.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème indicatif des incapacités publié par le concours médical. Le taux d'invalidité professionnelle est apprécié en tenant compte des répercussions de l'invalidité fonctionnelle sur la profession exercée, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Ces taux étant fixés chacun entre 0 et 100%. Le taux d'Invalidité Permanente (N) est obtenu par le tableau à double entrée ci-après.

Taux d'Invalidité Fonctionnelle									
TIP*	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10	-	-	-	29.24	33.02	36.59	40.00	43.27	46.42
20	-	-	31.75	36.94	41.60	46.10	50.40	54.51	58.48
30	-	30.00	36.54	42.17	47.62	52.78	57.69	62.40	66.94
40	25.20	33.02	40.00	46.42	52.42	58.09	63.50	68.68	73.68
50	27.14	35.57	43.09	50.00	56.45	62.57	68.40	73.99	79.37
60	28.85	37.80	45.79	53.13	60.00	66.49	72.69	78.62	84.34
70	30.37	39.79	48.20	55.93	63.16	70.00	76.52	82.79	88.79
80	31.75	41.60	50.40	58.48	66.04	73.19	80.00	86.54	92.83
90	33.02	43.27	52.42	60.82	68.88	76.12	83.20	90.00	96.55
100	34.20	44.81	54.29	63.00	71.14	78.84	86.18	93.22	100.00

*TIP : Taux d'Invalidité Professionnelle

Si N est égal ou supérieur à 66%, l'Invalidité Permanente est considérée comme totale et la rente indiquée au Certificat d'adhésion vous sera servie en totalité.

Aucune rente n'est versée si le taux N est inférieur à 66%.

La rente est versée à compter de la date de Consolidation de votre état de santé sous réserve que le taux d'invalidité retenu par le médecin expert soit supérieur ou égal à 66%.

Dans tous les cas, le versement de la rente cesse :

- si, à la suite d'une nouvelle expertise effectuée, le taux d'invalidité devient inférieur à 66% ;
- à la date à laquelle vous pouvez prétendre au bénéfice de votre retraite obligatoire professionnelle quel qu'en soit le motif et au plus tard le jour de votre 65^e anniversaire.

ART 9 - QUELS SONT LES CAS OÙ LA GARANTIE NE S'EXERCE PAS ?

- **Ne sont jamais garantis au titre de votre adhésion, les Sinistres résultant et/ou provenant des suites et conséquences de Maladies ou d'accidents dont la première constatation médicale est antérieure à la date de prise d'effet de vos garanties et à l'expiration du Délai d'attente.**
- **Le contrat ne garantit pas par ailleurs l'attribution des indemnités et rentes consécutives à l'un des événements suivants :**
 - votre participation active de l'Adhérent à des altercations, rixes, émeutes et mouvements populaires, à des actes de terrorismes ou de sabotages ;
 - les conséquences de l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement, ainsi que l'ivresse ou l'éthylisme ;
 - les risques dus à des faits de guerre civile ou étrangère, d'actes de terrorisme, de rixes, d'émeutes ou de troubles ;
 - les maladies ou accidents qui sont le fait volontaire de l'Adhérent ou qui résultent d'un tentative de suicide ou de mutilation volontaire ;
 - les risques dus à la désintégration de noyau atomique, émission de radiation ionisante et tout phénomène de radioactivité ;
 - la pratique d'un sport à titre professionnel ou amateur avec compétition au niveau national ou international, ainsi que les entraînements afférents ;
 - la pratique des sports suivants : saut à l'élastique, delta plane, spéléologie, alpinisme, parapente, parachutisme en chute libre ou ascensionnel, taekwondo, boxe française, savate, boxe thaïlandaise, triathlon, ULM, sport mécaniques et aériens, plongée subaquatique ;
 - les accidents en cas de conduite en état d'ivresse, c'est à dire lorsque l'alcoolémie de l'Adhérent est supérieur ou égale au taux d'interdiction de conduire prévu par la réglementation en vigueur ;
 - les accidents en cas de conduite de tout engin par l'Adhérent s'il n'a pas la qualification ou le permis requis par la réglementation en vigueur ;
 - les conséquences des cataclysmes ;
 - les risques liés à l'accomplissement du service militaire ou de périodes militaires supérieures à 1 mois.
- **Sont également exclus de la garantie :**
 - les traitements esthétiques ou de rajeunissement ;
 - Les repos pré et postnataux fixés à 6 semaines avant l'accouchement et 10 semaines après celui-ci (y compris en cas de grossesse pathologique).
 - les séjours en centres de rééducation et de réadaptation fonctionnelle.

TITRE III - LA MISE EN ŒUVRE DES GARANTIES ET LE PAIEMENT

ART 10 - QUE FAUT-IL FAIRE POUR METTRE EN ŒUVRE LES GARANTIES ?

Sous peine de déchéance telle que prévue à l'article L113-2 du Code des Assurances, tout arrêt de travail doit nous être déclaré dans les trente jours qui suivent la fin de la Franchise. De même toute prolongation d'incapacité de travail doit nous être communiquée dans les trente jours.

En cas d'Invalidité Permanente Totale, vous devez nous le déclarer dans les deux mois qui suivent sa survenance.

Passé ces délais, vous perdrez vos droits à indemnisation si la déclaration tardive nous a causé un préjudice.

Le non-respect par vous de l'un des points évoqués dans le présent article 10, pourra nous amener à refuser l'indemnisation demandée.

Les déclarations doivent nous être adressées à GROUPE SOLLY AZAR / GESTION VIE/
Service indemnisation – 60 rue de la Chaussée d'Antin - 75439 PARIS CEDEX 09.

Les renseignements ou documents ayant un caractère médical sont à adresser par courrier sous pli confidentiel au médecin conseil.

10.1 - Les documents à nous adresser :

Pour obtenir le règlement de vos prestations vous devrez nous communiquer tous les justificatifs nécessaires à l'instruction de votre dossier et notamment :

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail :

- un justificatif de l'exercice effectif de l'activité professionnelle que vous avez déclarée lors de l'adhésion, au début de l'incapacité temporaire de travail ;
- l'avis d'arrêt de travail initial délivré par le médecin
- un certificat médical détaillé indiquant notamment :
 - la date de début de l'arrêt de travail et sa durée prévisible,
 - la nature exacte de l'affection ou des blessures, les antécédents éventuels et l'évolution probable de la pathologie dont souffre l'Adhérent
- en cas d'accident, une déclaration écrite précisant ses circonstances, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s) et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-verbal est dressé,
- en cas de rechute dans les trois mois suivant la reprise du travail, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection ainsi que l'arrêt de travail mentionnant la rechute et fixant la durée de la prolongation de l'arrêt de travail
- en cas de prolongation, tout certificat médical prescrivant une prolongation de l'arrêt de travail et fixant la durée de cette prolongation.
- en cas de reprise partielle dans un but thérapeutique, tout certificat médical prescrivant la reprise partielle.
- toutes autres pièces nécessaires que nous serions amenés à demander pour la justification de l'état d'Incapacité Temporaire Totale de travail.

NB: L'assureur ou son mandataire pourra vous demander la justification des revenus fiscaux net de l'année précédent votre arrêt de travail concernant votre activité professionnelle déclarée.

En cas d'Invalidité Permanente Totale

- un rapport médical circonstancié sur la cause, la nature, le début, l'évolution et la durée probable de l'affection ainsi que le degré de l'incapacité au travail, la date de Consolidation, à adresser à notre médecin conseil sous pli confidentiel,
- toutes autres pièces nécessaires que nous serions amenés à demander pour la justification de l'état d'invalidité.

10.2 - Contrôle et expertise médicale :

Contrôle : vous devrez apporter la preuve de votre incapacité de travail, et fournir à ce titre les éléments justificatifs qui peuvent vous être demandés par GROUPE SOLLY AZAR, ainsi que vous soumettre aux examens et contrôles effectués par le médecin délégué ou tout autre représentant mandaté par celui-ci.

Dans ce cadre vous devrez autoriser l'accès à votre domicile, ou lieu de traitement que vous aurez préalablement signalé par lettre recommandée à GROUPE SOLLY AZAR, tous les jours ouvrables entre 9 et 21 heures, sauf opposition justifiée.

Aggravation indépendante de l'événement garanti : chaque fois que les conséquences d'un accident ou d'une maladie seront aggravées par l'état constitutionnel de la victime, par l'action d'une autre maladie ou d'une infirmité antérieure non garantie, par un manque de soins constaté, dû à la négligence de la victime ou à un traitement empirique, la durée de paiement des indemnités sera déterminée par le médecin délégué ou GROUPE SOLLY AZAR, non en fonction de la durée réelle de l'arrêt de travail, mais de celle qu'elle aurait été chez un sujet de santé normale soumis à un traitement médical rationnel.

Expertise médicale : l'état d'Incapacité Temporaire Totale de travail ou d'Invalidité Permanente Totale est constaté par expertise médicale. Les décisions prises par les organismes sociaux dont vous dépendez sont inopposables à l'Assureur.

Nous nous réservons le droit de vous faire expertiser par un médecin de notre choix, à tout moment.

Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, le médecin que nous aurons désigné doit avoir libre accès auprès de vous afin de pouvoir constater votre état.

Les conclusions de l'expertise peuvent amener à la cessation du versement des prestations et, le cas échéant, au remboursement des prestations déjà versées.

Arbitrage : en cas de contestation d'ordre médical, chacune des parties désigne un médecin. Si les médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième médecin. Les trois médecins opèrent en commun accord et à la majorité des voix.

Faute par l'une des parties de nommer son médecin, ou par les deux médecins de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le Président du tribunal compétent. Dans la première éventualité, la nomination a lieu sur simple requête de la partie la plus diligente faite au plus tôt 15 jours après l'envoi à l'autre partie d'une lettre recommandée de mise en demeure avec avis de réception : s'il y a lieu, la désignation du troisième médecin est faite par le Président du Tribunal statuant en référé.

Les parties s'interdisent d'avoir recours à toute action en justice pour le règlement du litige tant que le troisième médecin désigné, soit à l'amiable soit par référé, n'a pas déposé de rapport provisoire ou définitif, (à moins que trois mois ne soient écoulés depuis sa nomination), sous réserve du délai éventuellement fixé par le Président du Tribunal.

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.

10.3 - Les modalités de versement des prestations :

Dispositions générales :

Les sommes dues sont payables après réception et étude du dossier complet par GROUPE SOLLY AZAR.

En cas d'**Accident** ou de **Maladie** vous atteignant hors de France, le paiement des prestations et le décompte de la période de **Franchise ne pourra avoir lieu avant le jour de la première constatation médicale en France.**

Vous serez tenu de faire élection de domicile en France pour les expertises et contestations d'ordre médical.

En cas de Sinistre provoqué par un tiers responsable, l'Assureur est subrogé dans vos droits c'est à dire qu'il va exercer son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités qui vous auront été versées.

Dispositions concernant le versement des Indemnités Journalières :

Les indemnités journalières sont payables mensuellement à terme échu à partir de la fin de la période de Franchise mentionnée au Certificat d'adhésion. La Franchise est décomptée à compter du premier jour d'arrêt de travail.

Particularité :

Si durant un arrêt de travail, vous êtes hospitalisé durant la période de Franchise, nous appliquerons la Franchise hospitalisation si cette dernière vous est plus favorable.

Dans ce cas la Franchise hospitalisation sera décomptée à compter du 1er jour d'hospitalisation.

Dispositions concernant le versement des rentes servies en cas d'Invalidité Permanente et Totale :

La rente est payable trimestriellement à terme échu le dernier jour du trimestre civil, à compter de la date de Consolidation de votre état de santé.

Aucun prorata d'arrérage n'est appliqué pour le premier et le dernier paiement.

TITRE IV - QUELLES SONT LES AUTRES DISPOSITIONS RELATIVES A VOTRE ADHÉSION ?

ART 11 - L'ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES DU CONTRAT

La garantie ne concerne que les Adhérents résidant durablement en France Métropolitaine. Elle s'exerce dans le monde entier pour des événements imprévisibles à la date du départ de France Métropolitaine.

ART 12 - LES RÉCLAMATIONS- LA MÉDIATION

Votre adhésion au contrat PROspective' MAINTIEN DE REVENUS est soumise exclusivement à la compétence des tribunaux français.

• Examen des réclamations :

Si vous rencontrez des difficultés liées à l'application de votre adhésion au contrat, vous êtes invité, **dans un premier temps**, à prendre contact avec votre interlocuteur habituel.

Dans un second temps, si le différend persiste, vous devez formuler une réclamation ou signifier votre désaccord, par courrier simple adressé au Service Clients à l'adresse suivante :

GROUPE SOLLY AZAR / GESTION VIE
60 rue de la Chaussée d'Antin
75439 PARIS CEDEX 09

qui traitera votre réclamation le plus rapidement et le plus objectivement possible.

• Procédure de médiation :

En dernier recours, si le différend persistait après la réponse apportée, ou en cas de non réponse, vous aurez la faculté d'adresser votre réclamation directement à l'Assureur :

SwissLife Prévoyance et Santé
Direction des Partenariats non vie
7, rue Belgrand - 92300 Levallois-Perret

qui traitera votre réclamation en vous apportant une réponse le plus rapidement possible. Dans sa réponse, l'assureur vous communiquera les coordonnées du Médiateur qui peut être saisi après épuisement des procédures internes. Le Médiateur ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée.

ART 13 - LA PRESCRIPTION

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

Article L. 114-1 :

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

Article L. 114-2 :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L. 114-3 :

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

ART 14 - DROIT DE COMMUNICATION ET DE RECTIFICATION (LOI 78.17 DU 6 JANVIER 1978 MODIFIÉE)

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 dite « informatique et libertés » modifiée par la loi n° 2004- 801 du 6 août 2004, nous vous informons que le responsable du traitement de vos données personnelles est l'Assureur.

Vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée auprès du Service clients de GROUPE SOLLY AZAR dont les coordonnées sont mentionnées dans l'encadré en première page du présent document.

Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées, pour le suivi de votre dossier et l'envoi de documents concernant les produits d'assurances, par l'Assureur, destinataire de l'information, avec ses mandataires, le cas échéant, les organismes de réassurances.

Cependant, si vous souhaitez ne pas être sollicité, nous vous invitons à le faire savoir par simple courrier à GROUPE SOLLY AZAR.

ART 15 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur qui assure les garanties au titre du présent contrat est : **ACPR - Autorité de Contrôle Prudentiel et de résolution - 61 rue Taitbout-75009 Paris.**

ART 16 - POSSIBILITÉ DE RENONCIATION

Vous disposez d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à partir du jour de la date de conclusion de votre adhésion (date indiquée sur le certificat d'adhésion), pour y renoncer, dans le cadre et dans les conditions prévus par l'article L. 112-9 du Code des Assurances ou par les articles L. 112-2-1 III du Code des Assurances et L. 121-20-8 et suivants du Code de la consommation.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à **GROUPE SOLLY AZAR / GESTION VIE - 60 rue de la Chaussée d'Antin - 75439 PARIS CEDEX 09.**

Elle peut être formulée suivant le modèle de lettre ci-dessous.

La résiliation de l'adhésion prendra effet au jour de la réception de la Lettre Recommandée A.R par le Centre de gestion **GROUPE SOLLY AZAR / GESTION VIE.**

Les conséquences du droit à renonciation sont indiquées dans l'article 4.4 de la présente notice d'information.

Article L. 112-9-1 premier alinéa du Code des Assurances :

«Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. (...) Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit à renonciation»

Dans le cas où l'adhésion a été souscrite exclusivement à distance au sens des articles L. 112-2-1 III du Code des Assurances et L. 121-20-8 et suivants du Code de la Consommation :

L'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion (date indiquée sur le certificat d'adhésion) à la demande expresse de l'Adhérent.

La cotisation, dont je suis redevable, le cas échéant, en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de mon adhésion avant l'expiration du délai de rétractation, est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion du contrat et la date de réception mon éventuelle renonciation.

En cas de rétractation, si des prestations ont été versées, je m'engage à rembourser à l'Assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

Modèle de lettre de renonciation :

Messieurs,

Je soussigné(e) (Nom et Prénom de l'adhérent), demeurant à (domicile principal), ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat PROspectiv' MAINTIEN DE REVENUS (numéro d'adhésion), que j'ai signé le (date) et vous demande le remboursement intégral de ma cotisation versée.

A : (Indiquer le lieu)

Le : (Indiquer la date)

Signature.

TITRE V – LEXIQUE

Accident : Par **Accident** il faut entendre toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérées comme des Accidents et sont donc traitées selon les mêmes modalités que les maladies, les affections suivantes : lumbagos, sciatiques, hernies (pariétales, musculaires et discales), alors même que ces affections seraient d'origine traumatique.

Adhérent : Il s'agit de la personne physique ou morale qui signe le certificat d'adhésion au contrat, acquitte les cotisations, et ainsi accède à la garantie du contrat.

Âge : Pour le calcul de la cotisation, l'âge se calcule par différence de millésimes. Exemple : Année de naissance de l'assuré = 1980 - Echéance de renouvellement adhésion ou date d'effet adhésion = 01/04/2011 - Age pris en compte pour le calcul de la cotisation au 01/04/2011 = 31 ans (2011 - 1980 = 31).

Assuré : Il s'agit de la personne qui bénéficie de la garantie souscrite dans le cadre de l'adhésion, et par conséquent, vous, l'Adhérent au contrat.

Conclusion (de l'adhésion) : L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur. La date de conclusion est indiquée au certificat d'adhésion.

Date de consolidation : C'est le moment où, à la suite de l'état transitoire que constitue la période des soins, les lésions ou séquelles consécutives à une maladie ou un **Accident** prennent un caractère permanent, tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire, si ce n'est que pour éviter une aggravation.

Délai d'attente : Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion portée au Certificat d'adhésion.

Toutes affections ou Maladies et leurs suites apparues pendant ce délai sont définitivement exclues des garanties.

France : Il s'agit de la France continentale (France métropolitaine, hors Corse).

Franchise : Période pendant laquelle les prestations ne sont pas dues.

Hospitalisation : Séjour de plus de 24 heures, en qualité de patient, prescrit par un médecin dans une clinique ou un hôpital public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

Maladie : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente. Sont notamment considérées comme maladies : les hernies, ptoses, lumbagos, scolioles, lordoses, ainsi que les congestions, insulations, sauf si elles sont consécutives à un accident garanti.

Maladies mentales et affections psychiatriques : Par maladies mentales et affections psychiatriques, il faut entendre : les affections de type psychiatrique, psychoneurologique, psychosomatique ou névrotique, d'états dépressifs de toute nature, de dépressions, des troubles de la personnalité et/ou du comportement, des troubles de l'alimentation, d'aliénation mentale, fibromyalgie et syndrome de fatigue chronique, ainsi que des suites et conséquences de ces affections.

Maternité : L'état de grossesse, l'interruption de grossesse, l'accouchement, les suites de couches ainsi que les complications pathologiques de ces événements.

Nous : Il s'agit de nous-mêmes, l'Assureur.

Sinistre : événement garanti donnant lieu à indemnisation au titre d'une Incapacité Temporaire Totale de travail ou d'une invalidité Permanente Totale dans le cadre de votre adhésion au présent contrat.

Vous : Il s'agit de vous, Adhérent et Assuré.

NOTICE D'INFORMATION PROspectiv' FRAIS GENERAUX PERMANENTS – FGP 09/2014

09/2008 Contrat collectif d'assurance à adhésion facultative n°2386

GROUPE SOLLY AZAR – SAS au capital de 200 000 € - 353508955 RCS PARIS – Société de courtage d'Assurances – Siège social : 60 rue de la Chaussée d'Antin 75439 PARIS CEDEX 09 – N°ORIAS : 07 008 500 – www.orias.fr, contrat souscrit auprès de la CAMEIC - société d'assurances mutuelle à cotisations variables – Entreprise régie par le Code des Assurances – Siège social : 25 rue de Madrid 75008 PARIS.

**La gestion de votre adhésion est effectuée par GROUPE SOLLY AZAR – 60 rue de la Chaussée d'Antin 75439 PARIS CEDEX 09
Tél : 01 49 45 61 01 - fax 01 49 45 65 10, qui agit par délégation de l'Assureur.**

TITRE I - LE CONTRAT ET VOTRE ADHÉSION

ART. 1 - L'OBJET DU CONTRAT ET DE VOTRE ADHÉSION

Votre adhésion au contrat PROspectiv' FRAIS GÉNÉRAUX PERMANENTS a pour objet de vous permettre de bénéficier du remboursement de tout ou partie des frais généraux professionnels permanents payés par votre entreprise, **grâce au versement d'indemnités journalières forfaitaires**, si vous êtes en incapacité temporaire totale de travail par suite de maladie ou d'accident. Les garanties que vous avez choisies sont définies sur votre Certificat d'adhésion.

• Définition des frais généraux professionnels permanents :

Ce sont les dépenses habituellement supportées par l'Adhérent pour l'exercice de sa profession mentionnée sur le certificat d'adhésion.

Entrent dans les frais généraux professionnels permanents, les dépenses suivantes : services extérieurs, impôts, taxes, et versements assimilés, charges de personnel, autres charges de gestion courante, charges financières, charges exceptionnelles. Ces dépenses doivent être légalement admises comme frais généraux et non exclus de la garantie du contrat.

Quelques exemples :

- le loyer des locaux professionnels,
- les intérêts et taxes payés sur les traites de financement des locaux et équipements, propriétés de l'assuré et utilisés par lui pour l'exercice de sa profession (à l'exclusion des remboursements de capital),
- les dépenses d'eau, gaz, électricité, chauffage et téléphone,
- les salaires, appointements des employés de l'assuré qui n'exercent pas la profession de l'assuré dans des conditions identiques, ainsi que les charges y afférant,
- la taxe professionnelle, les impôts professionnels,
- le coût du leasing (crédit-bail),
- les pertes et dépréciations de matières consommables et fournitures, les amortissements des équipements.

• Ne sont pas considérés comme des frais généraux professionnels permanents :

Les salaires, honoraires, prélèvements, profits et autres avantages ou rémunérations de l'assuré, de ceux versés à toute personne exerçant dans les mêmes conditions la profession de l'assuré ou toute autre personne engagée pour la remplacer. Est également exclue, l'acquisition de matières consommables, marchandises, équipements, fournitures, installations, produits pharmaceutiques ou vétérinaires.

ART. 2 - QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ AU CONTRAT ?

Pour adhérer et être assuré, vous devez :

- être âgé de 18 ans au moins et de 55 ans au plus à la date d'effet de votre adhésion (Date d'effet de l'adhésion comprise entre le jour du 18^e anniversaire de l'assuré et le jour de son 55^e anniversaire);
- avoir le statut de travailleur non salarié ;
- exercer de manière effective une activité professionnelle non exclue rentrant dans l'une des catégories suivantes : professions libérales, commerçants, artisans, exploitants agricoles, sans aménagement du temps/et ou des conditions de travail pour raison de santé ;
- résider et exercer votre activité professionnelle en France continentale (c'est-à-dire hors Corse, Département et Région d'Outre-mer et Collectivités d'Outre-mer) ;
- avoir satisfait aux formalités médicales.
- choisir un montant de garantie en correspondance avec le montant de vos frais généraux permanents et veiller à ce qu'il en soit ainsi chaque année pendant toute la durée de l'adhésion au contrat.

ART. 3 - LA VIE DE VOTRE ADHÉSION

3.1 - Les formalités à accomplir

- **À la souscription de votre adhésion**, vous devez répondre avec précision aux questions et fournir les renseignements demandés sur :

- la demande d'adhésion, concernant votre situation personnelle et professionnelle ;
- la déclaration d'état de santé.

À l'exception de celles relatives à votre état de santé, ces déclarations seront reprises sur votre certificat d'adhésion. L'ensemble des déclarations servent de base à l'établissement de votre adhésion. Elles nous permettent d'évaluer en toute connaissance de cause, notre engagement d'assurance, et de percevoir la cotisation adaptée. Selon les réponses apportées, nous pouvons être amenés à refuser notre garantie.

• En cours d'adhésion, vous devrez nous déclarer au plus tard dans les 15 jours :

- toute modification concernant l'un des éléments spécifiés au Certificat d'Adhésion ;
- la modification de votre statut professionnel ;
- le changement ou la cessation de votre activité professionnelle ;
- la fixation du domicile hors de France Métropolitaine.

MODIFICATION DE RISQUE EN COURS D'ADHÉSION

Si les éléments modifiés constituent une aggravation de risque, l'Assureur peut, soit dénoncer l'adhésion sous préavis de 10 jours, soit proposer une nouvelle prime qui, si elle est refusée, entraînera la résiliation de l'adhésion par lettre recommandée moyennant préavis de 10 jours.

Si les éléments modifiés constituent une diminution de risque, l'Assureur peut diminuer la prime en conséquence. A défaut, l'Adhérent peut résilier l'adhésion moyennant un préavis de 30 jours.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, entraîne l'application, suivant les cas, des articles L.113-8 (nullité de l'adhésion) et L.113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.

Les demandes d'augmentation ou de modifications de garantie à la hausse sont subordonnées aux mêmes formalités et règles que celles pratiquées lors d'une nouvelle adhésion. Elles peuvent prendre effet à tout moment au cours de la vie de l'adhésion à l'exception des diminutions de garantie qui ne peuvent intervenir qu'à la date anniversaire.

3.2 - Vos déclarations

Vos déclarations et communications servent de base à l'application de votre adhésion et de la garantie, et n'ont d'effet que si elles nous sont parvenues par écrit, ou à défaut, confirmées par nous-mêmes dans un document écrit lorsque vous nous aurez informés par un autre moyen.

L'emploi de documents ou la production de renseignements inexacts ayant pour but ou pour effet de nous induire en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne la perte de tous droits à l'assurance.

ART. 4 - LA CONCLUSION ET LA DURÉE DE VOTRE ADHÉSION

4.1 - La conclusion, la date d'effet, la durée et le renouvellement de votre adhésion

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'adhérent et l'assureur. La date de conclusion est indiquée au certificat d'adhésion.

En cas de vente à distance selon les dispositions des articles L.112-2-1 III du Code des Assurances et L.121.20-8 du Code de la Consommation, l'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'adhérent.

Sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation, votre adhésion prend effet à la date indiquée sur le Certificat d'Adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception de votre demande d'adhésion par GROUPE SOLLY AZAR.

L'adhésion est conclue pour une durée annuelle, renouvelable par tacite reconduction, à la date anniversaire de la date d'effet, sauf résiliation, par l'une ou l'autre des parties, dans les cas et selon les modalités fixées à l'article 4.2 ci-après.

4.2 - La résiliation de votre adhésion

• À l'initiative de l'Adhérent :

Vous avez la possibilité de demander la résiliation de votre adhésion :

- chaque année, moyennant un préavis de deux mois ;

- en cas d'augmentation de la prime résultant d'une révision du tarif dans les conditions prévues à l'article 3. La demande doit intervenir dans les 3 mois suivant la date de l'événement et prend effet un mois après sa notification à l'Assureur.

Votre notification doit être adressée à GROUPE SOLLY AZAR par lettre recommandée avec accusé de réception.

• **À l'initiative de l'Assureur :**

La résiliation peut intervenir :

- Pendant les deux premières années de garantie, à l'échéance principale de l'adhésion moyennant un préavis de deux mois ;
- En cas de non-paiement de la prime (art. L. 113-3 du Code des Assurances). L'Assureur a alors droit à une indemnité de résiliation égale à la portion de prime afférente à la période postérieure à la résiliation ;
- En cas d'omission ou d'inexactitude, réticence ou fausse déclaration du risque lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion (articles L.113-8 et 9 du Code des Assurances) ;
- En cas de fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues. La résiliation prendra effet 10 jours après sa notification.

La notification vous sera communiquée par lettre recommandée adressée par GROUPE SOLLY AZAR à votre dernier domicile connu. La date d'envoi constituera le point de départ du préavis.

• **Elle intervient de plein droit :**

- Le jour de votre 65^e anniversaire ;
- En cas de modification de votre statut professionnel ;
- En cas de cessation d'activité professionnelle ;
- En cas de fixation de votre domicile hors de France Métropolitaine.

Dans ces trois cas, vous devez en informer GROUPE SOLLY AZAR dans les 3 mois suivant la date de l'événement et la résiliation prend effet un mois après sa notification à l'Assureur.

- En cas de décès de l'Adhérent assuré ;
- En cas de retrait d'agrément de l'Assureur (article L.326-12 du Code des Assurances) ;
- En cas de résiliation du contrat groupe, demandée par GROUPE SOLLY AZAR ou l'Assureur, à l'échéance annuelle du contrat fixé au 31/12. En cas de résiliation à l'initiative de l'Assureur, ce dernier pourra vous proposer, sur votre demande, un maintien de votre garantie dans le cadre d'un contrat individuel au tarif en vigueur pour ce type de contrat.

4.3 - Les conséquences de la résiliation sur le droit aux prestations :

• **En cas de résiliation de votre adhésion par :**

- l'Adhérent ;
- de plein droit ;
- ou par l'Assureur, pour non-paiement des cotisations, omission ou inexactitude dans la déclaration du risque, fraude ou tentative de fraude,

la garantie et le versement des indemnités éventuellement en cours cessent à la date de prise d'effet de la résiliation.

• **En cas de résiliation par :**

- L'Assureur, lors du renouvellement annuel,
- ou par l'Adhérent, suite à une révision de la cotisation
- ou, par l'Assureur, suite au refus de réduire la cotisation suite à une diminution du risque,

la garantie cesse à la prise d'effet de la résiliation, mais le versement des indemnités au titre d'un arrêt de travail survenu pendant la période de garantie est maintenu, dans la limite de la durée contractuelle de nos obligations.

4.4 - Conséquences en cas d'exercice du droit à renonciation.

4.4.1 - En cas d'exercice du droit à renonciation, dans le cadre de l'article L 112-9-1 du Code des Assurances.

Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie, l'Adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, l'Assureur procédera au remboursement des cotisations dans le délai de 30 jours suivant la date de résiliation, déduction faite du montant correspondant à la durée pendant laquelle l'adhésion a effectivement produit ses effets.

L'intégralité de la prime reste due à l'assureur, si l'adhérent exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie de l'adhésion et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

4.4.2 - En cas d'exercice du droit à renonciation dans le cadre des articles L.112-2-1 III du Code des Assurances et L 121.20-8 du Code de la Consommation (commercialisation à distance) :

En contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de l'adhésion avant l'expiration de ce délai de rétractation, la cotisation dont l'adhérent est redevable est égale au prorata de la

cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et l'éventuelle date de réception de la rétractation.

Si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

Si des cotisations ont été perçues, l'Assureur les remboursera, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de 30 jours.

ART. 5 - LA DURÉE DE LA GARANTIE

5.1 - La prise d'effet de la garantie et le délai d'attente

Les garanties débutent et vous sont acquises :

- **Dès la date d'effet**, pour les accidents.
- **Après l'expiration d'un délai d'attente de 3 mois**, décompté à partir de la date d'effet mentionnée sur le certificat d'adhésion pour les maladies sauf 12 mois pour les maladies mentales et affections psychiatriques.

Ces délais peuvent être abrogés si l'adhérent peut justifier avoir bénéficié de garanties équivalentes pendant une durée supérieure à deux ans et résiliées depuis moins de trois mois à compter de la date d'effet de votre adhésion.

En cas d'augmentation des garanties, les délais d'attente s'appliquent pour le supplément de garantie, à compter de la date d'effet de l'augmentation de garanties.

5.2 - La suspension de la garantie

Votre adhésion et la garantie qui s'y attache sont suspendues en cas de :

- non-paiement des cotisations selon les dispositions prévues par le Code des Assurances,
- séjour de plus de 2 mois hors de France Métropolitaine.

En cas de suspension, votre adhésion et la garantie reprennent effet en cas de :

- non-paiement de la cotisation : le lendemain du jour où les cotisations arriérées, celles venant à échéance, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés,
- séjour hors de France Métropolitaine de plus de 2 mois : le lendemain de votre retour.

La suspension des garanties entraîne pour vous, la perte de tout droit à prestations se rapportant à des accidents, maladies ou maternités survenus pendant cette période.

5.3 - La cessation de la garantie

La garantie cesse à la date d'effet de la résiliation de votre adhésion, et au plus tard le jour du 65^e anniversaire de l'adhérent. Toutefois, en cas de départ à la retraite avant cette date, la garantie cessera à la date d'entrée en jouissance de vos droits à la retraite.

ART. 6 - VOS COTISATIONS

6.1 - La base de calcul et le montant de vos cotisations

• **En début d'adhésion :** Le montant de votre cotisation pour l'année en cours est mentionné sur votre certificat d'adhésion. Il est déterminé en fonction de votre activité professionnelle, du montant de l'indemnité choisie, de la durée de franchise et d'indemnisation retenues, de votre âge à la date d'effet (âge calculé par différence de millésimes. Cf. définition « âge » du lexique) de votre statut et des taxes en vigueur.

• **En cours d'adhésion**, votre cotisation change :

- À chaque échéance anniversaire, dans une proportion de 2,75% jusqu'à 49 ans et de 4% à partir de 50 ans (âge calculé par différence de millésimes. Cf. définition « âge » du lexique), appliquée sur la cotisation de l'année précédente pour tenir compte de l'évolution du risque lié à l'âge.
- Et, le cas échéant, avec la modification du montant de l'indemnité. Dans ce cas, le tarif applicable pour l'année en cours sera mentionné, sur le nouveau certificat d'adhésion ou l'avenant correspondant, et sera déterminé selon le barème en vigueur pour une nouvelle adhésion.

6.2 - L'évolution des cotisations

Lors de chaque échéance principale, en-dehors de la variation prévue en fonction de l'âge, évoquée ci-dessus, votre cotisation pourra également évoluer pour tenir compte de la révision du tarif résultant de l'aggravation des résultats techniques du contrat, telle que l'augmentation de la fréquence ou du coût moyen des sinistres. Dans ce cas, GROUPE SOLLY AZAR vous en informera au plus tard dans les 30 jours précédant l'échéance principale. Vous aurez alors la possibilité de demander le non renouvellement de votre adhésion dans les 30 jours suivant le jour où vous aurez eu connaissance de la modification.

Toute modification des taxes applicables entraînera une modification du montant de la cotisation.

6.3 - Le paiement de vos cotisations

Votre cotisation est payable mensuellement d'avance à GROUPE SOLLY AZAR.

À défaut de paiement de la première prime ou d'une prime suivante (ou d'une fraction de prime) dans les dix jours de son échéance, l'Assureur, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution de l'adhésion en justice peut, par lettre recommandée valant mise en demeure, adressée à l'Adhérent à son dernier domicile connu, suspendre la garantie trente jours après l'envoi de cette lettre.

La suspension de garantie entraîne, pour chaque bénéficiaire, la perte de tout droit aux prestations se rapportant à des accidents ou des maladies survenues pendant la période de suspension.

L'Assureur a le droit de résilier l'adhésion dix jours après l'expiration du délai de trente jours visé ci-avant ; la notification de la résiliation par l'Assureur peut être faite à l'Adhérent, soit dans la lettre recommandée de mise en demeure, soit par une nouvelle lettre recommandée.

Les coûts d'établissement et d'envoi de lettre de mise en demeure sont à votre charge ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement dont la récupération est autorisée par la loi (art. L. 113-3 du Code des Assurances).

De plus, si l'Adhérent a opté pour le prélèvement des primes, il est entendu que ce prélèvement cessera dès qu'une prime ou une fraction de prime restera impayée.

ART. 7 - LA NOTICE D'INFORMATION

Conformément à la législation, nous vous remettons, préalablement à votre adhésion au contrat, une notice d'information que constitue le présent document. Cette notice d'information vous précise les modalités d'application et du fonctionnement de votre adhésion au contrat.

TITRE II - LES GARANTIES PRÉVUES PAR LE CONTRAT ET VOTRE ADHÉSION

ART. 8 - L'OBJET DE VOTRE GARANTIE

Le contrat prévoit le paiement d'une indemnité journalière forfaitaire destiné à la prise en charge de tout ou partie des frais généraux professionnels permanents payés par votre entreprise, pour chaque journée d'arrêt de travail garanti, lorsque vous êtes reconnu par l'Assureur ou son mandataire, en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail à la suite d'une maladie ou d'un accident.

L'incapacité temporaire totale de travail se définit comme l'impossibilité complète et momentanée pour l'assuré, reconnue médicalement, d'exercer son activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident.

La garantie s'exerce uniquement sur les conséquences :

- des Accidents survenant après la prise d'effet des garanties,
- et des Maladies dont la première constatation médicale est postérieure à cette date d'effet, ou à l'expiration du délai d'attente décompté à partir de la date d'effet.

Le montant de l'indemnité journalière assurée est mentionné sur le certificat d'adhésion ou sur l'avenant d'adhésion en cas de modification des garanties initialement souscrites. Il est au maximum de 80 €/jour.

Pour pouvoir bénéficier de cette garantie :

- Vous devez exercer au moment de l'arrêt de travail l'activité professionnelle que vous avez déclarée lors de votre adhésion, sans aménagement de temps et/ou de conditions de travail pour raison de santé et être effectivement au travail.
- L'arrêt de travail doit entraîner une interruption réelle et complète de vos occupations professionnelles. Vous devez suivre le traitement médical prescrit et vous soumettre au repos nécessaire à votre guérison.

Reprise à temps partiel : Si vous reprenez votre activité professionnelle à temps partiel dans un but thérapeutique, votre indemnité journalière sera maintenue à hauteur de 50% après accord du Médecin Conseil jusqu'à la reprise à temps complet de l'activité et dans la limite de la durée d'indemnisation choisie par l'adhérent (cf article 10).

ART. 9 - FRANCHISE

L'indemnité journalière assurée est versée pour chaque journée d'arrêt de travail garanti intervenant après le nombre de jours qui constitue la franchise choisie mentionnée sur le certificat d'adhésion.

ART. 10 – DURÉE DE L'INDEMNISATION

L'indemnisation s'effectue pendant toute la durée de l'arrêt de travail et cessera :

- en cas de reprise du travail, totale ou partielle non thérapeutique ;
- pendant la période de congé légal de maternité ;
- à la date de **Consolidation** de votre état de santé reconnu par un médecin expert que nous aurons désigné ;
- à la date à laquelle vous pouvez prétendre au bénéfice de votre retraite obligatoire professionnelle quel qu'en soit le motif, et au plus tard le jour de votre 65^e anniversaire ;
- en cas d'expertise médicale s'il est établi que vous n'êtes pas dans l'incapacité physique totale de travailler ;
- au plus tard après 365 ou 1095 jours d'arrêt de travail au titre d'un même **sinistre** selon le choix que vous avez fait.

Par ailleurs, la durée maximum de versement des indemnités journalières est limitée à 180 jours pendant toute la durée de l'adhésion pour les pathologies suivantes :

- maladies mentales et affections psychiatriques
- des affections disco-vertébrales et/ou para-vertébrales (hernie discale, lumbago, sciatique, cruralgie, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie, contusion cervicale...), sauf si ces cas donnent lieu à une hospitalisation continue de plus de cinq jours pour intervention chirurgicale.

La résiliation de votre adhésion peut réduire la durée de notre indemnisation d'un arrêt de travail dans les cas précisés à l'article 4.3.

ART. 11 - LA RECHUTE

Si vous êtes de nouveau en incapacité temporaire totale de travail pour une maladie ou un accident, ayant déjà fait l'objet d'une indemnisation, dans un délai maximum de 3 mois suivant la date de reprise de votre activité professionnelle, les indemnités sont versées à compter du 1^{er} jour du nouvel arrêt de travail et à concurrence de la durée maximale prévue à l'article 10, déduction faite de la durée de la première indemnisation.

ART. 12 - QUELS SONT LES CAS OU LA GARANTIE NE S'EXERCE PAS ?

- Ne sont jamais garantis au titre de votre adhésion, les sinistres résultant et/ou provenant des suites et conséquences des affections, maladies, accidents et infirmités dont la première constatation médicale est antérieure à la date de prise d'effet de vos garanties et à l'expiration du délai d'attente.
- Le contrat ne garantit pas par ailleurs l'attribution des indemnités consécutives à l'un des événements suivants :
 - la participation active de l'adhérent à des altercations, rixes, émeutes et mouvements populaires, à des actes de terrorismes ou de sabotages ;
 - les conséquences de l'usage de stupéfiants non prescrit médicalement, ainsi que l'ivresse ou l'éthylisme ;
 - les risques dus à des faits de guerre civile ou étrangère, d'actes de terrorisme, de rixes, d'émeutes ou de troubles ;
 - les maladies ou accidents qui sont le fait volontaire de l'adhérent ou qui résultent d'une tentative de suicide ou de mutilation volontaire ;
 - les risques dus à a désintégration de noyau atomique, émission de radiation ionisante et tout phénomène de radioactivité ;
 - la pratique d'un sport à titre professionnel ou amateur avec compétition au niveau national ou international, ainsi que les entraînements afférents ;
 - la pratique des sports suivants : saut à l'élastique, delta plane, spéléologie, alpinisme, parapente, parachutisme en chute libre ou ascensionnel, taekwondo, boxe française, savate, boxe thaïlandaise, triathlon, ULM, sport mécaniques et aériens, plongée subaquatique ;
 - les accidents en cas de conduite en état d'ivresse, c'est à dire lorsque l'alcoolémie de l'adhérent est supérieure ou égale au taux d'interdiction de conduire prévu par la réglementation en vigueur ;
 - les accidents en cas de conduite de tout engin par l'adhérent s'il n'a pas la qualification ou le permis requis par la réglementation en vigueur ;
 - les conséquences des cataclysmes ;
 - les risques liés à l'accomplissement du service militaire ou de périodes militaires supérieures à 1 mois.
- Sont également exclus de la garantie :
 - les traitements esthétiques ou de rajeunissement ;
 - les repos pré et postnataux fixés à 6 semaines avant l'accouchement et 10 semaines après celui-ci (y compris en cas de grossesse pathologique).
 - les séjours en centres de rééducation et de réadaptation fonctionnelle.

TITRE III - LE RÉGLEMENT DE VOS INDEMNITÉS

ART. 13 - LE CALCUL ET LE RÉGLEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

- L'indemnité est calculée en fonction du nombre de jours d'arrêt de travail garanti sur la base du montant de l'indemnité journalière assurée.
- Le règlement de l'indemnité aura lieu dans le mois qui suit la remise des pièces justificatives, et après accord entre vous et nous. Lorsque la durée de l'incapacité est supérieure à un mois, l'indemnité pourra être versée par fractions mensuelles d'arrêt de travail et à concurrence des jours dus.
- Le règlement des indemnités est établi à votre ordre. Il est toujours effectué en France Métropolitaine dans la monnaie légale de l'état français.
- En cas de maladie ou d'accident survenant hors de France Métropolitaine, l'indemnisation s'effectue après application des franchises éventuelles décomptées à partir :
 - du premier jour en cas d'hospitalisation, et sera limitée à 90 jours ;
 - du premier jour du retour en France Métropolitaine dans les autres cas.

ART. 14 - CE QUE VOUS DEVEZ DÉCLARER

14.1- La déclaration

Vous devez déclarer par écrit à GROUPE SOLLY AZAR votre arrêt de travail, **sous peine de déchéance**, dans les 15 jours suivant sa prescription médicale, et au plus tard avant la fin de la franchise.

14.2 - Les documents que vous devez transmettre

Pour être prise en considération, votre déclaration d'arrêt de travail doit être accompagnée :

- de la justification de l'exercice effectif de l'activité professionnelle que vous avez déclarée lors de l'adhésion au début de l'incapacité temporaire de travail ;
- d'un certificat médical détaillé, indiquant notamment :
 - la date de début de l'arrêt de travail et sa durée prévisible et s'il s'agit d'un accident : la date, l'heure, les circonstances et le lieu de survenance de celui-ci ;
 - la nature exacte de l'affection ou des blessures, les antécédents éventuels et l'évolution probable de la pathologie dont souffre l'adhérent.

Ce certificat peut être transmis directement au Médecin conseil de GROUPE SOLLY AZAR.

Par ailleurs, vous devrez communiquer les éléments suivants :

- en cas de rechute dans les trois mois suivant la reprise du travail, un certificat médical prescrivant une prolongation de l'arrêt de travail et fixant la durée de cette prolongation ;
- en cas de prolongation, tout certificat médical prescrivant une prolongation de l'arrêt de travail et fixant la durée de cette prolongation ;
- en cas de reprise partielle dans un but thérapeutique, tout certificat médical prescrivant la reprise partielle.

Compte tenu de la situation particulière de certains dossiers, nous nous réservons la possibilité de demander des pièces complémentaires à celles indiquées ci-dessus, et notamment l'assureur se réserve la possibilité de vous demander les justifications de vos frais généraux.

14.3 - Contrôle

Vous devrez apporter la preuve de votre incapacité de travail, et fournir à ce titre les éléments justificatifs qui peuvent vous être demandés par GROUPE SOLLY AZAR, ainsi que vous soumettre aux examens et contrôle effectués par le médecin délégué ou tout autre représentant mandaté par celui-ci.

Dans ce cadre vous devrez autoriser l'accès à votre domicile, ou lieu de traitement que vous aurez préalablement signalé par lettre recommandée à GROUPE SOLLY AZAR, tous les jours ouvrables entre 9 et 21 heures, sauf opposition justifiée.

14.4 - Aggravation indépendante de l'événement garanti

Chaque fois que les conséquences d'un accident ou d'une maladie seront aggravées par l'état constitutionnel de la victime, par l'action d'une autre maladie ou d'une infirmité antérieure non garantie, par un manque de soins constaté, dû à la négligence de la victime ou à un traitement empirique, la durée de paiement des indemnités sera déterminée par le médecin délégué ou GROUPE SOLLY AZAR, non en fonction de la durée réelle de l'arrêt de travail, mais de celle qu'elle aurait été chez un sujet de santé normale soumis à un traitement médical rationnel.

14.5 - Expertise - Arbitrage

Si vous êtes en désaccord avec les conclusions du médecin délégué, vous pourrez, sur présentation d'un certificat médical argumenté et contradictoire, demander une expertise amiable qui sera confiée à un tiers expert désigné d'un commun accord.

à défaut d'entente sur le choix de cet expert amiable, la désignation est faite par le Président du tribunal de Grande Instance de votre domicile, à la requête de la partie la plus diligente.

Les frais relatifs à sa nomination ainsi que ses honoraires, seront supportés par moitié entre vous et nous.

Nous nous engageons communément (vous et nous) à nous interdire d'avoir recours à la voie judiciaire tant que l'expertise amiable n'a pas eu lieu.

Le non-respect par vous de l'un des points évoqués dans le présent article 14, pourra nous amener à refuser l'indemnisation demandée.

TITRE IV - LES AUTRES DISPOSITIONS RELATIVES À VOTRE ADHÉSION

ART. 15 - L'ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES DU CONTRAT

La garantie ne concerne que les adhérents résidant durablement en France. Elle s'exerce dans le monde entier pour des événements imprévisibles à la date du départ de France Métropolitaine.

ART. 16 - LES RÉCLAMATIONS - LA MÉDIATION

Votre adhésion au contrat PROspectiv' FRAIS GENERAUX PERMANENTS est soumise exclusivement à la compétence des tribunaux français.

• Examen des réclamations :

Si vous rencontrez des difficultés liées à l'application de votre adhésion au contrat, vous êtes invité, **dans un premier temps**, à prendre contact avec votre interlocuteur habituel.

Dans un second temps, si le différend persiste, vous devez formuler une réclamation ou signifier votre désaccord, par courrier simple adressé au Service Clients à l'adresse suivante :

GROUPE SOLLY AZAR / GESTION VIE
60 rue de la Chaussée d'Antin
75439 PARIS CEDEX 09

qui traitera votre réclamation le plus rapidement et le plus objectivement possible.

• Procédure de médiation :

En dernier recours, si le différend persistait après la réponse apportée, ou en cas de non réponse, vous aurez la faculté d'adresser votre réclamation directement à l'Assureur :

SwissLife Prévoyance et Santé
Direction des Partenariats non vie
7, rue Belgrand - 92300 Levallois-Perret

qui traitera votre réclamation en vous apportant une réponse le plus rapidement possible.

Dans sa réponse, l'assureur vous communiquera les coordonnées du Médiateur qui peut être saisi après épuisement des procédures internes.

Le Médiateur ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée.

ART. 17 - LA PRESCRIPTION

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

Article L. 114-1 :

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

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

Article L. 114-2 :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L. 114-3 :

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

ART. 18 - DROIT DE COMMUNICATION ET DE RECTIFICATION (LOI 78.17 DU 6 JANVIER 1978 MODIFIÉE)

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 dite « informatique et libertés » modifiée par la loi n° 2004- 801 du 6 août 2004, nous vous informons que le responsable du traitement de vos données personnelles est l'Assureur.

Vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée auprès du Service clients de GROUPE SOLLY AZAR dont les coordonnées sont mentionnées dans l'encadré en première page du présent document.

Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées, pour le suivi de votre dossier et l'envoi de documents concernant les produits d'assurance, par l'Assureur, destinataire de l'information, avec ses mandataires, le cas échéant, les organismes de réassurances.

Cependant, si vous souhaitez ne pas être sollicité, nous vous invitons à le faire savoir par simple courrier à GROUPE SOLLY AZAR.

ART. 19 - LA SUBROGATION

Conformément à l'article L 121.12 du Code des Assurances, l'Adhérent bénéficiaire des indemnités journalières 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.

ART. 20 - AUTORITÉ DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur qui assure les garanties au titre du présent contrat est : **ACPR - Autorité de Contrôle Prudentiel et de résolution** 61, rue Taitbout - 75009 Paris.

ART. 21 - POSSIBILITÉ DE RENONCIATION

Vous disposez d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à partir du jour de la date de conclusion de votre adhésion (date indiquée sur le certificat d'adhésion), pour y renoncer, dans le cadre et dans les conditions prévus par l'article L 112-9 du Code des Assurances ou par les articles L.112-2-1 III du Code des Assurances et L 121-20-8 et suivants du Code de la Cete renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à **GROUPE SOLLY AZAR /GESTION VIE - 60 rue de la Chaussée d'Antin - 75439 PARIS CEDEX 09.**

Elle peut être formulée suivant le modèle de lettre ci-dessous.

La résiliation de l'adhésion prendra effet au jour de la réception de la Lettre Recommandée A.R par le Centre de gestion **GROUPE SOLLY AZAR / GESTION VIE.**

Les conséquences du droit à renonciation sont indiquées dans l'article 4.4 de la présente notice d'information.

Article L112-9-1 premier alinéa du Code des Assurances :

«Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. (...) Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit à renonciation».

Dans le cas où l'adhésion a été souscrite exclusivement à distance au sens des articles L. 112-2-1 III du Code des Assurances et L121-20-8 et suivants du Code de la Consommation :

L'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion (date indiquée sur le certificat d'adhésion) à la demande expresse de l'adhérent.

La cotisation, dont je suis redevable, le cas échéant, en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de mon adhésion avant l'expiration du délai de rétractation, est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion du contrat et la date de réception de mon éventuelle renonciation.

En cas de rétractation, si des prestations ont été versées, je m'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

Modèle de lettre de renonciation :

Messieurs,
Je soussigné(e) (Nom et Prénom de l'adhérent), demeurant à (domicile principal), ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat PROspectiv' FRAIS GENEVAUX PERMANENTS (numéro d'adhésion), que j'ai signé le (date) et vous demande le remboursement intégral de ma cotisation versée.

A : (Indiquer le lieu)

Le : (Indiquer la date)

Signature.

TITRE V - LEXIQUE

Accident : Par accident il faut entendre toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont pas considérées comme des Accidents et sont donc traitées selon les mêmes modalités que les maladies, les affections suivantes : lumbagos, sciatiques, hernies (pariétales, musculaires et discales), alors même que ces affections seraient d'origine traumatique.

Adhérent : Il s'agit de la personne physique ou morale qui signe le certificat d'adhésion au contrat, acquitte les cotisations, et ainsi accède à la garantie du contrat

Âge : Pour le calcul de la cotisation, l'âge se calcule par différence de millésimes. Exemple : Année de naissance de l'assuré = 1980 - Echéance de renouvellement adhésion ou date d'effet adhésion = 01/04/2011 - Age pris en compte pour le calcul de la cotisation au 01/04/2011 = 31 ans (2011 - 1980 = 31).

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

Assuré : Il s'agit de la personne qui bénéficie de la garantie souscrite dans le cadre de l'adhésion, et par conséquent, vous, l'adhérent au contrat.

Conclusion (de l'adhésion) : L'adhésion est conclue par l'accord entre l'adhérent et l'assureur. La date de conclusion est indiquée au certificat d'adhésion.

Délai d'attente : Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion portée au **Certificat d'adhésion.**

Toutes affections ou Maladies et leurs suites apparues pendant ce délai sont définitivement exclues des garanties.

France : Il s'agit de la France continentale (France métropolitaine, hors Corse).

Franchise : Période pendant laquelle les prestations ne sont pas dues.

Hospitalisation : Séjour de plus de 24 heures, en qualité de patient, prescrit par un médecin dans une clinique ou un hôpital public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

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

Sont notamment considérées comme maladies : les hernies, ptoses, lumbagos, scolioses, lordoses, ainsi que les congestions, insulations, sauf si elles sont consécutives à un accident garanti.

Maladies mentales et affections psychiatriques : Par maladies mentales et affections psychiatriques, il faut entendre : les affections de type psychiatrique, psycho-neurologique, psychosomatique ou névrotique, d'états dépressifs de toute nature, de dépressions, des troubles de la personnalité et/ou du comportement, des troubles de l'alimentation, d'aliénation mentale, fibromyalgie et syndrome de fatigue chronique, ainsi que des suites et conséquences de ces affections.

Maternité : L'état de grossesse, l'interruption de grossesse, l'accouchement, les suites de couches ainsi que les complications pathologiques de ces événements.

Nous : Il s'agit de nous-mêmes, l'Assureur.

Sinistre : Événement garanti donnant lieu à indemnisation au titre d'une Incapacité Temporaire Totale de travail dans le cadre de votre adhésion au présent contrat.

Vous : Il s'agit de vous, adhérent et assuré.

NOTICE D'INFORMATION PROspectiv' DÉCÈS - DÉCÈS 09/2014
Contrat collectif d'assurance à adhésion facultative n° A 4272.0001

GROUPE SOLLY AZAR – SAS au capital de 200 000 € - 353 508 955 RCS PARIS – Société de courtage d'Assurances – siège social / 60 rue de la Chaussée d'Antin 75439 PARIS CEDEX 09 – N°ORIAS : 07 008 500- www.orias.fr, contrat auprès de SWISSLIFE PREVOYANCE ET SANTE – société anonyme au capital de 150 000 000 euros – Sociétés d'Assurances régies par le Code des Assurances – RCS Nanterre 322 215 021 Siège social : 7, Rue Belgrand- 92300 LEVALLOIS-PERRET. SWISSLIFE ASSURANCE ET PATRIMOINE – société anonyme au capital de 169 036 086, 38 euros – Sociétés d'Assurances régies par le Code des Assurances – RCS Nanterre 341 785 632 Siège social : 7, Rue Belgrand- 92300 LEVALLOIS-PERRET.

La gestion de votre adhésion est effectuée par GROUPE SOLLY AZAR – 60 rue de la Chaussée d'Antin 75439 PARIS CEDEX 09
Tél : 01 49 45 61 01 - fax 01 49 45 65 10, qui agit par délégation de l'Assureur.

TITRE I - LE CONTRAT ET VOTRE ADHÉSION

ART. 1 - L'OBJET DU CONTRAT ET DE VOTRE ADHÉSION

Votre adhésion au contrat PROspectiv' DÉCÈS a pour objet le versement d'un capital forfaitaire en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) par suite de maladie ou d'accident.

En option, le capital peut être doublé en cas de Décès par suite d'accident.

En option, le capital peut être versé par anticipation en cas d'Invalidité Permanente Totale (IPT) par suite d'accident ou de maladie.

En option, une rente conjoint peut être versée temporairement en cas de décès.

En option, une rente éducation peut être versée temporairement aux enfants à charge en cas de décès.

Les garanties que vous avez choisies sont définies sur votre Certificat d'Adhésion.

Le capital dont le montant est défini sur votre Certificat d'Adhésion peut être versé en rente viagère.

ART. 2 - QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ AU CONTRAT ?

Pour adhérer et être assuré, vous devez :

- être âgé de 18 ans au moins et de 55 ans au plus à la date d'effet de votre adhésion (Date d'effet de l'adhésion comprise entre le jour du 18^e anniversaire de l'assuré et le jour de son 55^e anniversaire) ;
- avoir le statut de travailleur non salarié ou de conjoint collaborateur ;
- exercer de manière effective une activité professionnelle non exclue rentrant dans l'une des catégories suivantes : professions libérales, commerçants, artisans, exploitants agricoles, sans aménagement du temps de travail et/ou conditions de travail pour raisons de santé ;
- résider et exercer votre activité professionnelle en France continentale (c'est-à-dire hors Corse, Département et Région d'Outre-mer et Collectivités d'Outre-mer) ;
- avoir satisfait aux formalités médicales.

ART. 3 - LA VIE DE VOTRE ADHÉSION

3.1- Les formalités à accomplir

- **À la souscription de votre adhésion**, vous devez répondre avec précision aux questions et fournir les renseignements demandés sur :
 - la demande d'adhésion, concernant votre situation personnelle et professionnelle ;
 - la déclaration d'état de santé.

A l'exception de celles relatives à votre état de santé, ces déclarations seront reprises sur votre Certificat d'Adhésion.

L'ensemble des déclarations servent de base à l'établissement de votre adhésion. Elles nous permettent d'évaluer en toute connaissance de cause, notre engagement d'assurance, et de percevoir la cotisation adaptée.

Selon les réponses apportées, nous pouvons être amenés à refuser notre garantie.

- **En cours d'adhésion**, vous devrez nous déclarer au plus tard dans les 15 jours :
 - toute modification concernant l'un des éléments spécifiés au Certificat d'Adhésion ;
 - la modification de votre statut professionnel ;
 - le changement ou la cessation de votre activité professionnelle ;
 - la fixation du domicile hors de France Métropolitaine.

MODIFICATION DE RISQUE EN COURS D'ADHÉSION

Si les éléments modifiés constituent une aggravation de risque, l'Assureur peut, soit dénoncer l'adhésion sous préavis de 10 jours, soit proposer une nouvelle prime qui, si elle est refusée, entraînera la résiliation de l'adhésion par lettre recommandée moyennant préavis de 10 jours.

Si les éléments modifiés constituent une diminution de risque, l'Assureur peut diminuer la prime en conséquence. A défaut, l'Adhérent peut résilier l'adhésion moyennant un préavis de 30 jours.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration

inexacte, entraîne l'application, suivant les cas, des articles L.113-8 (nullité de l'adhésion) et L.113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.

Les demandes d'augmentation ou de modifications de garantie à la hausse sont subordonnées aux mêmes formalités et règles que celles pratiquées lors d'une nouvelle adhésion. Elles peuvent prendre effet à tout moment au cours de la vie de l'adhésion à l'exception des diminutions de garantie qui ne peuvent intervenir qu'à la date anniversaire.

3.2 - Vos déclarations

Vos déclarations et communications servent de base à l'application de votre adhésion et de la garantie, et n'ont d'effet que si elles nous sont parvenues par écrit, ou à défaut, confirmées par nous-mêmes dans un document écrit lorsque vous nous aurez informés par un autre moyen. **L'emploi de documents ou la production de renseignements inexacts ayant pour but ou pour effet de nous induire en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne la perte de tous droits à l'assurance.**

ART. 4 - LA CONCLUSION ET LA DURÉE DE VOTRE ADHÉSION

4.1 - La conclusion, la date d'effet, la durée et le renouvellement de votre adhésion.

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur. La date de conclusion est indiquée au Certificat d'Adhésion.

Sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation, votre adhésion prend effet à la date indiquée sur le Certificat d'Adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception de votre demande d'adhésion par GROUPE SOLLY AZAR.

L'adhésion est conclue pour une durée annuelle, renouvelable par tacite reconduction, à la date anniversaire de la date d'effet, sauf résiliation, par l'une ou l'autre des parties, dans les cas et selon les modalités fixées à l'article 4.2 ci-après.

4.2 - La résiliation de votre adhésion

• À l'initiative de l'Adhérent :

Vous avez la possibilité de demander la résiliation de votre adhésion :

- Chaque année, moyennant un préavis de deux mois ;
- En cas d'augmentation de la prime résultant d'une révision du tarif dans les conditions prévues à l'article 3. La demande doit intervenir dans les 3 mois suivant la date de l'événement et prend effet un mois après sa notification à l'Assureur.

Votre notification doit être adressée à GROUPE SOLLY AZAR par lettre recommandée avec accusé de réception.

• À l'initiative de l'Assureur :

La résiliation peut intervenir :

- En cas de non-paiement de la prime (art. L.132-20 et art. L.113.3 du Code des Assurances) ;
- En cas d'omission ou d'inexactitude, réticence ou fausse déclaration du risque lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion (articles L.113-8 et 9 du Code des Assurances) ;
- En cas de fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues. La résiliation prendra effet 10 jours après sa notification.

La notification vous sera communiquée par lettre recommandée adressée par GROUPE SOLLY AZAR à votre dernier domicile connu. La date d'envoi constituera le point de départ du préavis.

• Elle intervient de plein droit :

- Le jour de votre 65^e anniversaire ;
- En cas de modification de votre statut professionnel ;
- En cas de cessation d'activité professionnelle ;
- En cas de fixation de votre domicile hors de France Métropolitaine.

Dans ces trois cas, vous devez en informer GROUPE SOLLY AZAR dans les 3 mois suivant la date de l'événement et la résiliation prend effet un mois après sa notification à l'Assureur.

- En cas de survenance de l'un des risques garantis donnant versement des prestations prévues par le contrat ;

- En cas de retrait d'agrément de l'Assureur (article L.326-12 du Code des Assurances)
- En cas de résiliation du contrat groupe demandée par GROUPE SOLLY AZAR ou l'Assureur, à l'échéance annuelle du contrat fixé au 31/12. En cas de résiliation à l'initiative de l'Assureur, ce dernier pourra vous proposer, sur votre demande, un maintien de votre garantie dans le cadre d'un contrat individuel au tarif en vigueur pour ce type de contrat.

TITRE II – LES GARANTIES PRÉVUES PAR LE CONTRAT ET VOTRE ADHÉSION

ART. 8 – L'OBJET DE VOTRE GARANTIE

Le contrat prévoit le paiement d'un capital forfaitaire de base ou d'une rente viagère versée à mois échu en cas de décès de l'Assuré survenant pendant la période de validité de l'adhésion et au plus tard avant la fin de l'échéance annuelle au cours de laquelle l'assuré atteint son 65^e anniversaire. Ce capital est payé aux bénéficiaires librement désignés par l'Assuré.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie reconnu pendant la période de validité de l'adhésion et au plus tard avant la fin de l'échéance annuelle au cours de laquelle l'assuré atteint son 65^e anniversaire, le capital ou la rente viagère est versé à l'Assuré lui-même. La perte Totale et Irréversible d'Autonomie est caractérisée par l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une occupation ou à un travail quelconque apportant gain ou profit et par l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Lorsque le versement en rente viagère est souscrit, en cas de décès de l'assuré survenant suite à la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, la rente est reversée aux bénéficiaires désignés, conformément à l'article 11.

Le montant du capital assuré est mentionné sur le Certificat d'Adhésion ou sur l'avenant d'adhésion en cas de modification des garanties initialement souscrites.

Le versement du capital ou de la rente viagère met fin à l'adhésion.

ART. 9 – COMMENT EST CALCULÉ LE MONTANT DE LA RENTE VIAGÈRE ?

Le montant de la rente est obtenu à partir du capital souscrit et la situation personnelle du bénéficiaire en cas de décès de l'assuré ou de celle de l'assuré lui-même en cas de Perte Totale et irréversible d'autonomie. Les tables de mortalité utilisées pour ce calcul sont les TGF05 et TGH05.

ART. 10 - OPTION DOUBLEMENT ACCIDENT

Lorsque cette option est souscrite et indiquée sur votre Certificat d'Adhésion, un capital supplémentaire, d'un montant identique au capital de base garanti en cas de Décès/PTIA, est versé si le Décès survient des suites d'un accident dans un délai maximum de 12 mois suivant la date de cet accident, pendant la période de validité de l'adhésion et au plus tard avant la fin de l'échéance annuelle au cours de laquelle l'assuré atteint son 65^e anniversaire. La preuve du décès par accident incombe au bénéficiaire.

Dans le cas d'un versement en rente viagère, le doublement du capital est pris en compte lors du calcul du montant de la rente.

ART. 11 - OPTION INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE

Lorsque cette option est souscrite et indiquée sur votre Certificat d'Adhésion, le capital Décès/PTIA de base peut être versé par anticipation dès la reconnaissance d'une Invalidité Permanente Totale supérieure ou égale à 66%, survenant suite à un accident ou une maladie pendant la période de validité de l'adhésion et au plus tard avant la fin de l'échéance annuelle au cours de laquelle l'assuré atteint son 65^e anniversaire.

Le taux global d'invalidité retenu résulte de la combinaison du taux d'incapacité fonctionnelle physique ou mentale et du taux d'incapacité professionnelle suivant le tableau ci-dessous.

Ces taux seront évalués par voie d'expertise médicale auprès d'un médecin expert désigné par l'assureur.

- L'incapacité fonctionnelle sera appréciée et chiffrée en se référant au barème indicatif des incapacités en droit commun (Barème du Concours Médical en vigueur) en appliquant la règle de Balthazard.
- L'incapacité professionnelle sera appréciée et chiffrée en tenant compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de cette profession et des possibilités restantes d'exercer une profession quelconque.

Les degrés d'incapacité fonctionnelle et professionnelle varient de 0 à 100.

Le degré d'invalidité «n» qui détermine le droit à la prestation est donné par le tableau ci-après :

ART. 5 - LA DURÉE DE LA GARANTIE

5.1 - La prise d'effet de la garantie et le délai d'attente

Les garanties débutent et vous sont acquises dès la date d'effet de votre adhésion au contrat.

5.2 - La suspension de la garantie

- Votre adhésion et la garantie qui s'y attache sont suspendues en cas de :
 - non-paiement des cotisations selon les dispositions prévues par le Code des Assurances.
 - séjour de plus de 2 mois hors de France Métropolitaine.
- En cas de suspension, votre adhésion et la garantie reprennent effet en cas de :
 - non-paiement de la cotisation : le lendemain du jour où les cotisations arriérées ont été payées,
 - séjour hors de France Métropolitaine de plus de 2 mois : le lendemain de votre retour.

La suspension des garanties entraîne pour vous, la perte de tout droit à prestations se rapportant à des accidents, maladies survenus pendant cette période.

5.3 - La cessation de la garantie

La garantie cesse à la date d'effet de la résiliation de votre adhésion, de votre adhésion, et au plus tard le jour du 65^e anniversaire de l'adhérent. Toutefois en cas de départ à la retraite avant cette date, la garantie cessera à la date d'entrée en jouissance de vos droits à la retraite.

ART. 6 - VOS COTISATIONS

6.1 - La base de calcul et le montant de vos cotisations

• En début d'adhésion :

Le montant de votre cotisation pour l'année en cours est mentionné sur votre certificat d'adhésion. Il est déterminé en fonction du montant du capital choisi, des options souscrites, de votre âge à la date d'effet (âge calculé par différence de millésimes. Cf. définition « âge » du lexique).

• En cours d'adhésion, votre cotisation change :

- A chaque échéance anniversaire, en fonction de l'âge atteint par l'Assuré (âge calculée par différence de millésimes. Cf. définition « âge » du lexique).
- Et, le cas échéant, avec la modification du montant du capital garanti ou avec le rajout ou la suppression d'options. Dans ce cas, le tarif applicable pour l'année en cours sera mentionné, sur le nouveau Certificat d'Adhésion ou l'avenant correspondant, et sera déterminé selon le barème en vigueur pour une nouvelle adhésion.

6.2 - L'évolution des cotisations

Lors de chaque échéance principale, en-dehors de la variation prévue en fonction de l'âge évoquée ci-dessus, votre cotisation pourra également évoluer pour tenir compte de la révision du tarif résultant de l'aggravation des résultats techniques du contrat, telle que l'augmentation de la fréquence ou du coût moyen des sinistres. Dans ce cas, GROUPE SOLLY AZAR vous en informera au plus tard dans les 30 jours précédant l'échéance principale. Vous aurez alors la possibilité de demander le non renouvellement de votre adhésion dans les 30 jours suivant le jour où vous aurez eu connaissance de la modification. Toute modification des taxes applicables entraînera une modification du montant de la cotisation.

6.3 - Le paiement de vos cotisations

Votre cotisation est payable mensuellement d'avance à GROUPE SOLLY AZAR.

En application de l'article L. 132-20 du Code des Assureurs, l'assureur n'a pas d'action pour exiger le paiement des primes. Lorsqu'une prime ou fraction de prime n'est pas payée dans les 10 jours de son échéance, l'assureur adresse au contractant une lettre recommandée par laquelle il l'informe qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement, à l'assureur ou au mandataire désigné par lui, de la prime ou fraction de prime échue ainsi que des primes éventuellement venues à échéance au cours dudit délai, entraîne soit la résiliation du contrat en cas d'inexistence ou d'insuffisance de la valeur de rachat, soit la réduction du contrat. L'envoi de la lettre recommandée par l'assureur rend la prime portable dans tous les cas.

ART. 7 – LA NOTICE D'INFORMATION

Conformément à la législation, nous vous remettons, préalablement à votre adhésion au contrat, une notice d'information que constitue le présent document. Cette notice d'information vous précise les modalités d'application et de fonctionnement de votre adhésion au contrat.

Taux d'invalidité fonctionnelle								
TIP	20	30	40	50	60	70	80	90
10	-	-	-	29,24	33,02	36,59	40,00	43,27
20	-	-	31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51
30	-	30	36,54	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40
40	25,20	33,02	40	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,45	62,57	68,40	73,99
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,88	76,12	83,20	90,00
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22

TIP : Taux d'Invalidité Professionnelle

Pour donner lieu à indemnisation, le degré «n» doit être supérieur à 66
Le versement du capital met fin à l'adhésion.

ART. 12 - OPTION RENTE ÉDUCATION

Lorsque cette option est souscrite et indiquée sur votre Certificat d'adhésion, en cas de décès de l'assuré avant la fin de l'échéance annuelle au cours de laquelle celui-ci a atteint son 65^e anniversaire, et en présence d'enfants à charge définis à l'article 15, l'Assureur verse à mois échu pour chaque enfant, une rente temporaire éducation pendant une période maximale de 24 mois à compter de la reconnaissance du décès par l'assureur. Le montant de la rente varie en fonction de l'âge de l'enfant bénéficiaire au moment du 1^{er} versement :

- Majoration de 50% du montant de la rente choisi, si l'enfant à charge est âgé de 12 ans à 18 ans lors du 1^{er} versement.
- Majoration de 100% du montant de la rente choisi, si l'enfant à charge est âgé de 18 ans à 26 ans lors du 1^{er} versement.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie reconnu pendant la période de validité de l'adhésion et au plus tard avant la fin de l'échéance annuelle au cours de laquelle l'assuré atteint son 65^e anniversaire, la rente éducation est versée à l'Assuré lui-même. Dans le cas où le décès survient dans les 24 mois ou moins qui suivent la date de reconnaissance de la PTIA par l'Assureur, la rente est reversée aux enfants à charge au prorata temporis des 24 mensualités contractuelles. La mise en jeu de cette garantie met fin au présent contrat.

Le service des rentes cesse :

- Au terme des 24 mois qui suivent la date de reconnaissance du décès ou de la PTIA de l'assuré par l'assureur.
- Au jour où l'enfant ne remplit plus les conditions visées à l'article 15.
- Au jour du décès de l'enfant

La rente Éducation ne peut être souscrite sans le capital décès.

Le montant de la rente éducation est mentionné sur le certificat d'adhésion ou sur l'avenant d'adhésion en cas de modification des garanties initialement souscrites.

ART. 13 - OPTION RENTE CONJOINT

Lorsque cette option est souscrite et indiquée sur votre Certificat d'adhésion, en cas de décès de l'assuré avant la fin de l'échéance annuelle au cours de laquelle celui-ci a atteint son 65^e anniversaire, l'Assureur verse à moi échu une rente temporaire pendant une période maximale de 24 mois à compter de la reconnaissance du décès par l'assureur, au profit du conjoint, au partenaire lié par un PACS ou du concubin désigné à la demande d'adhésion.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie reconnu pendant la période de validité de l'adhésion et au plus tard avant la fin de l'échéance annuelle au cours de laquelle l'assuré atteint son 65^e anniversaire, la rente conjoint est versée à l'Assuré lui-même. Dans le cas où le décès survient dans les 24 mois ou moins qui suivent la date de reconnaissance de la PTIA par l'Assureur, la rente est reversée au profit du conjoint, au partenaire lié par un PACS ou du concubin désigné, au prorata temporis des 24 mensualités contractuelles. La mise en jeu de cette garantie met fin au présent contrat.

Le service des rentes cesse :

- Au terme des 24 mois qui suivent la date de reconnaissance du décès ou de la PTIA de l'assuré par l'assureur.
- Au jour du décès du bénéficiaire.

La rente Éducation ne peut être souscrite sans le capital décès.

Le montant de la rente éducation est mentionné sur le certificat d'adhésion ou sur l'avenant d'adhésion en cas de modification des garanties initialement souscrites.

ART. 14 - DÉSIGNATION BÉNÉFICIAIRE(S) EN CAS DE DÉCÈS

Le capital ou la rente viagère est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), à défaut au conjoint survivant et non séparé de l'Adhérent, à défaut aux enfants nés ou à naître de l'Adhérent (vivants ou représentés), à défaut aux ascendants de l'Adhérent, à défaut aux héritiers de l'Adhérent.

Si l'Adhérent désire que le capital garanti ne soit pas attribué selon la clause ci-dessus ou si, en cours de contrat, il souhaite désigner un ou plusieurs autres bénéficiaires, il doit en faire la déclaration à l'Assureur.

Toute désignation ou changement de désignation non porté à la connaissance de l'Assureur lui est inopposable. Afin d'éviter tout risque d'homonymie, l'Adhérent doit indiquer, pour chaque bénéficiaire, toutes précisions permettant son identification exacte, notamment ses noms et prénoms et ses date et lieu de naissance. L'ouverture du droit des bénéficiaires au capital garanti est subordonnée à leur existence le jour même du décès de l'Adhérent. L'attention de l'Assuré est attirée sur le fait qu'en cas d'acceptation par le bénéficiaire désigné, cette désignation, sauf renonciation écrite faite par le bénéficiaire, devient en principe irrévocable.

Conformément à l'article L. 132-9-2 du Code des Assurances « toute personne physique ou morale peut demander par lettre à un ou plusieurs organismes professionnels représentatifs, habilités à cet effet par arrêté du ministre chargé de l'économie, à être informée de l'existence d'une stipulation effectuée à son bénéfice, par tout moyen, la preuve du décès ». La loi 2005-1564 du 15 décembre 2005 désigne l'AGIRA comme organisme appelé à centraliser ces demandes de recherche et à la répercuter auprès des différentes compagnies d'assurance (AGIRA Recherche des bénéficiaires en cas de décès - 1 rue Jules Lefebvre 75341 PARIS CEDEX 09

ART. 15 – DÉFINITION DES ENFANTS A CHARGE

Sont considérés comme tels les enfants de l'assuré(e) :

- De moins de 18 ans rattachés au foyer fiscal ;
- Agés de 18 à 26 ans poursuivant des études supérieures et fiscalement à charge de l'assuré, à condition qu'ils ne perçoivent pas de revenu propre supérieur à 50% du SMIC (Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance)
- Enfants non fiscalement à charge, mais pour lesquels l'assuré verse une pension alimentaire suite à une décision de justice.
- Enfants nés viable moins de 300 jours après le décès de l'assuré.

ART. 16 - QUELS SONT LES CAS OU LA GARANTIE NE S'EXERCE PAS ?

- **Ne sont jamais garantis au titre de votre adhésion, les Sinistres résultant et/ou provenant des suites et conséquences des affections, Maladies, Accidents et infirmités dont la première constatation médicale est antérieure à la date de prise d'effet de vos garanties.**
- **Le contrat ne garantit pas par ailleurs l'attribution du capital en cas de Décès/PTIA ou IPT consécutifs à l'un des événements suivants :**
 - le suicide ou tentative de suicide au cours de la 1^{ère} année ; en cas d'augmentation des garanties, le suicide est exclu pour le supplément de garanties pendant la 1^{ère} année qui suit la prise d'effet de cette augmentation ;
 - la participation active de l'Adhérent à des altercations, rixes, émeutes et mouvements populaires, à des actes de terrorismes ou de sabotages ;
 - les conséquences de l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement, de l'ivresse ou de l'éthylisme ;
 - les risques dus à des faits de guerre civile ou étrangère, d'actes de terrorisme, de rixes, d'émeutes ou de troubles ;
 - les maladies ou accidents qui sont le fait volontaire de l'Adhérent ou du bénéficiaire ou qui résultent d'une tentative de suicide ou de mutilation volontaire ;
 - les risques dus à la désintégration de noyau atomique, émission de radiation ionisante et tout phénomène de radioactivité ;
 - la pratique d'un sport à titre professionnel ou amateur avec compétition au niveau national ou international, ainsi que les entraînements afférents ;
 - la pratique des sports suivants : saut à l'élastique, delta plane, spéléologie, alpinisme, parapente, parachutisme en chute libre ou ascensionnel, taekwondo, boxe française, savate, boxe thaïlandaise, triathlon, ULM, sports mécaniques et aériens, plongée subaquatique ;
 - les accidents en cas de conduite en état d'ivresse, c'est-à-dire lorsque l'alcoolémie de l'Adhérent est supérieure ou égale au taux d'interdiction de conduire prévu par la réglementation en vigueur ;
 - les accidents en cas de conduite de tout engin par l'Adhérent s'il n'a pas la qualification ou le permis requis par la réglementation en vigueur ;
 - les conséquences des cataclysmes ;
 - les risques liés à l'accomplissement du service militaire ou de périodes militaires supérieures à 1 mois.

TITRE III - LE RÈGLEMENT DE VOS INDEMNITÉS

ART. 17 - CE QUE VOUS DEVEZ DÉCLARER

17.1- La déclaration et les documents que vous devez transmettre

La déclaration du sinistre garanti doit être faite dans les plus brefs délais.

Le paiement du capital est effectué sur présentation des pièces justificatives suivantes :

- en cas de Décès :
 - un acte de décès et toute pièce permettant de justifier de la qualité du ou des bénéficiaire(s).
 - une copie de la carte d'identité
- lorsque l'option rente éducation est souscrite et indiquée sur le certificat d'adhésion, le versement de la rente est effectué sur présentations des justificatifs complémentaires suivants :
 - un certificat de scolarité : enfant à charge âgé de 18 à 26 ans.
 - un contrat de travail et derniers bulletins de salaire : enfant à charge âgé de 18 à 26 ans percevant une rémunération.
- en cas de PTIA ou d'IPT : un certificat médical constatant la nature de l'invalidité et la date de constatation médicale de la maladie ou de la survenance de l'accident et attestant du caractère définitif de l'invalidité (ainsi que de la nécessité de recourir à l'assistance d'une tierce personne dans le cadre de la PTIA) ou les conséquences et séquelles de l'accident entraînant la mise en jeu de la garantie, la preuve du lien de causalité entre l'accident et le risque garanti incombe au(x) bénéficiaire(s). Ce certificat peut être transmis directement au Médecin Conseil de GROUPE SOLLY AZAR.

Compte tenu de la situation particulière de certains dossiers, nous nous réservons la possibilité de demander des pièces complémentaires à celles indiquées ci-dessus.

En cas de sinistre survenant à l'étranger, l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et d'Invalidité Permanente Totale doit être constaté en France Métropolitaine.

17.2 - Expertise - Arbitrage

En cas de PTIA ou d'IPT, si vous êtes en désaccord avec les conclusions du médecin délégué, vous pourrez, sur présentation d'un certificat médical argumenté et contradictoire, demander une expertise amiable qui sera confiée à un tiers expert désigné d'un commun accord.

À défaut d'entente sur le choix de cet expert amiable, la désignation est faite par le Président du tribunal de Grande Instance de votre domicile, à la requête de la partie la plus diligente.

Les frais relatifs à sa nomination ainsi que ses honoraires, seront supportés par moitié entre vous et nous.

Nous nous engageons communément (vous et nous) à nous interdire d'avoir recours à la voie judiciaire tant que l'expertise amiable n'a pas eu lieu.

TITRE IV - LES AUTRES DISPOSITIONS RELATIVES A VOTRE ADHÉSION

ART. 18 - L'ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES DU CONTRAT

La garantie ne concerne que les Adhérents résidant durablement en France Métropolitaine. Elle s'exerce dans le monde entier pour des événements imprévisibles à la date du départ de France Métropolitaine.

ART. 19 - LES RÉCLAMATIONS - LA MÉDIATION

Votre adhésion au contrat PROspectiv'DECES est soumise exclusivement à la compétence des tribunaux français.

• Examen des réclamations :

Si vous rencontrez des difficultés liées à l'application de votre adhésion au contrat, vous êtes invité, **dans un premier temps**, à prendre contact avec votre interlocuteur habituel.

Dans un second temps, si le différend persiste, vous devez formuler une réclamation ou signifier votre désaccord, par courrier simple adressé au Service Clients à l'adresse suivante :

GROUPE SOLLY AZAR / GESTION VIE

60 rue de la Chaussée d'Antin
75439 PARIS CEDEX 09

qui traitera votre réclamation le plus rapidement et le plus objectivement possible.

• Procédure de médiation :

En dernier recours, si le différend persistait après la réponse apportée, ou en cas de non réponse, vous aurez la faculté d'adresser votre réclamation directement à l'Assureur :

SwissLife Prévoyance et Santé
Direction des Partenariats non vie
7, rue Belgrand - 92300 Levallois-Perret

qui traitera votre réclamation en vous apportant une réponse le plus rapidement possible. Dans sa réponse, l'assureur vous communiquera les coordonnées du Médiateur qui peut être saisi après épuisement des procédures internes.

Le Médiateur ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée.

ART. 20 - LA PRESCRIPTION

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

Article L. 114-1 :

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

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

Article L. 114-2 :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L. 114-3 :

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

ART. 21 - DROIT DE COMMUNICATION ET DE RECTIFICATION (LOI 78.17 DU 6 JANVIER 1978 MODIFIÉE)

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 dite « informatique et libertés » modifiée par la loi n° 2004- 801 du 6 août 2004, nous vous informons que le responsable du traitement de vos données personnelles est l'Assureur.

Vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée auprès du Service clients de GROUPE SOLLY AZAR dont les coordonnées sont mentionnées dans l'encadré en première page du présent document.

Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées, pour le suivi de votre dossier et l'envoi de documents concernant les produits d'assurance, par l'Assureur, destinataire de l'information, avec ses mandataires, le cas échéant, les organismes de réassurance.

Cependant, si vous souhaitez ne pas être sollicité, nous vous invitons à le faire savoir par simple courrier à GROUPE SOLLY AZAR.

ART. 22 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur qui assure les garanties au titre du présent contrat est : ACPR – Autorité de contrôle Prudentiel et de Résolution – 61 rue Taitbout – 75009 PARIS.

ART. 23 - POSSIBILITÉ DE RENONCIATION

L'adhérent dispose d'un délai de 30 jours calendaires révolus, à partir du jour de la date de conclusion de son adhésion (date indiquée sur le certificat d'adhésion), pour y renoncer, dans le cadre et dans les conditions prévus par l'article 132-5-1 du code des assurances.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à :

GROUPE SOLLY AZAR / GESTION VIE

60 rue de la Chaussée d'Antin
75439 PARIS CEDEX 09

Elle peut être formulée suivant le modèle de lettre ci-dessous.

GROUPE SOLLY AZAR vous remboursera la totalité des cotisations perçues dans un délai de 30 jours suivants la réception de votre courrier.

Modèle de lettre de renonciation :

Messieurs,

Je soussigné(e) (Nom et Prénom de l'adhérent), demeurant à (domicile principal), ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat PROspectiv'DECES (numéro d'adhésion), que j'ai signé le (date) et vous demande le remboursement intégrale de ma cotisation versée.

A : (Indiquer le lieu)

Le : (Indiquer la date)

Signature.

TITRE V - LEXIQUE

Accident : Par accident il faut entendre toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont pas considérées comme des Accidents et sont donc traitées selon les mêmes modalités que les maladies, les affections suivantes : lumbagos, sciatiques, hernies (pariétales, musculaires et discales), alors même que ces affections seraient d'origine traumatique.

Adhérent : Il s'agit de la personne physique ou morale qui signe le certificat d'adhésion au contrat, acquitte les cotisations, et ainsi accède à la garantie du contrat

Âge : Pour le calcul de la cotisation, l'âge se calcule par différence de millésimes. Exemple : Année de naissance de l'assuré = 1980 - Echéance de renouvellement adhésion ou date d'effet adhésion = 01/04/2011 - Age pris en compte pour le calcul de la cotisation au 01/04/2011 = 31 ans (2011 - 1980 = 31).

Assuré : Il s'agit de la personne qui bénéficie de la garantie souscrite dans le cadre de l'adhésion, et par conséquent, vous, l'Adhérent au contrat.

Conclusion (de l'adhésion) : L'adhésion est conclue par l'accord entre l'adhérent et l'assureur. La date de conclusion est indiquée au certificat d'adhésion.

France : Il s'agit de la France continentale (France Métropolitaine, hors Corse Département et Région d'Outre-mer et Collectivités d'Outre-mer).

Maladie : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente. Sont notamment considérées comme maladies : les hernies, ptoses, lumbagos, scoliozes, lordoses, ainsi que les congestions, insulations, sauf si elles sont consécutives à un accident garanti.

Nous : Il s'agit de nous-mêmes, l'Assureur.

Sinistre : Evénement garanti donnant lieu à indemnisation au titre d'une Incapacité Temporaire Totale de travail dans le cadre de votre adhésion au présent contrat.

Vous : Il s'agit de vous, adhérent et assuré.

NOTICE D'INFORMATION PROspectiv' CHÔMAGE - DG n°44-2

Contrats collectifs d'assurance à adhésion facultative n°2400 (pour le contrat Madelin) et n°2401

GROUPE SOLLY AZAR – SAS au capital de 200 000 € - 353508955 RCS PARIS – Société de courtage d'Assurances – Siège social : 60 rue de la Chaussée d'Antin 75439 PARIS CEDEX 09 – N°ORIAS : 07 008 500 – www.orias.fr, contrat souscrit auprès de la **CAMEIC - société d'assurances mutuelle à cotisations variables – Entreprise régie par le Code des Assurances – Siège social : 25 rue de Madrid 75008 PARIS.**

La gestion de votre adhésion est effectuée par **GROUPE SOLLY AZAR – 60 rue de la Chaussée d'Antin 75439 PARIS CEDEX 09**
Tél : 01 49 45 61 01 - fax 01 49 45 65 10, qui agit par délégation de l'Assureur.

TITRE I – LE CONTRAT ET VOTRE ADHÉSION

ART. 1 - L'OBJET DU CONTRAT

L'adhésion au contrat PROspectiv' CHÔMAGE a pour objet de garantir à l'Assuré « travailleur non salarié » tel que défini à l'article 2.1, un **revenu de substitution** remplaçant tout ou partie de ses revenus d'activité, en cas de chômage consécutif à une procédure de sauvegarde, un redressement judiciaire ou liquidation judiciaire de l'Entreprise entraînant directement la perte d'emploi de l'Assuré.

Les garanties choisies sont définies sur le Certificat d'Adhésion.

ART. 2 - QUI PEUT ADHÉRER ET ÊTRE ASSURÉ AU CONTRAT ?

2.1 - Conditions propres à l'Assuré

Pour l'adhésion à la garantie, l'Adhérent/Assuré, personne physique, doit réunir les conditions cumulatives suivantes :

2.1.1 - D'une manière générale :

- avoir le statut de travailleur non salarié (TNS) exerçant en entreprise individuelle ou sous statut de gérant, et plus particulièrement les artisans, commerçants, les travailleurs indépendants, les membres d'une profession libérale, les professions indépendantes du conseil ;
- ne pas être en mesure de bénéficier du régime d'assurance chômage de l'UNEDIC au titre de l'article L 351-1 et SS. du Code du Travail ;
- l'âge limite d'adhésion est fixée au jour du 55^e anniversaire de l'assuré ;
- résider et exercer une activité professionnelle en France continentale (c'est-à-dire hors Corse, Département et Région d'Outre-mer et Collectivités d'Outre-mer) ;

2.1.2 - d'une manière spécifique pour un créateur et/ou un repreneur d'entreprise : exercer son activité professionnelle depuis moins d'un an à partir de la date d'effet de l'adhésion.

Dispositions spécifiques au contrat n°2400 (Contrat réservé aux assurés souhaitant bénéficier de la déductibilité fiscale des cotisations dans le cadre de la loi Madelin) : l'Assuré doit obligatoirement

- relever du régime obligatoire d'assurance maladie des travailleurs non-salariés et s'engager à être à jour, pendant toute la durée de l'adhésion au contrat, de ses cotisations auprès des régimes obligatoires de base.
- être membre de l'Association ARPTNS (Association de Retraite et de Prévoyance des Travailleurs Non-Salariés)
- **choisir un montant de garantie en fonction de son dernier revenu net imposable issu de son activité professionnelle déclarée, sans que ce montant n'ait pour conséquence de lui procurer un revenu de remplacement supérieur à ce dernier revenu net imposable. Il lui incombe de vérifier annuellement le respect de cette disposition en fonction de l'évolution de ses revenus fiscaux.**

2.2 - Conditions propres à l'Entreprise

Pour l'adhésion à la garantie, l'Entreprise de l'Adhérent/Assuré doit réunir les conditions cumulatives suivantes :

• d'une manière générale :

- ne pas faire ou ne pas avoir fait l'objet d'une procédure de redressement judiciaire au cours des cinq dernières années précédant la date d'adhésion ;
- être exemptée de toutes difficultés financières et économiques (factures impayées, retards de paiement ou impayés de cotisations aux organismes sociaux, compte courant débiteur, salaires impayés...);
- ne pas avoir de litige ni procès en cours ;
- ne jamais avoir émis de chèque sans provision ou retourné de traites impayées au cours des cinq dernières années ;
- avoir clôturé au minimum un exercice de 12 mois à la date de la demande d'adhésion ;
- n'a pas connu de diminution de ses fonds propres ou de son résultat après impôts de plus de 20% au cours des trois derniers exercices.

- **d'une manière spécifique pour une création et/ou une reprise d'entreprise :** ne pas avoir clôturé un exercice de 12 mois à la date d'effet de l'adhésion.

ART. 3 - LA VIE DE L'ADHÉSION

3.1 - Les formalités à accomplir

- **À la souscription**, l'Assuré s'engage à fournir les renseignements demandés sur la demande d'adhésion, concernant sa situation personnelle et professionnelle.

Ces déclarations seront reprises sur le Certificat d'Adhésion. L'ensemble des déclarations servent de base à l'établissement de l'adhésion. Elles permettent à l'Assureur d'évaluer en toute connaissance de cause, son engagement d'assurance, et de percevoir la cotisation adaptée.

- **En cours d'adhésion**, l'Assuré doit déclarer au plus tard dans les 15 jours :

- toute modification concernant l'un des éléments spécifiés au Certificat d'Adhésion ;
- toute modification survenue dans l'Entreprise telles que fusion, absorption, restructuration, modification du capital ou de l'objet social, plan de licenciement collectif, externalisation ou transfert de tout ou partie de l'activité principale de l'Entreprise, rachat d'une société ou création d'une filiale, changement d'implantation géographique ;
- les circonstances nouvelles qui ont pour conséquence, soit d'aggraver les risques, soit d'en créer de nouveaux et rendent de ce fait inexacts ou caduques les réponses faites lors de l'adhésion ;
- modification dans la situation d'un Assuré, qui serait susceptible de modifier sa prise en charge, notamment une reprise d'activité même à temps partiel, susceptible de lui apporter des revenus professionnels.
- la fixation du domicile hors de France Métropolitaine.

- **Sous peine de déchéance du droit aux prestations**, l'Assuré s'engage également à informer l'Assureur par lettre recommandée avec avis de réception de toute ouverture d'une procédure quelle qu'elle soit, qu'elle soit ouverte à l'initiative de l'Entreprise, d'un créancier, d'office ou sur requête du Ministère Public, dans les trois mois qui suivent la saisine du Juge. Cette obligation s'impose à l'Entreprise et/ou à l'Assuré, même si un ou plusieurs Assurés bénéficiaires sont restés en fonction.

MODIFICATION DE RISQUE EN COURS D'ADHÉSION

Si les éléments modifiés constituent une aggravation de risque, l'Assureur peut, soit dénoncer l'adhésion sous préavis de 10 jours, soit proposer une nouvelle prime qui, si elle est refusée, entraînera la résiliation de l'adhésion par lettre recommandée moyennant préavis de 10 jours.

Si les éléments modifiés constituent une diminution de risque, l'Assureur peut diminuer la prime en conséquence. A défaut, l'Adhérent peut résilier l'adhésion moyennant un préavis de 30 jours.

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, entraîne l'application, suivant les cas, des articles L.113-8 (nullité de l'adhésion) et L.113-9 (réduction des indemnités) du Code des Assurances.

3.2 - Les déclarations de l'Assuré

Les déclarations et communications effectuées servent de base à l'application de l'adhésion et de la garantie, et n'ont d'effet que si elles sont parvenues à l'Assureur par écrit, ou à défaut, confirmées par lui-même dans un document écrit lorsqu'il aura été informé par un autre moyen.

L'emploi de documents ou la production de renseignements inexacts ayant pour but ou pour effet d'induire l'Assureur en erreur sur les causes, circonstances, conséquences ou montant d'un sinistre entraîne la perte de tous droits à l'assurance.

ART. 4 - LA CONCLUSION ET LA DURÉE DE VOTRE ADHÉSION

4.1 - La conclusion, la date d'effet, la durée et le renouvellement de l'adhésion

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur et l'Assureur peut dès lors en poursuivre l'exécution.

La date de conclusion est indiquée au Certificat d'Adhésion.

En cas de vente à distance selon les dispositions des articles L.112-2-1 III du Code des Assurances et L 121.20-8 du Code de la Consommation, l'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion à la demande expresse de l'Adhérent.

Sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation, l'adhésion prend effet à la date indiquée sur le Certificat d'Adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception de la demande d'adhésion par GROUPE SOLLY AZAR.

L'adhésion est conclue pour une durée annuelle, renouvelable par tacite reconduction, à la date anniversaire de la date d'effet, sauf résiliation, par l'une ou l'autre des parties, dans les cas et selon les modalités fixées à l'article 4.2 ci-après.

4.2 - La résiliation de l'adhésion

• À l'initiative de l'Adhérent :

La résiliation peut intervenir :

- Chaque année, moyennant un préavis de deux mois ;
- En cas d'augmentation de la prime résultant d'une révision du tarif dans les conditions prévues à l'article 3. La demande doit intervenir dans les 3 mois suivant la date de l'événement et prend effet un mois après sa notification à l'Assureur.

La notification doit être adressée à GROUPE SOLL Y AZAR par lettre recommandée avec accusé de réception.

• À l'initiative de l'Assureur :

La résiliation peut intervenir :

- Chaque année, moyennant un préavis de deux mois ;
- En cas de non-paiement de la prime (art. L. 113-3 du Code des Assurances). L'Assureur a alors droit à une indemnité de résiliation égale à la portion de prime afférente à la période postérieure à la résiliation ;
- En cas d'omission ou d'inexactitude, réticence ou fausse déclaration du risque lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion (articles L.113-8 et 9 du Code des Assurances) ;
- En cas de fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues. La résiliation prendra effet 10 jours après sa notification.

La notification sera communiquée par lettre recommandée adressée par GROUPE SOLL Y AZAR au dernier domicile connu de l'Adhérent. La date d'envoi constituera le point de départ du préavis.

• Elle intervient de plein droit :

- le jour de votre 65^e anniversaire ;
- En cas de sinistre indemnisé ou non par l'Assureur ;
- En cas de fixation du domicile hors de France Métropolitaine.

Dans ces deux cas, GROUPE SOLL Y AZAR doit en être informé dans les 3 mois suivant la date de l'événement et la résiliation prend effet un mois après sa notification à l'Assureur.

- En cas de décès de l'Adhérent assuré ;
- En cas de retrait d'agrément de l'Assureur (article L. 326-12 du Code des Assurances) ;
- En cas de résiliation du contrat groupe PROspectiv' CHÔMAGE demandée par GROUPE SOLL Y AZAR ou l'Assureur, à l'échéance annuelle du contrat fixé au 31/12. Dans ce cas, si la résiliation de l'adhésion intervient avant la fin de la période de carence indiquée à l'article 5.1 ci-après, l'Assuré se verra restituer la totalité des cotisations perçues au cours de la période de carence.

4.3 - Conséquences en cas d'exercice du droit à renonciation.

4.3.1 - En cas d'exercice du droit à renonciation, dans le cadre de l'article L 112-9-1 du Code des Assurances.

Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie, l'Adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation l'Assureur procèdera au remboursement des cotisations dans le délai de 30 jours suivant la date de résiliation, déduction faite du montant correspondant à la durée pendant laquelle l'adhésion a effectivement produit ses effets.

L'intégralité de la prime reste due à l'Assureur, si l'Adhérent exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie de l'adhésion et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

4.3.2 - En cas d'exercice du droit à renonciation dans le cadre des articles L.112-2-1 III du Code des Assurances et L 121.20-8 du Code de la Consommation (commercialisation à distance) :

En contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de l'adhésion avant l'expiration de ce délai de rétractation, la cotisation dont l'Adhérent est redevable est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et l'éventuelle date de réception de la rétractation.

Si des prestations ont été versées, l'Adhérent s'engage à rembourser à l'Assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

Si des cotisations ont été perçues, l'Assureur les remboursera, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de 30 jours.

ART. 5 - LA PRISE D'EFFET ET CESSATION DE LA GARANTIE

5.1 - La prise d'effet de la garantie et le délai de carence

Les garanties débutent et sont acquises après l'expiration d'un délai d'attente de 12 mois, décompté à partir de la date d'effet mentionnée sur le Certificat d'Adhésion.

5.2 - La cessation de la garantie

La garantie cesse à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion et au plus tard le jour du 65^e anniversaire de l'adhérent.

Toutefois en cas de départ à la retraite avant cette date, la garantie cessera à la date d'entrée en jouissance des droits à la retraite.

ART 6 - LES COTISATIONS

6.1 - La base de calcul et le montant des cotisations

La cotisation est mentionnée sur le Certificat d'Adhésion et est égale à un montant mensuel forfaitaire fonction du montant de l'indemnité mensuelle choisie et de la durée d'indemnisation retenue.

Toutes taxes et impositions quelconques établies ou à établir en raison du contrat d'assurance sont à la charge de l'Adhérent.

6.2 - L'évolution des cotisations

En cas d'aggravation des résultats techniques du contrat, telle que l'augmentation de la fréquence ou du coût moyen des sinistres, l'Assureur peut modifier le montant de la cotisation. Dans ce cas, GROUPE SOLL Y AZAR en informera l'Adhérent au plus tard dans les 30 jours précédant l'échéance principale. L'Adhérent aura alors la possibilité de demander le non renouvellement de l'adhésion dans les 30 jours où il aura eu connaissance de la modification.

6.3 - Le paiement des cotisations

La cotisation est payable mensuellement d'avance à GROUPE SOLL Y AZAR.

À défaut de paiement de la première prime ou d'une prime suivante (ou d'une fraction de prime) dans les dix jours de son échéance, l'Assureur, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution de l'adhésion en justice peut, par lettre recommandée valant mise en demeure, adressée à l'Adhérent à son dernier domicile connu, suspendre la garantie trente jours après l'envoi de cette lettre.

La suspension de garantie entraîne, pour chaque bénéficiaire, la perte de tout droit aux prestations se rapportant à des accidents ou des maladies survenus pendant la période de suspension.

L'Assureur a le droit de résilier l'adhésion dix jours après l'expiration du délai de trente jours visé ci-dessus ; la notification de la résiliation par l'Assureur peut être faite à l'Adhérent, soit dans la lettre recommandée de mise en demeure, soit par une nouvelle lettre recommandée.

Les coûts d'établissement et d'envoi de lettre de mise en demeure sont à la charge de l'Adhérent ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement dont la récupération est autorisée par la loi (art. L. 113-3 du Code des Assurances).

De plus, si l'Adhérent a opté pour le prélèvement des primes, il est entendu que ce prélèvement cessera dès qu'une prime ou une fraction de prime restera impayée.

ART 7 - LA NOTICE D'INFORMATION

Conformément à la législation, il est remis, préalablement à l'adhésion au contrat, une notice d'information que constitue le présent document. Cette notice d'information précise les modalités d'application et du fonctionnement de l'adhésion au contrat.

TITRE II - LES GARANTIES PRÉVUES PAR LE CONTRAT

ART 8 - MONTANT ET DURÉE DE L'INDEMNISATION

Selon le choix effectué, l'Assuré peut prétendre au versement d'une indemnité forfaitaire mensuelle égale à :

DURÉE DE VERSEMENT	MONTANT FORFAITAIRE MENSUEL			
6 mois	600 €/mois	900 €/mois	1500 €/mois	2100 €/mois
12 mois	600 €/mois	900 €/mois	1500 €/mois	2100 €/mois

Par dérogation l'Assuré - créateur d'entreprise ou repreneur d'entreprise, tel que défini à l'article 2.1.2, peut uniquement souscrire durant la première année d'affiliation à la garantie :

DURÉE DE VERSEMENT	MONTANT FORFAITAIRE MENSUEL
6 mois	600 €/mois
12 mois	600 €/mois

L'assuré peut :

- diminuer ses garanties à l'échéance anniversaire moyennant un préavis de deux mois.
- augmenter ses garanties à l'échéance anniversaire moyennant un préavis de deux mois. Il devra alors se soumettre à une nouvelle déclaration sur l'honneur. Un délai de carence de 12 mois sera appliqué sur le différentiel de garantie nouvellement souscrit.

Au terme d'un an d'affiliation sans sinistre à la garantie, l'Assuré - créateur d'entreprise ou repreneur d'entreprise - aura la possibilité d'augmenter ses garanties dans les mêmes conditions, à l'exception du respect du délai de préavis qui est remplacé par les dispositions qui suivent.

L'Assuré devra, s'il souhaite augmenter ses garanties, adresser sa demande à l'assureur par lettre recommandée avec avis de réception dans le mois qui suit la première année d'affiliation sans sinistre.

La modification prendra effet au plus tôt à réception par GROUPE SOLLY AZAR de la demande de changement de régime et l'Assuré - créateur d'entreprise ou repreneur d'entreprise devra alors s'acquitter d'une nouvelle cotisation.

ART. 9 - CONDITIONS REQUISES POUR BÉNÉFICIER D'UNE INDEMNISATION EN CAS DE SINISTRES

Pour que l'Assuré puisse bénéficier d'une indemnisation en cas de sinistre, il doit réunir les conditions cumulatives suivantes :

- être âgé de moins de 65 ans à la date du sinistre (Date du sinistre au jour du 65^e anniversaire de l'assuré au plus tard) ;
- être affilié à la garantie PROspectiv' CHÔMAGE de façon continue, sans interruption depuis au moins **12mois** de date à date au jour de la survenance du sinistre (article 5.1) ;
- ne pas avoir été révoqué dans le cadre de son mandat ;
- ne pas avoir liquidé ses droits ou ne pas avoir demandé la liquidation de ses droits à une pension de retraite au titre de l'activité faisant l'objet de l'adhésion ;
- ne pas remplir toutes les conditions pour faire valoir ses droits à une pension de retraite à taux plein au titre de l'activité faisant l'objet de l'adhésion ;
- ne pas bénéficier d'une pension ou d'une rente d'invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale et ne pas faire l'objet d'une demande en cours ;
- ne pas bénéficier au titre de la fonction déclarée lors de l'adhésion d'une allocation de chômage versée par le Pôle Emploi ;
- ne pas bénéficier ou ne pas avoir droit au bénéfice d'une prestation versée au titre d'une garantie perte d'emploi (autre que la garantie PROspectiv' CHÔMAGE) couvrant l'activité exercée par l'Assuré au titre de la fonction déclarée lors de l'adhésion ;
- ne pas se trouver dans l'un des cas d'exclusions mentionnés à l'article 10 ci-après.

ART. 10 - QUELS SONT LES CAS OU LA GARANTIE NE S'EXERCE PAS ?

Sont exclues de la garantie :

- La perte d'emploi pour l'Assuré consécutive à la cessation totale ou partielle d'une activité exercée de façon non continue, intermittente par l'Assuré.
- La perte d'emploi résultant d'une révocation de l'Assuré.
- La perte d'emploi consécutive à :
 - toute procédure engagée antérieurement à la date d'adhésion ;
 - la mise en sommeil, procédure amiable, cessation volontaire d'activité sans dépôt de bilan, ainsi que tout arrêt d'exploitation de l'Entreprise, non directement provoqué par un jugement de redressement judiciaire ou de liquidation judiciaire ;
 - la démission de l'Assuré ou la cessation volontaire totale ou partielle de son activité exercée dans l'Entreprise adhérente ;
- La perte d'emploi d'un Assuré ayant encouru une sanction pénale dans l'exercice de ses fonctions. L'ouverture d'une action pénale entraîne l'interruption du versement de l'indemnité, si celle-ci est déjà en cours de versement, et cette indemnité cesse d'être due si une sanction pénale est prononcée. Dans le cas contraire, le versement se poursuit jusqu'à extinction des droits de l'Assuré.
- La perte d'emploi d'un Assuré :
 - s'étant rendu coupable d'une déclaration tardive, et/ou qui a volontairement poursuivi une activité compromise en aggravant son passif, dès lors que cette déclaration tardive est constatée au cours de la procédure collective engagée ;
 - dont la responsabilité est reconnue par le Tribunal et qui se voit réclamer un comblement de passif sur biens propres en raison de la constatation d'un abus de biens sociaux, salaire surévalué, transfert d'actifs vers d'autres sociétés dans lesquelles il avait des intérêts, paiements préférentiels durant la période suspecte, vente d'actifs importants.

TITRE III - LE RÉGLEMENT DES INDEMNITÉS

ART. 11 - DÉCLARATION DE SINISTRES

Le sinistre doit être impérativement déclaré par une lettre recommandée avec accusé de réception, mentionnant la cause de la perte d'emploi et adressée au siège de l'Assureur ou de GROUPE SOLLY AZAR dans les **quinze jours** qui suivent la date à laquelle l'Assuré a eu connaissance de sa perte d'emploi au sein de l'Entreprise.

La déchéance des droits à indemnisation en raison d'une déclaration tardive, peut être opposée à l'Assuré, si l'Assureur établit que ce retard dans la déclaration du sinistre lui a causé un préjudice.

ART. 12 - CONSTITUTION DU DOSSIER DE SINISTRES

L'Assuré est tenu de fournir à l'Assureur, dans les **trois mois** qui suivent la déclaration de sinistre l'ensemble des pièces nécessaires à la constitution du dossier de sinistre. Ces pièces sont les suivantes :

- en cas de redressement ou liquidation judiciaire : une copie du jugement définitif rendu par le tribunal compétent et accompagné d'une attestation de l'administrateur judiciaire justifiant la date de la dernière rémunération versée à l'Assuré, ou l'absence de rémunération ; et en cas de liquidation judiciaire la date de la dernière rémunération versée à l'Assuré au cours des opérations de liquidation de l'Entreprise ou l'absence de rémunération ;
- une attestation d'une Assedic indiquant le refus de prise en charge de l'Assuré par le régime d'assurance chômage de l'Unedic au titre de l'activité exercée dans l'Entreprise ;
- l'attestation d'inscription de l'Assuré au Pôle Emploi ;
- la déclaration de sinistre servant à la détermination du différé d'indemnisation prévu à l'article 15 des présentes dispositions générales ;
- un justificatif du dernier revenu professionnel annuel fiscal net déclaré à l'administration fiscale française par l'Assuré,
- le dernier avis d'imposition sur le revenu de l'Assuré.

En outre, l'Assureur se réserve le droit de demander à l'Assuré tout document complémentaire nécessaire pour la constitution du dossier de sinistre et le paiement de l'indemnité.

L'Assuré est responsable de la constitution du dossier de sinistre.

ART. 13 - DÉBUT ET FIN D'INDEMNISATION

L'indemnisation est acquise à la date de cessation de l'activité de l'Assuré en raison d'un événement garanti, sous réserve que la période de carence, définie à l'article 5.1 et la période de différé d'indemnisation prévue à l'article 15 des présentes dispositions générales aient été accomplies par l'Assuré.

L'indemnité cesse d'être versée à la date de fin de garantie selon la durée d'indemnisation choisie, et en tout état de cause, le jour du 65^e anniversaire de l'Assuré.

ART. 14 - DÉCLARATION DE SINISTRE TARDIVE OU ENVOI TARDIF DES PIÈCES DEMANDES

À défaut de la déclaration d'un sinistre à la date prévue à l'article 11 ci-dessus, ou en cas d'envoi tardif des pièces réclamées pour la constitution du dossier de sinistre, l'indemnisation commencera à courir au plus tôt au 1^{er} jour du mois au cours duquel le sinistre aura été déclaré ou les pièces, réclamées, adressées à l'Assureur. La période comprise entre la date effective du sinistre et la date de déclaration du sinistre ou l'envoi des pièces à l'Assureur ne sera pas indemnisée.

ART. 15 - DIFFÉRÉ D'INDEMNISATION

En cas de versement à l'Assuré, par l'Entreprise, d'une indemnité à l'occasion de sa perte d'emploi, dans le cadre d'une cessation d'activité donnant droit à indemnisation ; l'indemnité ne sera versée qu'à l'issue d'une période de différé d'indemnisation, exprimée en jours et calculée de la manière suivante :

$$\frac{\text{Indemnité de rupture}}{\text{Montant journalier de l'indemnité}}$$

La date à partir de laquelle commence à courir le différé d'indemnisation est celle de la cessation effective d'activité dans l'Entreprise.

ART. 16 - PAIEMENT DE L'INDEMNITÉ

L'indemnité est versée à l'Assuré au plus tôt à l'issue de la période de différé d'indemnisation, mensuellement à terme échu au prorata du temps de chômage indemnisable.

L'indemnisation de la perte d'emploi ayant la nature d'un revenu de remplacement, l'indemnité versée ne pourra procurer à l'Assuré, un revenu supérieur à son revenu fiscal net perçu au cours de l'exercice civil précédent.

Par ailleurs, dans le cas d'un créateur ou repreneur d'entreprise qui, par suite du dépôt de bilan de l'entreprise, retrouverait son droit à l'allocation de retour à l'emploi (A.R.E), la somme cumulée de l'A.R.E et de l'indemnité versée au titre de la garantie ne peut être supérieure au revenu fiscal de l'exercice précédent. En cas de dépassement, l'indemnité serait réduite à due concurrence.

à cet effet, l'indemnisation intervient toujours en complément de toute autre indemnisation éventuellement perçue par l'Assuré au titre de la même cessation d'activité ou des éventuelles prestations versées par un régime de Sécurité sociale.

En tout état de cause, l'indemnité n'est payée par l'Assureur qu'à la condition expresse que la totalité des pièces nécessaires à la constitution du dossier de sinistre aient bien été fournies.

ART. 17 - REPRISE D'UNE ACTIVITÉ

La perception d'un revenu professionnel mensuel au titre d'une reprise d'activité, ou d'une pension de retraite, d'une indemnité journalière d'incapacité temporaire, d'une rente d'invalidité ou d'une allocation au titre du chômage inférieure au montant de l'indemnité forfaitaire mensuelle choisie n'entraîne la suspension du versement de l'indemnité que dans la mesure où ce revenu de substitution est égal ou supérieur à l'indemnité.

En cas de revenu inférieur à l'indemnité, l'Assureur verse à l'Assuré la différence entre le montant de ce revenu et le montant de l'indemnité.

L'indemnité cesse d'être versée en tout état de cause, le jour du 65^e anniversaire de l'Assuré.

ART. 18 - MAINTIEN D'UNE ACTIVITÉ APRÈS SINISTRE

En cas de maintien de l'Assuré dans ses fonctions pendant la procédure collective, et maintien d'une partie de sa rémunération, celui-ci peut choisir :

- soit de percevoir une indemnisation partielle venant compléter sa rémunération à concurrence du montant de l'indemnité choisie ;
- soit de différer son indemnisation au jour où il ne percevra plus aucune rémunération au titre de ses anciennes fonctions.

ART. 19 – DÉCÈS PENDANT LA PÉRIODE D'INDEMNISATION

En cas de Décès de l'Assuré en cours d'indemnisation, l'Assureur versera aux ayants-droits, en une seule fois, le montant de l'indemnité prévue et restant due. Pour bénéficier de ces indemnités, le bénéficiaire devra transmettre à l'Assureur la copie de l'acte de décès de l'Assuré et justifier de sa qualité de bénéficiaire.

TITRE IV - LES AUTRES DISPOSITIONS RELATIVES A L'ADHÉSION

ART. 20 - LES RÉCLAMATIONS - LA MÉDIATION

Votre adhésion au contrat PROspectiv' CHÔMAGE est soumise exclusivement à la compétence des tribunaux français.

• Examen des réclamations :

Si vous rencontrez des difficultés liées à l'application de votre adhésion au contrat, vous êtes invité, **dans un premier temps**, à prendre contact avec votre interlocuteur habituel.

Dans un second temps, si le différend persiste, vous devez formuler une réclamation ou signifier votre désaccord, par courrier simple adressé au Service Clients à l'adresse suivante :

GROUPE SOLLY AZAR / GESTION VIE
60 rue de la Chaussée d'Antin
75439 PARIS CEDEX 09

qui traitera votre réclamation le plus rapidement et le plus objectivement possible.

• Procédure de médiation :

En dernier recours, si le différend persistait après la réponse apportée, ou en cas de non réponse, vous aurez la faculté d'adresser votre réclamation directement à l'Assureur :

SwissLife Prévoyance et Santé
Direction des Partenariats non vie
7, rue Belgrand - 92300 Levallois-Perret

qui traitera votre réclamation en vous apportant une réponse le plus rapidement possible. Dans sa réponse, l'assureur vous communiquera les coordonnées du Médiateur qui peut être saisi après épuisement des procédures internes.

Le Médiateur ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée.

ART. 21 - EXPERTISE

À défaut de règlement amiable entre l'Assureur et l'Assuré il y a lieu à expertise pour l'évaluation des dommages. Celle-ci se fait sans l'accomplissement des formalités exigées par la loi, par deux experts nommés, l'un par l'Assuré, l'autre par l'Assureur.

Faute par l'une des parties de nommer son expert, cet expert est désigné à la requête de la partie la plus diligente par le président du syndicat ou groupement professionnel auquel a déclaré vouloir ressortir l'Assuré au moment de la signature du contrat ou, à son défaut, par le président du tribunal civil du siège social, sur simple requête.

En cas de divergence entre les deux experts, il en est référé à un tiers expert, désigné, à défaut d'accord entre les parties, par le président du syndicat ou groupement professionnel auquel a déclaré vouloir ressortir l'Assuré au moment de la signature du contrat ou, à son défaut, par le président du tribunal civil du siège social, sur simple requête.

Chaque partie paie les frais et honoraires de l'expert désigné par elle ; ceux du tiers expert sont supportés par moitié entre l'Assureur et l'Assuré.

ART. 22 - LA PRESCRIPTION

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

Article L. 114-1 :

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là. Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une

personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

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

Article L. 114-2 :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L. 114-3 :

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

ART. 23 - DROIT DE COMMUNICATION ET DE RECTIFICATION (LOI 78.17 DU 6 JANVIER 1978 MODIFIÉE)

Conformément à l'article 32 de la loi du 6 janvier 1978 dite « informatique et libertés » modifiée par la loi n° 2004- 801 du 6 août 2004, nous vous informons que le responsable du traitement de vos données personnelles est l'Assureur.

Vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée auprès du Service clients de GROUPE SOLLY AZAR dont les coordonnées sont mentionnées dans l'encadré en première page du présent document.

Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées, pour le suivi de votre dossier et l'envoi de documents concernant les produits d'assurance, par l'Assureur, destinataire de l'information, avec ses mandataires, le cas échéant, les organismes de réassurance.

Cependant, si vous souhaitez ne pas être sollicité, nous vous invitons à le faire savoir par simple courrier à SOLLY AZAR ASSURANCES.

ART. 24 - AUTORITÉ DE CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur qui assure les garanties au titre du présent contrat est : **ACPR - l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution** - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

ART. 25 - POSSIBILITÉ DE RENONCIATION

Vous disposez d'un délai de 14 jours calendaires révolus, à partir du jour de la date de conclusion de votre adhésion (date indiquée sur le certificat d'adhésion), pour y renoncer, dans le cadre et dans les conditions prévus par l'article L 112-9 du Code des Assurances ou par les articles L.112-2-1 III du Code des Assurances et L 121-20-8 et suivants du Code de la Consommation.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à **GROUPE SOLLY AZAR/GESTION VIE - 60 rue de la Chaussée d'Antin - 75439 PARIS CEDEX 09**.

Elle peut être formulée suivant le modèle de lettre ci-dessous.

La résiliation de l'adhésion prendra effet au jour de la réception de la Lettre Recommandée A.R par le Centre de gestion **GROUPE SOLLY AZAR/GESTION VIE**.

Les conséquences du droit à renonciation sont indiquées dans l'article 4.3 de la présente notice d'information.

Article L112-9-1 premier alinéa du Code des Assurances :

«Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. (...) Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit à renonciation».

Dans le cas où l'adhésion a été souscrite exclusivement à distance au sens des articles L.112-2-1 III du Code des Assurances et L121-20-8 et suivants du Code de la Consommation :

L'adhésion peut être exécutée immédiatement et intégralement à compter de sa conclusion (date indiquée sur le certificat d'adhésion) à la demande expresse de l'adhérent.

La cotisation, dont je suis redevable, le cas échéant, en contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de mon adhésion avant l'expiration du délai de rétractation, est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion du contrat et la date de réception de mon éventuelle renonciation.

En cas de rétractation, si des prestations ont été versées, je m'engage à rembourser à l'assureur les montants perçus dans un délai de 30 jours.

Modèle de lettre de renonciation :

Messieurs,

Je soussigné(e) (Nom et Prénom de l'adhérent), demeurant à (domicile principal), ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat PROspectiv' CHÔMAGE (numéro d'adhésion), que j'ai signé le (date) et vous demande le remboursement intégrale de ma cotisation versée.

A : (Indiquer le lieu)

Le : (Indiquer la date)

Signature.

TITRE V - LEXIQUE

âge : L'âge se calcule en âge réel, en tenant compte des jour, mois et année de naissance.

Assuré : La personne physique définie sous ce nom aux dispositions particulières, et bénéficiaire des garanties du contrat.

Carence : Période pendant laquelle l'Assuré ne peut bénéficier de la garantie. Ce délai s'applique à compter de la date d'effet de l'adhésion.

Sinistre : La réalisation du risque défini dans les dispositions générales.

Pôle Emploi : Organisme de gestion de l'Assurance chômage, chargé d'effectuer le paiement des prestations.