



CONDITIONS GÉNÉRALES



GAMME PROspectiv'



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. Elles vous informent 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 SOLLY AZAR ASSURANCES/GESTION SANTÉ ET VIE - 44-50, avenue du Capitaine Glarner - 93407 Saint-Ouen Cedex - qui agit par délégation de l'Assureur de chaque produit.

Pour la Gestion, PROspectiv' Santé :
Tél. : 01 49 45 12 14 - fax 01 49 45 65 10

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' SANTÉ	P. 3
PROspectiv' MAINTIEN DE REVENUS	P. 12
PROspectiv' FRAIS GÉNÉRAUX	P. 17
PROspectiv' DÉCÈS	P. 22
PROspectiv' CHÔMAGE	P. 26



NOTICE D'INFORMATION PROspectiv' SANTÉ
Contrats collectifs d'assurance à adhésion facultative n°2349 et 2350, souscrits par GROUPE SOLLY AZAR
auprès de CAMEIC Société d'assurances mutuelle à cotisations variables
Siège social : 25 rue de Madrid - 75008 Paris - Entreprise régie par le Code des Assurances, ci-après désigné « l'Assureur »

ART. 1 - OBJET DE L'ASSURANCE

Le contrat groupe n°2349 est souscrit par GROUPE SOLLY AZAR au profit des clients de ses correspondants, auprès de CAMEIC. Il garantit le remboursement de tout ou partie des dépenses médicales et chirurgicales consécutives à un accident ou une maladie sous réserve des exclusions figurant à l'article 6 ci-après, dans la limite des montants indiqués au tableau des garanties inscrit au Certificat d'Adhésion.

Le contrat PROspectiv' SANTÉ respecte l'ensemble des dispositions du cahier des charges du contrat dit «Responsable», dont notamment, le remboursement de certains actes de prévention, les minima de prise en charge de certains actes et produits et la non prise en charge de la majoration du ticket modérateur appliquée par le Régime Obligatoire dans certaines situations, du dépassement d'honoraires en cas de non respect du parcours de soins, de la participation forfaitaire, ainsi que des franchises instituées. En cas d'évolutions législatives ou réglementaires touchant « les contrats responsables », il pourra faire l'objet de modifications pour rester en conformité avec ce cadre juridique. Les assurés en seront informés préalablement.

L'adhérent sous statut TNS souhaitant bénéficier de la possibilité de déductibilité fiscale des cotisations de son régime complémentaire santé adhère au contrat N° 2350 et à l'Association ARPTNS (Association de Retraite et de Prévoyance des Travailleurs Non Salariés). Cet adhérent s'engage alors à être à jour, pendant toute la durée de son adhésion au contrat N° 2350, de ses cotisations auprès des régimes obligatoires de base.

ART. 2 - BÉNÉFICIAIRES

Bénéficiaire des garanties du présent contrat :

L'Adhérent et la ou les personnes désignées au Certificat d'Adhésion en qualité d'Assuré(s). Les enfants doivent être fiscalement à charge de l'Adhérent, de son conjoint ou de son concubin, s'il est bénéficiaire, jusqu'à leur 21^{ème} anniversaire ou jusqu'à leur 26^{ème} anniversaire s'ils poursuivent des études et sont inscrits au régime de la Sécurité Sociale des étudiants ou se trouvent sous contrat d'apprentissage.

La garantie cesse à l'échéance principale suivant leur anniversaire.

Pour pouvoir bénéficier immédiatement de la garantie dès le 1er jour de sa naissance, le nouveau-né doit être déclaré à l'Assureur dans les 30 jours de sa naissance. A défaut, la garantie est acquise à compter du jour de réception de la demande de rajout de bénéficiaire.

ART. 3 - VOS DÉCLARATIONS

Les Assurés, personnes physiques, doivent remplir les conditions suivantes :

- a) **A l'adhésion**, l'Adhérent procède à certaines déclarations qui lui sont demandées et reprises sur son Certificat d'Adhésion. Ces déclarations permettent à l'Assureur d'évaluer correctement son engagement d'assurance et de percevoir une prime adaptée au risque garanti. Les garanties doivent par ailleurs être souscrites avant le 66^{ème} anniversaire de l'Assuré (21^{ème} anniversaire pour les enfants de l'Adhérent ou 26^{ème} anniversaire s'ils poursuivent des études et sont inscrits au régime de la Sécurité Sociale des étudiants ou se trouvent sous contrat d'apprentissage).
- b) **En cours d'adhésion**, l'Adhérent doit déclarer à l'Assureur dans les 15 jours :
 - toute modification des éléments spécifiés au Certificat d'Adhésion, à l'exclusion des éléments relatifs à l'état de santé des assurés,
 - les changements ou cessation d'affiliation d'un des assurés à un régime obligatoire,
 - la fixation du domicile en dehors de la France Métropolitaine
 - et, chaque nouvel Assuré doit procéder aux déclarations prévues à l'adhésion.

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.

ART. 4 - FORMATION ET DURÉE DE L'ADHÉSION

4.1 - Date d'effet de l'adhésion

Toutes les garanties prennent effet pour chaque Assuré, sous réserves de l'encaissement effectif de la première prime, de la signature de la demande d'Adhésion et de l'article 4.2 ci-après, à compter de la date d'effet mentionnée sur la demande d'Adhésion et reprise dans le Certificat d'Adhésion. Il en est de même pour les avenants.

Toute modification de garantie, à la hausse ou à la baisse, prend effet à l'échéance anniversaire, moyennant un préavis de 2 mois.

4.2 - Délais d'attente

À compter de la date d'effet de l'adhésion, la garantie est acquise pour chaque Assuré :

- **formules 1 et 2** : sans aucun délai d'attente sur toutes les garanties

- **formules 3, 4 et 5** : sans aucun délai d'attente sauf sur le poste «hospitalisation» où le délai d'attente est de 3 mois en cas de maladie.

*En cas d'assurance antérieure : l'Assureur limite ses engagements pour les sinistres survenant pendant ce délai d'attente, aux garanties «hospitalisation» acquises auprès de l'Assureur précédent sans pouvoir dépasser les garanties de la présente adhésion. A charge pour l'Assuré de prouver la nature, l'étendue et la date de cessation des garanties et sous réserve qu'il n'y ait pas d'interruption de garanties supérieure à 3 mois.

*En cas d'augmentation des garanties : l'Assureur limite ses engagements pour les sinistres survenant pendant ce délai d'attente aux garanties «hospitalisation» acquises dans la précédente option.

4.3 - Durée de l'adhésion et des garanties

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 10 ci-après.

A l'exception des cas visés aux articles L. 113-3, L. 113-9 et L. 326-12 du Code des Assurances, **l'adhésion est viagère dès sa date de prise d'effet.**

ART. 5 - DESCRIPTION DES GARANTIES

Le contrat garantit le remboursement des dépenses de santé médicalement prescrites et engagées entre les dates d'effet et de fin de la garantie, à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une maternité. Les prestations sont calculées et remboursées :

- soit suivant les modalités prévues par le calcul des prestations de la Sécurité Sociale française : Base de Remboursement (BR) en vigueur à la date des soins
- soit dans la limite d'un forfait par acte, par jour ou par an

L'indemnisation de l'Assureur ne peut pas excéder le montant des frais réels et, s'exerce, en fonction des garanties choisies à concurrence des montants indiqués au tableau inscrit au Certificat d'Adhésion.

5.1 - Garantie en cas d'hospitalisation :

Pour les garanties à hauteur de 100% des frais réels engagés, une demande d'entente préalable sera exigée.

L'entente devra alors être délivrée par le Médecin Conseil de l'Assureur ou de son Mandataire. En cas de refus de sa part ou d'absence de demande de la part de l'Assuré, les garanties seront limitées à 400% de la Base de Remboursement.

5.2 - Garantie des séjours en psychiatrie, sanatorium, préventorium, aérium, centre diététique ou médico-diététique, centre de rééducation ou de réadaptation fonctionnelle, maison de repos ou de convalescence, maison d'enfants à caractère sanitaire, institut médico-pédagogique et médico-psycho-pédagogique :

L'Assureur intervient sur la base du forfait journalier et de 100 % de la Base de Remboursement (sous déduction du remboursement du Régime Obligatoire), **à l'exclusion du remboursement de la chambre particulière et de tous autres frais. Par année d'adhésion et par Assuré, l'intervention est limitée à 30 jours pour la psychiatrie et à un maximum global de 30 jours pour tous les autres séjours. Le versement des indemnités journalières hospitalisation ou convalescence ne s'applique pas à ces séjours.**

5.3 - Garantie des consultations de neuropsychiatres, psychiatres et médecins assimilés :

Elles sont prises en charge dans la limite de 3 consultations par an et par bénéficiaire. **Ces prestations excluent le remboursement de tous autres frais liés au traitement des maladies psychiatriques et des dépressions nerveuses, y compris la psychothérapie ou psychanalyse.**

5.4 - Garantie de la maternité :

Des prestations spécifiques peuvent couvrir les consultations, visites et soins de maternité, les actes médicaux liés à l'accouchement, la chambre particulière et prévoir le versement d'une prime de naissance ou d'adoption à la mère assurée, à condition que l'enfant soit désigné «bénéficiaire» au contrat dans les 90 jours suivant sa naissance ou son adoption. La prime est versée une seule fois en cas de naissance ou d'adoption multiple.

L'ensemble des prestations énoncées ci-dessus excluent le remboursement de tous autres frais, sauf en cas de grossesse ou d'accouchement pathologique où les garanties sont acquises de plein droit.

5.5 - Garantie optique :

Le bonus optique est un remboursement complémentaire accordé à l'Assuré la première année d'adhésion et/ou les années suivantes en cas d'absence de tout remboursement optique l'année précédente pour le bénéficiaire concerné.

5.6 - Garantie « actes de dépistage et soins préventifs » :

Le contrat garantit, dans la limite d'un plafond annuel, le remboursement de tout ou partie de frais de prévention pour des actes ou prescriptions faisant partie de la liste indiquée dans le tableau de vos garanties.

5.7 - Garantie « médicaments d'auto-médication » :

Le contrat peut garantir, dans la limite d'un plafond annuel, le remboursement de médicaments achetés sans ordonnance, **à condition qu'ils aient été délivrés par un pharmacien.**

ART. 6 - EXCLUSIONS

6.1 - Générales

Ne donnent pas lieu à indemnisation, les frais engendrés par des soins commencés ou prescrits avant l'adhésion, ainsi que les accidents ou maladies et leurs suites qui résultent :

- de la pratique par l'Assuré de tout sport à titre professionnel ou de sa participation à des paris ou tentatives de record ;
- de l'ivresse, de l'éthylisme ou de la toxicomanie d'un Assuré ;
- d'un acte intentionnel de la part de l'Assuré ou de sa tentative de suicide consciente ou inconsciente ;
- de la guerre étrangère ou guerre civile, de la participation de l'Assuré à des opérations militaires, à des altercations ou des rixes (sauf cas de légitime défense) ; et de sa participation active à des crimes, émeutes, attentats, actes de terrorisme ou de sabotage ou mouvements populaires ;
- des effets directs ou indirects d'origine nucléaire ou causés par toute source de rayonnements ionisants (sauf s'il s'agit d'un dysfonctionnement ou d'une erreur de manipulation d'un instrument au cours d'un traitement auquel l'assuré est soumis à la suite d'un événement garanti).

6.2 - Relatives à la nature de l'établissement ou du service

L'Assureur ne garantit pas les frais engagés pour le séjour dans les établissements ou services suivants :

- hélio-marins ou de thalassothérapie ;
- de gériatrie, de retraite ainsi que les séjours dans les hospices de vieillards ou les centres hospitaliers pour personnes âgées dépendantes.

6.3 - Relatives aux hospitalisations et traitements suivants

L'Assureur ne garantit pas :

- les frais de traitement et d'intervention chirurgicale à caractère esthétique non consécutifs à un accident ; le caractère esthétique est établi par le Médecin Conseil de la Compagnie indépendamment de tout accord ou refus de prise en charge du régime obligatoire de l'Assuré ;
- tous frais non consécutifs à un accident, facturés par un praticien spécialisé en chirurgie plastique ;
- les cures de sommeil, amaigrissement, rajeunissement, désintoxication, ainsi que leurs suites ;
- les interventions ayant pour but de remédier à des maladies ou infirmités congénitales, ainsi que leurs suites, sauf pour les nouveau-nés sous réserve que l'enfant ait été déclaré à l'Assureur dans les 30 jours suivant sa naissance.

Toutefois en cas de survenance d'un des événements mentionnés ci-dessus et dans l'article 5.3, la garantie prendra en charge le remboursement des frais prévus à l'article R871-2 du Code de la Sécurité Sociale à hauteur des limites minimales qui y sont précisées.

EN AUCUN CAS LE VERSEMENT DE PRESTATIONS, MÊME EFFECTUÉ À PLUSIEURS REPRISES, NE SAURAIT CONSTITUER UNE RENONCIATION DE L'ASSUREUR À L'UNE DES EXCLUSIONS DE GARANTIES PRÉVUES AU CONTRAT.

ART. 7 - PAIEMENT DES PRIMES

L'Adhèrent doit payer chaque prime à son échéance au Siège Social de l'Assureur ou de SOLLY AZAR ASSURANCES. La prime, les accessoires et tous impôts, contributions et taxes sont payables d'avance.

Seront également à la charge de l'Adhèrent tous impôts et taxes qui pourront être établis sur la prime postérieurement à l'adhésion. Sont également à la charge de l'Adhèrent, 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'Adhèrent 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.

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'Adhèrent 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'Adhèrent, soit dans la lettre recommandée de mise en demeure, soit par une nouvelle lettre recommandée. **Les coûts d'établissement et d'envoi des mises en demeure sont à la charge de l'Adhèrent.**

ART. 8 - ÉVOLUTION DES PRIMES

La prime indiquée au Certificat d'Adhésion est établie selon les déclarations de l'assuré à l'adhésion. Elle peut varier dans 2 cas :

8.1 - Ajustement du tarif

Les primes varient à chaque échéance principale en fonction de l'indice national de la Consommation Médicale Totale. Elles peuvent également varier en fonction de l'évolution de la consommation du groupe assuré, composé des assurés ayant le même profil (profil repris dans votre Certificat d'Adhésion).

8.2 - Révision du tarif

Pour des raisons à caractère technique liées à l'évolution des risques en général, l'Assureur peut être amené à modifier son tarif. Cette mesure pourra notamment intervenir si la participation à la charge de l'Assuré venait à être augmentée par une réglementation ultérieure du Régime Obligatoire. La révision de la prime pourra s'effectuer à compter de l'échéance qui suit cette modification.

En cas de majoration de la prime hors taxe, l'Adhèrent aura alors le droit de résilier l'adhésion, par l'un des moyens indiqués à l'article 10 ci-après, dans les **15 jours** qui suivent celui où il aura eu connaissance de la majoration.

La résiliation prendra effet un mois après la notification de l'Adhèrent et la Compagnie aura droit à la fraction de prime calculée sur les anciennes bases, au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation.

A défaut de cette résiliation, la nouvelle prime sera considérée comme acceptée par l'Adhèrent.

ART. 9 - SINISTRES

9.1 - Justification des dépenses

Pour obtenir le versement de ses prestations, l'Assuré doit adresser à l'Assureur (**Gestion Santé SOLLY AZAR, 44-50, avenue du Capitaine Glarner - 93407 Saint-Ouen Cedex, Tél. : 01 49 48 12 14, Fax : 01 40 11 11 41**), dans les 3 mois qui suivent la date des décomptes du Régime Obligatoire :

- 1) Les originaux des décomptes du Régime Obligatoire.
- 2) Une copie de la feuille de soins pour la garantie médecine naturelle.
- 3) L'original de la facture pour l'optique (et de la prescription médicale pour l'optique non remboursée par le Régime Obligatoire), les prothèses dentaires (où apparaît le numéro des dents) et l'orthodontie remboursées ou non remboursées par le Régime Obligatoire.
- 4) Les décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance.
- 5) Une copie de la prescription médicale et de la feuille de soins pour les actes de dépistage et soins préventifs (hors substituts nicotiniques).
- 6) L'original de la facture pour les vaccins, les médicaments délivrés sans ordonnance et la consultation pharmaceutique.
- 7) La demande d'entente préalable avant d'engager des dépenses qui y **sont soumises, selon mention indiquée au Certificat d'Adhésion.**
- 8) Un bulletin de naissance ou une copie certifiée conforme du livret de famille au nom de l'enfant (ou copie du jugement d'adoption) pour la prime de naissance.
- 9) Tous documents susceptibles de déterminer la nature et le montant des frais réellement engagés.
- 10) Tout élément permettant de déterminer, selon le cas, le service qui a prodigué les soins à l'Assuré ou le service dans lequel l'Assuré a effectué son séjour.
- 11) En cas de non-utilisation de carte de Tiers Payant, des justificatifs de paiement peuvent être demandés.

Télétransmission :

L'Assuré bénéficiant de la télétransmission de ses décomptes de remboursements ne devra envoyer que les justificatifs complémentaires, au moment où ils lui seront réclamés. En cas de rejet de la télétransmission, l'Assuré sera amené à nous soumettre un original ou un duplicata de son décompte.

Seuls les décomptes pour lesquels un remboursement n'a pas été traité automatiquement devront être envoyés.

Si l'Assuré ne souhaite pas bénéficier des Echanges de Données Informatiques avec sa Caisse Primaire d'Assurance Maladie, il peut faire connaître son refus à tout moment en écrivant à : Gestion Santé SOLLY AZAR - 44-50, avenue du Capitaine Glarner - 93407 Saint Ouen Cedex.

9.2 - Paiement des remboursements de frais et des indemnités

Le paiement des indemnités dues au titre des présents contrats est effectué dans les 15 jours à partir de la réception des documents justificatifs, après accord des parties.

Les paiements à l'Assuré sont effectués en France et dans la monnaie légale de l'état français.

9.3 - Contrôle des dépenses, Contrôle médical

L'Assureur peut demander à l'Assuré, tous renseignements ou documents qu'il juge utiles pour l'appréciation du droit aux indemnités. Si ces renseignements ou documents ont un caractère médical, l'Assuré peut les adresser sous pli confidentiel au Médecin Conseil de l'Assureur.

L'Assureur peut décider de faire examiner l'Assuré par un médecin de son choix. L'Assuré s'engage, à se soumettre à cet examen, **sous peine d'être déchu du droit aux indemnités pour l'accident ou la maladie en cause.**

9.4 - Arbitrage

En cas de désaccord d'ordre médical, entre l'Assuré et l'Assureur, le différend sera soumis à une procédure d'arbitrage amiable.

Chacune des parties désignera un médecin. Si les médecins ne sont pas d'accord, ils choisiront un 3ème médecin chargé de les départager. En cas de difficulté sur ce choix la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré, à la requête de la partie la plus diligente.

Chaque partie paiera les frais et honoraires de son médecin, et s'il y a lieu, la moitié des frais et honoraires du 3e médecin et des frais de sa nomination.

9.5 - Subrogation

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'Assureur exercera son recours, conformément à l'article L.131-2 du Code des Assurances, à concurrence des indemnités relatives aux frais de soins versées à l'Assuré.

ART. 10 - CESSATION DES GARANTIES

Toutes les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion ou du contrat.

10.1- Résiliation de l'adhésion

À l'initiative de l'Adhérent :

- À chaque échéance annuelle de l'adhésion selon les dispositions de l'Article 4, moyennant un préavis de 2 mois.
- En cas d'augmentation de la prime résultant d'une révision du tarif dans les conditions prévues par l'article 8.2.
- En cas de changement de Régime Obligatoire en relation avec la situation antérieure ne correspondant plus à la situation nouvelle de l'Adhérent. La demande de résiliation doit intervenir dans les 3 mois suivant la date de l'événement et prend effet un mois après sa notification à l'Assureur par lettre recommandée.
- En cas d'exercice du droit à renonciation dans le cadre et dans les conditions prévus par les articles L 112-9 du Code des Assurances et les articles L.112-2-1 III et L 121.20.8 et suivants du Code de la Consommation.

La notification doit être adressée par lettre recommandée avec accusé de réception au siège de l'Assureur ou de SOLLY AZAR ASSURANCES.

À l'initiative de l'Assureur :

- En cas d'aggravation du risque dans les conditions prévues à l'article 3.
- 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 dans la déclaration du risque lors de l'adhésion ou en cours d'adhésion (art. L. 113-9 du Code des Assurances).

La notification à l'Assuré est faite par lettre recommandée adressée au dernier domicile connu de l'Adhérent. La date d'envoi constitue le point de départ du préavis.

Elle intervient de plein droit :

- En cas de fixation de domicile hors France Métropolitaine ; l'Adhérent devant en informer l'Assureur par lettre recommandée avec accusé de réception adressée dans les trois mois qui suivent la date d'installation et la résiliation prenant effet un mois après sa notification à l'Assureur.
- En cas de décès de l'Adhérent. S'il n'est pas seul assuré, l'adhésion

continue de produire ses effets à l'égard des autres Assurés, à charge pour eux d'exécuter les obligations dont était tenu l'Adhérent, jusqu'à l'échéance principale suivante. A cette date, une nouvelle adhésion leur sera proposée.

Tiers-payant :

En cas de suspension ou de résiliation de l'adhésion, l'Adhérent s'engage à restituer immédiatement la carte Tiers-payant à l'Assureur. Il s'engage également à rembourser à l'Assureur les prestations indûment réglées aux praticiens postérieurement à cette suspension ou cette résiliation.

10.2 - Résiliation des contrats :

- La résiliation du contrat groupe souscrit au profit de l'ensemble du groupe mentionné au Certificat d'Adhésion peut être demandée par le GROUPE SOLLY AZAR ou par l'Assureur à l'échéance annuelle du contrat fixée au 31/12.
- Elle intervient également de plein droit en cas de retrait d'agrément de l'Assureur (art. L.326.12 du Code des Assurances).

ART. 11 - TERRITORIALITÉ

La garantie de la présente adhésion s'exerce en France Métropolitaine. Elle s'étend aux accidents survenus et aux maladies contractées à l'Etranger, lorsque le Régime Obligatoire d'Assurance Maladie du bénéficiaire s'applique mais le règlement est effectué en France et en Euros.

ART. 12 - 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 :

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

En cas de difficultés dans l'application des présents contrats, l'Adhérent ou l'Assuré consultera d'abord son interlocuteur habituel qui s'engage à traiter la réclamation le plus rapidement et le plus objectivement possible. Si la réponse ne le satisfait pas, l'Adhérent ou l'Assuré pourra demander l'avis du médiateur en écrivant à l'adresse suivante :

Médiateur de la FFSA - BP 290 – 75425 PARIS CEDEX 09

ART. 14 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les assurés sont protégés par la Loi Informatique et Liberté du 6 janvier 1978. Le responsable du traitement des données personnelles est SOLLY AZAR ASSURANCES auprès duquel les Assurés peuvent demander communication et rectification de toute information les concernant qui figurerait sur le fichier à l'usage de l'Assureur, du gestionnaire et de ses correspondants. Ce droit d'accès et de rectification peut être exercé à l'adresse suivante : SOLLY AZAR ASSURANCES - 60, rue de la Chaussée d'Antin - 75439 Paris Cedex 09.

Les données personnelles recueillies seront exclusivement utilisées pour le suivi de votre dossier par SOLLY AZAR ASSURANCES, destinataire, avec l'Assureur, les réassureurs, ses mandataires et mandants de l'information. Elles pourront également servir à l'envoi de documents concernant les produits des contrats diffusés par le GROUPE SOLLY AZAR, et ses mandants. Cependant, si l'Assuré ne souhaite pas être sollicité, il peut le faire savoir à SOLLY AZAR ASSURANCES, par simple courrier à l'adresse précitée.

ART. 15 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle des entreprises d'assurances qui accordent les garanties prévues par les présents contrats est L'Autorité de Contrôle Prudentiel – 61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

ART. 16 – VOS POSSIBILITÉS 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 SOLLY AZAR ASSURANCES/GESTION SANTÉ.

- 44-50, avenue du Capitaine Glamer 93407 Saint-Ouen Cedex.

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 SOLLY AZAR ASSURANCES/GESTION SANTÉ.

Les conséquences du droit à renonciation sont indiquées dans l'article 10 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' SANTÉ (numéro d'adhésion), que j'ai signé le (date). (Si des cotisations ont été perçues) Je vous prie de me rembourser les cotisations versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie. (En cas de commercialisation à distance) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

Fait à Le
signature.....

DÉFINITIONS

Accident : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du bénéficiaire et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Adhérent : Personne qui a souscrit l'adhésion et qui est désignée sous ce nom au Certificat d'Adhésion (ou toute autre personne qui lui serait substituée).

Aggravation de risque : Circonstances nouvelles qui, si elles avaient existé lors de la conclusion de l'adhésion, auraient entraîné le refus de contracter de l'Assureur ou la perception d'une prime plus élevée.

Année d'assurance : Période comprise entre deux échéances principales consécutives.

Ayants-droit : Le conjoint, à défaut les enfants, à défaut les héritiers de l'Assuré.

Base de remboursement : Tarif de base déterminé par la Sécurité Sociale Française et pris en compte pour le calcul du remboursement des actes médicaux effectués par des praticiens conventionnés ou non.

Bénéficiaires : L'Adhérent et la ou les personnes désignées au Certificat d'Adhésion comme Assuré(s).

Certificat d'Adhésion : Document reprenant les éléments personnels de chaque assuré, ainsi que leurs déclarations et les garanties souscrites.

Chirurgie de la myopie (réfractive) : Intervention chirurgicale destinée à réduire la myopie par modification de la géométrie de la cornée en utilisant la technique du laser.

Date de conclusion de l'adhésion : Date de signature de la demande d'adhésion par l'Adhérent, mentionnée en tant que telle sur ce document par lui-même.

Délai d'attente : Période pendant laquelle la garantie n'est pas acquise.

Échéance principale : Correspond à la date anniversaire de l'adhésion.

Entente préalable : Procédure par laquelle l'Assuré demande l'accord préalable à l'engagement des soins sur la garantie et le montant des prestations pris en charge (document pré-imprimé disponible sur simple demande).

Hospitalisation : Tout séjour dans un établissement de soins public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou d'un accident garantis. Est considérée comme une hospitalisation unique, deux ou plusieurs hospitalisations dues à la même maladie ou au même accident qui ne sont pas séparées par plus de 30 jours.

Implants dentaires : Technique qui peut remplacer le bridge. Une racine artificielle est placée dans l'os. Une couronne est ensuite scellée ou vissée dessus.

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

Médecine naturelle : Ce terme désigne les actes et prescriptions des homéopathes, acupuncteurs, ostéopathes, chiropracteurs, et étioopathes inscrits au registre officiel de la Sécurité Sociale française ou adhérents de l'un des organismes suivants : Registre des Ostéopathes de France, Union Fédérale des Ostéopathes de France, Syndicat National des Ostéopathes de France, Syndicat Français des Ostéopathes, Association Française d'Ostéopathie, Association Française des Chiropratiques, Chambre nationale des Ostéopathes, Registre National des Etiopathes. Cette liste pourra être élargie ultérieurement par l'Assureur.

Médicament : Substance prescrite par un médecin, délivrée par un pharmacien et disposant d'une Autorisation de Mise sur le Marché délivrée par le Ministère de la Santé ou résultant d'une préparation magistrale. Cette définition exclut toutes prothèses et appareillages

Orthodontie : Partie de la chirurgie dentaire qui traite des difformités et des anomalies de positionnement des dents.

Orthopédie : Partie de la médecine qui s'occupe des os et des articulations. Par extension, appareillages nécessaires pour corriger des dysfonctionnements ostéo-articulaires.

Parodontologie : Discipline qui vise à l'étude du diagnostic et du traitement des maladies des dents et des gencives.

Pharmacie : Produits prescrits par un médecin pour prévenir ou guérir une maladie ou les suites d'un accident garanti, et délivrés par un pharmacien.

Régime obligatoire : Régime légal français de Prévoyance Sociale auquel est obligatoirement affilié le bénéficiaire et, qui est précisé au Certificat d'Adhésion.

Tarif d'autorité : Tarif fixé par les caisses des différents régimes obligatoires pour calculer le remboursement des honoraires et soins dispensés par l'ensemble des praticiens et auxiliaires médicaux non liés par une convention nationale.

Tarif de convention : Tarif fixé par les caisses des différents régimes obligatoires pour calculer le remboursement des honoraires et soins dispensés par l'ensemble des praticiens et auxiliaires médicaux soumis à une convention nationale.

Tarif de responsabilité : Selon le cas, tarif de Convention ou tarif d'Autorité du régime obligatoire.

Ticket modérateur : Fraction du tarif de responsabilité du régime obligatoire qui reste à charge du bénéficiaire.

Transport : Le transport du malade ou de l'accidenté de son domicile ou du lieu de l'accident à l'hôpital (ou à la clinique) le plus proche et vice versa, à condition que le transport ait été effectué d'urgence ou sur l'ordre du médecin.

GARANTIES D'ASSISTANCE

DÉFINITIONS

Bénéficiaire :

– Personne physique ayant souscrit un contrat PROspectiv' SANTÉ.

– Son conjoint ou concubin (y compris la personne ayant conclu un PACS avec elle), non séparé,

– Ses enfants fiscalement à charge.

Domicile : Lieu de résidence principale en France Métropolitaine ou Principautés de Monaco et Andorre.

Ascendant à charge : Tout ascendant (parents, beaux-parents et grands-parents) vivant sous le toit du bénéficiaire et fiscalement à sa charge est considéré comme ascendant à charge.

Alitement : Immobilisation imprévue du Bénéficiaire constatée par un médecin et nécessitant le maintien en position allongée et l'absence de sorties, prescrits par un médecin. MONDIAL ASSISTANCE FRANCE se réserve le droit de demander un certificat médical ou un arrêt de travail n'autorisant pas les sorties, spécifiant la durée et prescrivant l'alitement.

Maladie :

Maladie : altération subite de l'état de santé, médicalement constatée.

Maladie chronique : maladie qui évolue lentement et se prolonge

Maladie grave : maladie mettant en jeu le pronostic vital à court terme (soit dans un délai d'une semaine)

Accident corporel : Toute lésion corporelle provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Les intoxications alimentaires sont assimilées à un accident.

Transport : Sauf mention contraire, les transports organisés dans le cadre de cette convention s'effectuent par train ou par avion en classe touristique.

Risque couvert : Les services de la présente convention sont accessibles à l'occasion de chaque grossesse médicalement constatée et attestée par un certificat médical pour les garanties BEBE ASSISTANCE.

Territorialité : Le bénéfice des prestations de la présente convention est ouvert uniquement pour les événements survenus en France Métropolitaine et Principautés de Monaco et Andorre.

Période de jouissance : Elle est de 18 (dix-huit) mois consécutifs au plus, commençant au plus tôt 9 (neuf) mois avant la date de naissance théorique, et finissant au plus tard 9 (neuf) mois après la date de naissance théorique.

Durée de validité : Les prestations d'assistance sont accordées exclusivement pendant la durée de validité du contrat PROSPECTIV' SANTÉ et de l'accord liant GROUPE SOLLY AZAR et Mondial ASSISTANCE FRANCE pour la délivrance de ces prestations.

I / BÉBÉ ASSISTANCE

PENDANT TOUTE LA PÉRIODE DE JOUISSANCE

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE met à la disposition du bénéficiaire les services Bébé Assistance ci-après :

1 - Informations et prévention

Sur simple appel téléphonique, du lundi au vendredi (hors jours fériés) de 9h00 à 18h00, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE communique au bénéficiaire, par téléphone uniquement, les renseignements dont il a besoin dans les domaines ci-après :

1.1 - Informations sur les modes de garde

- Quand doit-on inscrire en crèche son enfant à naître ?
- Quelles différences de compétences entre les différents modes de garde ?
- Y a-t-il des avantages fiscaux spécifiques à l'un ou à l'autre des modes de gardes ?
- Conserve-t-on des avantages fiscaux si on emploie un membre de sa famille ?
- Etc...

Si besoin, l'assistante sociale de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE aide le bénéficiaire à calculer les coûts de différents modes de garde en fonction de sa situation et de son lieu de résidence.

1.2 - Informations sur les maternités

Informations à caractère documentaire collectées par le Ministère de la Santé (*) :

- les maternités, leurs coordonnées, leurs équipements,
- les méthodes d'accouchement pratiquées.

(*) source SAE : Ministère de la santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, Ministère des Affaires Sociales, du Travail et de la Solidarité, DREES.

1.3 - Informations juridiques, sociales, fiscales – Démarches administratives liées à la grossesse ou à l'arrivée de l'enfant

- Doit-on déclarer la naissance à la mairie de la maternité ou à la mairie de son domicile ?
- Quel est le délai à ne pas dépasser ?
- Quels documents sont nécessaires ?
- Doit-on aussi déclarer la naissance à l'administration fiscale ou peut-on attendre l'année suivante ?
- Existe-t-il un arrêt de travail pour allaitement ?
- Combien de séances de préparation à l'accouchement sont remboursées par la Sécurité Sociale ?
- Quels sont les impacts fiscaux de l'arrivée d'un enfant au foyer ?

Si besoin, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE orientera le bénéficiaire vers les organismes professionnels susceptibles de lui apporter une réponse ou une aide spécifiques.

1.4 - Information Médicale

Ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin. En cas d'urgence médicale, il convient d'appeler les services médicaux d'urgence dûment habilités (ex : centre 15).

- Dans quels cas pratique-t-on la césarienne ? Quels sont les risques ? Le père peut-il être présent ? Peut-on allaiter ? Reste-t-on plus longtemps à la maternité ?
- À quel moment peut-on demander une péridurale ?
- Qu'est-ce qu'une amniocentèse ? Est-ce dangereux ?
- Puis-je passer sans risque des radiographies ?
- Quelles sont les différentes méthodes de préparation à l'accouchement et où puis-je me renseigner à ce sujet ?

- Puis-je prendre du fluor ? Des antibiotiques ?
- Où puis-je trouver une sage-femme libérale ?
- Ai-je le droit à une sage-femme à ma sortie de la maternité ?
- Y a-t-il un intervalle optimal entre deux naissances ?
- A quel âge peut-on sortir bébé ?
- Sommeil : combien de temps doit dormir le nouveau-né ? Faut-il le réveiller pour le nourrir ? A quelle température doit être la chambre ?
- Hygiène : à quelle température faut-il baigner le nouveau-né ? comment soigner les yeux, les oreilles, le nez, les ongles ?
- Que faire en attendant le médecin en cas de fièvre, vomissements, diarrhée... ?

1.5 - Informations Alimentation et Diététique

Ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin.

- J'ai entendu dire qu'il fallait éviter les édulcorants pendant la grossesse. Est-ce vrai ?
- Comment contrôler la prise de poids sans excès pendant la grossesse ?
- Allaitement maternel : comment donner le sein ? Combien de tétées faut-il donner par jour ? quel est l'intervalle entre deux tétées ?
- Alimentation de la maman : comment retrouver mon poids d'avant la grossesse ? Est-ce que des restrictions auront un impact sur la qualité de mon lait ?
- Allaitement artificiel : jusqu'à quel âge doit-on stériliser les biberons et les tétines ? Avec quelle eau faire les biberons ?
- À partir de quel âge peut-on donner des légumes et fruits au nouveau-né ?
- Peut-on parfumer le lait de suite avec du chocolat ?
- Peut-on faire des desserts soi-même avec du lait de suite ?
- Doit-on sucrer les laitages ?
- Si on fait une purée pour toute la famille avec le lait habituel, peut-on en donner à bébé ?

1.6 - Informations Relations Parents/Enfants

Ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation personnalisée auprès d'un spécialiste.

- le « baby blues », les relations parents/enfant,
- la gestion psycho-affective de l'arrivée d'un petit frère ou d'une petite sœur,
- le rôle du père, ...

1.7 - Programme de Prévention chez la femme enceinte

Ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation médicale personnalisée auprès d'un médecin.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE communique au bénéficiaire, des informations détaillées sur des pathologies affectant les parturientes (hypertension gravidique, diabète gestationnel, tabagisme durant la grossesse...).

Parallèlement à ce service et si le bénéficiaire le souhaite, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE lui explique les modalités de prévention envisageables ainsi que les modalités de dépistage pour chaque pathologie. **En aucun cas les renseignements ne feront l'objet d'une confirmation écrite.**

1.8 - Calendrier Vaccinal

Ce service ne peut en aucun cas remplacer une consultation personnalisée auprès d'un spécialiste.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE communique au bénéficiaire des informations sur le calendrier vaccinal : vaccins obligatoires, vaccins recommandés, modalités de la vaccination, suites prévisibles de la vaccination...

2 - Aide à la vie quotidienne

Certaines tâches sont plus difficiles à exécuter pendant la grossesse ou en présence d'un nouveau-né.

Sur simple appel téléphonique, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE met le bénéficiaire en relation avec les professionnels de son réseau :

- ambulances, taxis
- gardes d'enfants
- auxiliaires de puériculture
- aides ménagère
- dépanneurs/artisans
- déménageurs

Le coût des prestations fournies par ces professionnels reste à la charge du bénéficiaire.

PENDANT LA GROSSESSE

En cas d'hospitalisation de plus de 5 jours ou d'immobilisation au domicile avec alitement de plus de 2 semaines ci-après dénommée «immobilisation», et si aucun proche n'est disponible sur place, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge, dans la limite des disponibilités locales :

La présence d'un proche au domicile

voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par le bénéficiaire, résidant en France Métropolitaine, Andorre ou Monaco, qui vient aider le bénéficiaire à son domicile.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Garde au domicile des enfants de moins de 15 ans » ci-après.

Le service « Présence d'un proche au domicile » est limité à 2 périodes d'hospitalisation ou d'immobilisation au cours de la grossesse.

Le séjour à l'hôtel de la personne désignée au paragraphe « Présence d'un proche au domicile » dans la limite de 50 € TTC par nuit, avec un maximum de 150 € TTC.

Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe « Présence d'un proche au domicile ».

La garde au domicile des enfants de moins de 15 ans

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 20 heures par période d'hospitalisation ou d'immobilisation. Chaque prestation de la garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide soignante. Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher. Lorsque l'immobilisation fait suite à une hospitalisation, la demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 3 (trois) jours suivant le retour au domicile.

Le service «garde au domicile des enfants de moins de 15 ans» est limité à 2 périodes d'hospitalisation ou d'immobilisation au cours de la grossesse.

L'aide ménagère à domicile

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 20 heures par période d'hospitalisation ou d'immobilisation. Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum 3 (trois) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie, entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas etc.) au domicile du bénéficiaire. La demande d'aide ménagère doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 15 (quinze) jours suivant le début de l'hospitalisation ou de l'immobilisation au domicile avec alitement attesté par le bulletin d'hospitalisation ou le certificat médical d'alitement.

Le service «aide ménagère» est limité à 2 périodes d'hospitalisation ou d'immobilisation au cours de la grossesse.

L'assistance aux démarches administratives

intervention d'un coursier afin de retirer ou déposer auprès des organismes désignés par le bénéficiaire, tous dossiers ou documents urgents nécessaires aux inscriptions ou démarches administratives liées à la grossesse ou à la naissance de l'enfant.

La prise en charge de cette prestation est limitée à un maximum de 30 € TTC par grossesse. Elle peut être fournie entre 8h et 17h, du lundi au vendredi, hors jours fériés.

La livraison de médicaments en urgence

recherche (pharmacie proche du domicile ou pharmacie de garde), achat sous réserve de disponibilité, et acheminement au domicile de médicaments prescrits par un médecin depuis moins de 24h et immédiatement nécessaires au bénéficiaire.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE fait l'avance du coût de ces médicaments, que le bénéficiaire devra rembourser au moment où ils lui sont livrés. Le service de livraison des médicaments est pris en charge par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE et est accessible 24h/24, 7jours/7.

Les déplacements pour examens et analyses

transport aller et retour en ambulance, véhicule sanitaire léger ou taxi si le bénéficiaire doit passer des examens médicaux ou faire des analyses médicales pendant son immobilisation au domicile avec alitement.

La prise en charge financière du transport se fera en complément et sur justificatifs des remboursements éventuels obtenus par le bénéficiaire (ou ses ayants droit) auprès de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme de prévoyance auquel il serait affilié.

À LA NAISSANCE

Si, le jour de l'accouchement et/ou dans les 15 jours suivant la naissance, le père est hospitalisé plus de 5 jours ou immobilisé au domicile plus de 7 jours et si aucun proche n'est disponible sur place, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge :

La présence d'un proche au domicile

voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par le bénéficiaire, résidant en France Métropolitaine, Andorre ou Monaco, qui vient aider le bénéficiaire à son domicile.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Garde au domicile des enfants de moins de 15 ans » ci-après. Elle est accordée 1 fois dans les 15 jours suivant la naissance. La demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 15 jours suivant l'accouchement.

Le séjour à l'hôtel de la personne

désignée au paragraphe « Présence d'un proche au domicile », dans la limite de 50 € TTC par nuit, avec un maximum de 150€ TTC.

Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe « Présence d'un proche au domicile ».

La garde au domicile des enfants de moins de 15 ans

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 20 heures par période d'hospitalisation ou d'immobilisation. Chaque prestation de la garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide soignante. Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire au domicile, préparer des repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un proche au domicile » ci-dessus. Elle est accordée 1 fois dans les 15 jours suivant la naissance. La demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 15 jours suivants l'accouchement. Lorsque l'immobilisation fait suite à une hospitalisation, la demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 3 (trois) jours suivant le retour au domicile.

L'aide ménagère au domicile

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 20 heures durant le séjour de la bénéficiaire à la maternité ou à son retour au domicile. Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum 3 (trois) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas etc.) au domicile du bénéficiaire.

Cette prestation est accordée 1 fois dans les 15 jours suivant la naissance. La demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 15 jours suivant l'accouchement.

Le transport de la future accouchée jusqu'à la maternité

le jour de l'accouchement, en ambulance, véhicule sanitaire léger ou taxi.

La prise en charge financière du transport se fera en complément et sur justificatifs des remboursements éventuels obtenus par le bénéficiaire (ou ses ayants droit) auprès de la Sécurité Sociale et de tout autre organisme de prévoyance auquel il serait affilié.

En cas d'urgence médicale, il convient d'appeler les services médicaux d'urgence dûment habilités : Centre 15, Pompiers 18.

APRÈS LA NAISSANCE

Si, après la naissance et pendant les 9 (neuf) mois qui suivent, la mère et / ou le nouveau-né sont hospitalisés plus de 5 jours, et si aucun proche n'est disponible sur place, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge :

La présence d'un proche au domicile

voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par le bénéficiaire, résidant en France Métropolitaine, Andorre ou Monaco, qui vient aider le bénéficiaire à son domicile.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation «Aide ménagère» ci-après. Elle est accordée 2 fois pendant les 9 (neuf) mois qui suivent la naissance. La demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 15 (quinze) jours suivants le début de l'hospitalisation attesté par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical.

Le séjour à l'hôtel de la personne

désignée au paragraphe « Présence d'un proche au domicile » dans la limite de 50 € TTC par nuit, avec un maximum de 150 € TTC.

Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe « Présence d'un proche au domicile ».

La garde au domicile des enfants de moins de 15 ans

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 20 heures par période d'hospitalisation ou d'immobilisation. Chaque prestation de la garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide soignante. Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire au domicile, préparer des repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestations « Présence d'un proche au domicile » ci-dessus. Elle est accordée 2 fois pendant les 9 (neuf) mois qui suivent la naissance. La demande doit sous peine de forclusion, être faite dans les 3 (trois) jours suivants le retour au domicile.

L'aide ménagère au domicile

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 20 heures durant le séjour de la bénéficiaire à l'hôpital ou à son retour au domicile. Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 3 (trois) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas etc.) au domicile du bénéficiaire.

Cette prestation est accordée 2 fois pendant les 9 (neuf) mois qui suivent la naissance. La demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 15 (quinze) jours suivant le début de l'hospitalisation attesté par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical.

L'aide aux soins du bébé au domicile

dans la limite des disponibilités locales, par une auxiliaire de puériculture pour un maximum de 8 heures par période d'hospitalisation, afin d'aider la mère dans les soins du nouveau-né (change, biberons, baignades) à leur retour au domicile.

Cette prestation est accordée 2 fois pendant les 9 (neuf) mois qui suivent la naissance.

La demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 15 (quinze) jours suivants l'hospitalisation attestée par le bulletin d'hospitalisation ou un certificat médical.

Le soutien psychologique

par les psychologues cliniciens du service Ecoute et Accueil Psychologique de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

L'entretien téléphonique, mené par des professionnels qui gardent une écoute neutre et attentive, permet au bénéficiaire de se confier et de clarifier la situation psychologique à laquelle il est confronté.

Les psychologues interviennent dans le strict respect du code de déontologie régissant l'exercice de la profession de psychologue, et ne sauraient en aucun cas initier une psychothérapie par téléphone.

En fonction de la situation et des attentes du bénéficiaire, un rendez-vous pourra être organisé pour le bénéficiaire avec un psychologue diplômé d'état proche de son domicile.

Dans ce cas, les frais de consultation demeurent à la charge du bénéficiaire.

II / ASSISTANCE SANTÉ

INFORMATION, PRÉVENTION...

Sur simple appel téléphonique, du lundi au samedi de 9h00 à 20h00 hors jours fériés, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE communique au bénéficiaire, par téléphone uniquement, les renseignements dont il a besoin dans le domaine de la santé:

Informations d'ordre général sur la santé :

- les urgences (n° samu, pompier, centre anti-poison ...)
- les structures sanitaires (hôpitaux et cliniques) : leurs coordonnées, leurs spécialités,
- les problèmes d'alcool, de tabagisme
- les problèmes de poids
- le groupe sanguin (compatibilité entre époux, transfusion...)
- la grossesse et l'accouchement : les médicaments interdits/à éviter, les examens à effectuer (obligatoires/facultatifs)
- les maladies infantiles
- les vaccinations à effectuer : obligatoires/conseillées, risques liés à la vaccination
- les troubles de l'adolescence
- les maladies du 3ème/4ème âge
- l'alimentation : en général et en fonction de certaines pathologies :
ex : le diabète
- les médicaments : les médicaments génériques
- informations préventives concernant les modes de transmission et les risques liés à certaines maladies, les précautions à prendre... (ex : rougeole, sida...)
- la santé en voyage (hygiène, vaccins, équivalence en médicaments, formulaires de Sécurité Sociale...)

EN CAS DE MALADIE OU D'ACCIDENT AU DOMICILE

Le premier réflexe doit être d'appeler les pompiers ou le SAMU et le médecin traitant. En France, les secours de première urgence sont gratuits.

Toutefois, en cas de difficultés, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE peut communiquer au bénéficiaire les coordonnées de ces services publics.

Il appartient au médecin intervenant sur place de décider seul de la nécessité d'une éventuelle médicalisation du transport du bénéficiaire par le SAMU ou tout autre moyen de transport sanitaire.

1 - ADMISSION À L'HOPITAL

Si le bénéficiaire le souhaite, et sur prescription médicale uniquement, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge :

La recherche et la réservation d'une place en milieu hospitalier

public ou privé, dans la limite des disponibilités dans les établissements hospitaliers situés dans un rayon de 100 km autour du domicile du bénéficiaire.

Le transport du bénéficiaire à l'hôpital et le retour au domicile

par ambulance, de son domicile vers l'hôpital le plus proche ou vers un hôpital de son choix situé dans un rayon de 50 km maximum autour de son domicile.

La prise en charge financière du transport se fera en complément des remboursements de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme de prévoyance auquel il serait affilié. En conséquence, le bénéficiaire s'engage à effectuer toutes démarches nécessaires au recouvrement de ses frais auprès de ces organismes et à verser à MONDIAL ASSISTANCE FRANCE toutes sommes perçues par lui à ce titre lorsque l'avance des frais aura été faite par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

L'information à la famille

ou aux personnes préalablement désignées par le bénéficiaire du lieu d'hospitalisation où elles pourront prendre de ses nouvelles.

2 - GARANTIE EN CAS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE 4 JOURS CONSÉCUTIFS

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge :

La présence d'un proche au chevet du bénéficiaire

voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par le bénéficiaire, résidant en France Métropolitaine, Andorre ou Monaco, qui vient à son chevet.

Le séjour à l'hôtel de la personne

désignée au paragraphe « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire » dans la limite de 45 € TTC par nuit, avec un maximum 90 € TTC.

Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire ».

La télévision à l'hôpital

remboursement de la location d'une télévision dans la chambre d'hôpital, sous réserve de l'équipement en TV de l'établissement hospitalier, de la disponibilité de l'appareil et de l'autorisation du médecin soignant, dans la limite de 75 € TTC par période d'hospitalisation. Les frais engagés seront pris en charge uniquement s'ils ont fait l'objet d'un accord exprès préalable de la part de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

La garde au domicile des enfants ou petits enfants à charge de moins de 15 ans

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 24 heures par période d'hospitalisation.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide soignante.

Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher.

À l'issue de cette prestation et si l'hospitalisation doit se prolonger, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE pourra organiser soit la Présence d'un proche au domicile, soit le transfert des enfants chez un proche.

La présence d'un proche au domicile

voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, pour s'occuper des enfants ou petits enfants de moins de 15 ans à la charge du bénéficiaire.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Transfert des enfants ou petits enfants chez un proche ».

Le transfert des enfants ou petits enfants à charge de moins de 15 ans chez un proche

voyage aller et retour jusqu'à chez un proche désigné par le bénéficiaire, résidant en France métropolitaine, Andorre ou Monaco, avec si nécessaire, accompagnement par un proche désigné par le bénéficiaire ou un correspondant de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un proche au domicile ».

Une veille sur les ascendants

par une personne de compagnie, pour un maximum de 24 heures par période d'hospitalisation.

Chaque prestation de la personne de compagnie dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés.

La garde des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous autres animaux)

• soit à l'extérieur, frais de nourriture compris, dans la limite de 230 € TTC maximum par période d'hospitalisation,

• soit chez un proche désigné par le bénéficiaire, résidant en France Métropolitaine, dans un rayon maximum de 100 km autour du domicile.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 établissant la liste des types de chiens susceptibles d'être dangereux.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un proche au chevet » évoquée précédemment.

3 - GARANTIE AU DOMICILE EN CAS D'ACCIDENT OU DE MALADIE ENTRAINANT

UNE IMMOBILISATION DE PLUS DE 4 JOURS CONSÉCUTIFS

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge :

La présence d'un proche au chevet du bénéficiaire

voyage aller et retour d'un proche ou d'une personne désignée par le bénéficiaire, résidant en France Métropolitaine, Andorre ou Monaco, qui vient à son chevet.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Transfert des enfants ou petits enfants chez un proche ».

Le séjour à l'hôtel de la personne

désignée au paragraphe « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire » dans la limite de 45 € TTC par nuit, avec un maximum 90 € TTC.

Cette prestation n'est accordée que si l'acheminement de ladite personne a été organisé préalablement dans les conditions définies au paragraphe « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire ».

La garde au domicile des enfants ou petits enfants à charge de moins de 15 ans

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 24 heures par période d'hospitalisation.

Chaque prestation de garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La prestation est rendue par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide soignante.

Sa mission consiste à garder l'enfant du bénéficiaire au domicile, préparer les repas, apporter des soins quotidiens à l'enfant. Pendant ses heures de présence, la garde d'enfant pourra accompagner les enfants à la crèche, à l'école ou à leurs activités extra scolaires et retourner les chercher.

À l'issue de cette prestation et si l'immobilisation doit se prolonger, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE pourra organiser soit la Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire, soit le transfert des enfants chez un proche.

Le transfert des enfants ou petits enfants à charge de moins de 15 ans chez un proche

voyage aller et retour jusque chez un proche désigné par le bénéficiaire, résidant en France Métropolitaine, Andorre ou Monaco, avec si nécessaire, accompagnement par un proche désigné par le bénéficiaire ou un correspondant de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire ».

La livraison de médicaments en urgence

recherche (pharmacie proche du domicile ou pharmacie de garde), achat sous réserve de disponibilité, et acheminement au domicile des médicaments prescrits par un médecin depuis moins de 24h et immédiatement nécessaires au bénéficiaire.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE fait l'avance du coût de ces médicaments, que le bénéficiaire devra rembourser au moment où ils lui sont livrés.

Le service de livraison des médicaments est pris en charge par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE et est accessible 24h/24, 7jours/7.

L'aide ménagère à domicile

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 15 heures pouvant être réparties sur 3 semaines.

Chaque prestation de l'aide ménagère dure au minimum 3 (trois) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La mission de l'aide ménagère concerne la réalisation de petits travaux ménagers quotidiens (repassage, ménage, préparation des repas etc.) au domicile du bénéficiaire.

Lorsque l'immobilisation fait suite à une hospitalisation, la demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 3 (trois) jours suivant le retour au domicile.

La prestation d'aide ménagère peut également être fournie en cas de chimiothérapie ambulatoire, à l'issue de chaque séance et pour un maximum de 30 heures réparties sur 10 séances.

Dans tous les cas, cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un proche au chevet du bénéficiaire ».

La garde des animaux de compagnie (chiens, chats à l'exclusion de tous autres animaux)

- soit à l'extérieur, frais de nourriture compris, dans la limite de 230 € TTC maximum par période d'immobilisation,
- soit chez un proche désigné par le bénéficiaire, résidant en France Métropolitaine, dans un rayon maximum de 100 Km autour du domicile.

L'animal concerné doit avoir reçu toutes les vaccinations obligatoires. Sont exclus les chiens mentionnés dans l'arrêté du 27/04/99 établissant la liste des types de chiens susceptibles d'être dangereux.

Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation « Présence d'un proche au chevet » évoquée précédemment.

La livraison et la mise à disposition du matériel médical

qui lui a été prescrit par son médecin. La demande, formulée par téléphone, doit être confirmée par courrier ou télécopie. Le coût du matériel médical reste à la charge du bénéficiaire.

La recherche d'un médecin

en l'absence du médecin traitant, à l'endroit où se trouve le bénéficiaire, en lui communiquant les numéros de téléphone (médecin de garde ou service d'urgence).

Dans ce cas, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE n'est pas responsable si aucun médecin n'est disponible. De même, la non-disponibilité ou l'éloignement trop important du médecin susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

Les frais de déplacements, de soins et d'honoraires sont à la charge du bénéficiaire.

La recherche d'une infirmière

sur prescription médicale, le plus près possible de l'endroit où se trouve le bénéficiaire, en lui communiquant les numéros de téléphone.

Dans ce cas, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE n'est pas responsable si aucune infirmière n'est disponible. De même, la non-disponibilité ou l'éloignement trop important de l'infirmière susceptible de se déplacer ne pourra être retenu à l'encontre de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE.

Les frais de déplacements, de soins et d'honoraires sont à la charge du bénéficiaire.

PRESTATIONS SPÉCIALES POUR ENFANT HOSPITALISÉ OU IMMOBILISÉ AU DOMICILE

Pendant l'immobilisation au domicile sans hospitalisation ou pour convalescence, prescrite par un médecin et attestée par le bulletin d'hospitalisation ou le certificat médical, si l'immobilisation doit durer plus de 4 jours et si aucun proche n'est disponible sur place, MONDIAL ASSISTANCE FRANCE organise et prend en charge :

La garde au domicile de l'enfant de moins de 15 ans malade ou convalescent,

dans la limite des disponibilités locales, pour un maximum de 24 heures par période d'immobilisation.

Chaque prestation de la garde d'enfant dure au minimum 4 (quatre) heures incluant le temps de parcours jusqu'au domicile du bénéficiaire, et peut être fournie entre 8h et 19h du lundi au samedi, hors jours fériés. La prestation est assurée par une travailleuse familiale, auxiliaire puéricultrice ou aide soignante. Sa mission consiste à garder l'enfant convalescent, préparer ses repas et lui apporter les soins quotidiens. Lorsque l'immobilisation fait suite à une hospitalisation, la demande doit, sous peine de forclusion, être faite dans les 3 (trois) jours suivants le retour au domicile.

La conduite de l'enfant à l'école

s'il peut assister à ses cours mais qu'il a des difficultés à se déplacer et qu'aucun proche ne peut assurer son transport. Le transport est organisé par taxi et pris en charge à hauteur de 300 € TTC maximum par période d'immobilisation.

Une aide pédagogique dans les matières scolaires principales.

lorsque l'immobilisation imprévue au domicile entraîne une absence scolaire supérieure à 14 jours consécutifs. Chaque demande est étudiée au cas par cas pour missionner le répétiteur scolaire habilité à donner des cours du niveau de la classe du bénéficiaire. Il pourra, avec l'accord du bénéficiaire et de son responsable légal, prendre contact avec l'établissement scolaire fréquenté afin d'examiner avec l'instituteur ou les professeurs habituels du bénéficiaire l'étendue du programme à étudier.

L'aide pédagogique est accordée pour la durée effective de 1 mois, pendant les jours normalement scolarisés sauf le samedi, à raison de 15 heures par semaine, tous cours confondus, fractionnables par tranche de 3 heures de cours au minimum dans la journée par matière ou par répétiteur scolaire. Elle cesse dès que l'enfant a repris les cours normalement ou à la fin de l'année scolaire.

La mise en place de l'aide pédagogique peut nécessiter un délai 2 jours ouvrés.

Sous réserve de l'accord exprès de l'établissement de soins, l'aide pédagogique peut également être fournie en cas d'hospitalisation imprévue de l'enfant, attestée par le bulletin d'hospitalisation, qui entraîne une absence scolaire supérieure à 14 jours consécutifs.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les prestations de la convention d'assistance souscrite par GROUPE SOLLY AZAR auprès de Fragonard Assurances (S.A. au capital de 25 037 000 euros - 479 065 351 RCS Paris - Entreprise régie par le Code des Assurances - Siège social : 2 rue Fragonard - 75017 PARIS) sont mises en œuvre par Mondial Assistance France (société par actions simplifiées au capital de 7 538 389,65 € - 490 381 753 RCS Paris - Siège social: 54 rue de Londres 75008 Paris - Société de courtage d'assurances - Inscription ORIAS 07 026 669).

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne peut en aucun cas se substituer aux organismes locaux de secours d'urgence. Le bénéficiaire ou ses proches doivent, en cas d'urgence, prendre contact directement et en priorité avec les services locaux de secours d'urgence.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l'exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d'événements tels que guerres civiles ou étrangères, révolutions, mouvements populaires, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d'engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques graves et les événements imprévisibles d'origine naturelle.

Elle s'efforcera néanmoins de tout mettre en œuvre pour venir en aide au bénéficiaire.

Par le seul fait qu'il réclame le bénéfice d'une assistance, le demandeur s'engage à fournir à MONDIAL ASSISTANCE FRANCE, soit concurremment à la demande écrite, soit dans les 5 jours suivant l'appel (sauf cas fortuit ou de force majeure), tous actes, pièces, factures et certificats de nature à établir la matérialité de l'événement ouvrant droit au bénéfice des prestations de la présente convention.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne peut répondre des manquements ou contretemps qui résulteraient du non respect par le bénéficiaire des dispositions qui précèdent et serait en droit de réclamer au bénéficiaire le remboursement des frais exposés.

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées dans la présente convention ne peut donner lieu à remboursement que si MONDIAL ASSISTANCE FRANCE a été prévenue préalablement et a donné son accord exprès.

Dans ce cas, les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs originaux, dans la limite de ceux que MONDIAL ASSISTANCE FRANCE aurait engagés pour organiser le service.

Conditions applicables aux services de renseignement téléphonique

En aucun cas les renseignements communiqués ne feront l'objet d'une confirmation écrite.

Les informations fournies par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE sont des renseignements à caractère documentaire. MONDIAL ASSISTANCE FRANCE s'interdit toute consultation, diagnostic ou prescription médicale, et n'est pas tenue de répondre aux questions concernant des jeux et des concours.

La responsabilité de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE ne pourra en aucun cas être recherchée dans le cas d'une mauvaise utilisation ou interprétation inexacte du ou des renseignements qui auront été communiqués.

Certaines demandes peuvent nécessiter des recherches. MONDIAL ASSISTANCE FRANCE s'engage alors à répondre dans un délai de 2 (deux) jours ouvrés.

Conditions applicables aux services d'assistance à la personne au domicile

Les prestations énoncées dans la présente convention ne se substituent en aucune façon aux interventions des services publics, ni aux prestations dues par les organismes sociaux et les employeurs.

MONDIAL ASSISTANCE FRANCE se réserve le droit de demander, préalablement à la mise en œuvre des prestations, tout justificatif de nature à établir la matérialité de l'événement générant la demande d'assistance (certificat médical, bulletin d'hospitalisation,...). Ce justificatif sera adressé au médecin MONDIAL ASSISTANCE FRANCE qui se réserve le droit de contacter le médecin qui a établi ledit justificatif.

L'organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l'une des assistances énoncées ci-avant ne peut donner lieu au remboursement que si MONDIAL ASSISTANCE FRANCE a été prévenue préalablement et a donné son accord exprès.

Les frais exposés seront remboursés sur présentation des justificatifs, dans la limite de ceux que MONDIAL ASSISTANCE FRANCE aurait engagés pour organiser le service.

Sauf mention contraire, la mise en place des prestations d'assistance au domicile peut nécessiter un délai d'une demi-journée ouvrée.

La prestation « Garde au domicile de l'enfant convalescent de moins de 15 ans n'est pas ouverte :

- pendant les congés légaux du ou des parents et de la nourrice employée et déclarée,
- lorsqu'un membre majeur de la famille est présent au domicile.

La prestation « Aide pédagogique » n'étant pas conçue pour servir les convenances personnelles, toute fausse déclaration, falsification ou tentative de fraude entraîne la perte du bénéfice de la prestation et le remboursement immédiat des sommes éventuellement engagées par MONDIAL ASSISTANCE FRANCE pour sa réalisation.

Exclusions Générales

Sont exclus :

o les demandes non justifiées

o les maladies chroniques et l'invalidité permanente, antérieurement avérées/constituées

o les maladies relevant de l'hospitalisation à domicile

o les affections bénignes ne justifiant pas une immobilisation au domicile

o les maladies et accidents et leurs conséquences, antérieurs à la date d'effet du contrat

o les maladies chroniques psychiques

o les maladies psychologiques antérieurement avérées/constituées (ou) en cours de traitement

o les convalescences et les affections (maladie, accident) en cours de traitement non encore consolidées

o les maladies préexistantes diagnostiquées et/ou traitées ayant fait l'objet d'une hospitalisation dans les six mois précédant la demande d'assistance

o les états de grossesse, sauf complication imprévisible, et dans tous les cas à partir de la 36^{ème} semaine d'aménorrhée (sauf pour les prestations de BÉBÉ ASSISTANCE qui sont acquises pour les états de grossesse)

o les états résultant de l'usage de drogues, stupéfiants et produits assimilés non prescrits médicalement, et de l'absorption d'alcool

o les conséquences de tentative de suicide

o les conséquences :

- des situations à risques infectieux en contexte épidémique,
- de l'exposition à des agents biologiques infectants,
- de l'exposition à des agents chimiques type gaz de combat,
- de l'exposition à des agents incapacitants,
- de l'exposition à des agents neurotoxiques ou à effets neurotoxiques rémanents,

qui font l'objet d'une mise en quarantaine ou de mesures préventives ou de surveillances spécifiques ou de recommandations de la part des autorités sanitaires internationales ou des autorités sanitaires locales du pays où le bénéficiaire séjourne ou des autorités sanitaires nationales du pays de destination du rapatriement ou du transport sanitaire

o les dommages provoqués intentionnellement par un bénéficiaire et ceux résultant de sa participation à un crime, à un délit ou une rixe, sauf cas de légitime défense

o les événements survenus de la pratique de sports dangereux (raids, trekkings, escalades...) ou de la participation du bénéficiaire en tant que concurrent à des compétitions sportives, paris, matchs, concours, rallyes ou à leurs essais préparatoires, ainsi que l'organisation et la prise en charge de tous frais de recherche

o la plongée sous marine si le bénéficiaire ne pratique pas ce sport dans une structure adaptée et reconnue par la CMAS (Confédération Mondiale des Activités Subaquatiques) et si en cas d'accident, le bénéficiaire n'a pas été pris en charge par un centre de traitement hyperbare (MONDIAL ASSISTANCE FRANCE n'intervient qu'après cette première prise en charge pour organiser l'assistance médicale).

Mise en œuvre des garanties

Toute demande de mise en œuvre de l'une des prestations de la présente convention doit obligatoirement être formulée directement par le bénéficiaire ou ses proches auprès de MONDIAL ASSISTANCE FRANCE au numéro suivant : 01.40.25.58.59, accessible 24h/24, 7 jours/7, sauf mentions contraires.

En indiquant :

- le nom et le n° du contrat souscrit 920771,
- le nom et le prénom du bénéficiaire,
- l'adresse exacte du bénéficiaire,
- le numéro de téléphone où le bénéficiaire peut être joint.

NOTICE D'INFORMATION PROspectiv' MAINTIEN DE REVENUS – MR 03/2010
Contrats collectifs d'assurance à adhésion facultative n°2385 et n°2384 (pour le contrat Madelin),
souscrits par GROUPE SOLLY AZAR auprès de CAMEIC Société d'assurances mutuelle à cotisations variables
Siège social : 25 rue de Madrid - 75008 Paris - Entreprise régie par le Code des Assurances, ci-après désigné « 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 59 ans au plus à la date d'effet de votre adhésion ;
- avoir le statut de travailleur non salarié ou de conjoint collaborateur ;
- exercer de manière effective une activité professionnelle 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.

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.
- **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.**

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 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 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 du contrat à l'exception des diminutions de garantie qui ne peuvent intervenir qu'à la date anniversaire du contrat.

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 SOLLY AZAR ASSURANCES.

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 SOLLY AZAR ASSURANCES 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 SOLLY AZAR ASSURANCES à votre dernier domicile connu. La date d'envoi constituera le point de départ du préavis.

• Elle intervient de plein droit :

- 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 SOLLY AZAR ASSURANCES 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 **au titre d'un arrêt de travail** 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'Incapacité 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, et au plus tard à l'échéance anniversaire qui suit le 65^{ème} 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 des garanties souscrites, du montant des prestations assurées, de la durée de franchise, de votre âge à la date d'effet (âge calculée par différence de millésimes), 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, 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, SOLLY AZAR ASSURANCES 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 SOLLY AZAR ASSURANCES. 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 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 Incapacité 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 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 – 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 70€/jour (50€/jour pour le conjoint collaborateur).

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 à l'âge de 65 ans.

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 SOLLY AZAR ASSURANCES /GESTION VIE/ Service indemnisation - 44-50, avenue du Capitaine Garner 93407 Saint-Ouen Cedex.

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.

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 SOLLY AZAR ASSURANCES, 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 SOLLY AZAR ASSURANCES, 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 SOLLY AZAR ASSURANCES, 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 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

Si vous rencontrez des difficultés liées à l'application du contrat, vous pouvez formuler une réclamation ou signifier votre désaccord, par courrier simple adressé à SOLLY AZAR ASSURANCES.

Si la réponse ne vous satisfait pas, vous pourrez demander l'avis du médiateur en écrivant à l'adresse suivante :

Médiateur de la FFSA - BP 290 - 75425 PARIS CEDEX 09.

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 SOLLY AZAR ASSURANCES 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 SOLLY AZAR ASSURANCES.

ART 15 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

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

ART 16 - VOS POSSIBILITÉS 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 **SOLLY AZAR ASSURANCES/GESTION VIE - 44-50, avenue du Capitaine Glarner 93407 Saint-Ouen Cedex.**

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 **SOLLY AZAR ASSURANCES /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).

(Si des cotisations ont été perçues) Je vous prie de me rembourser les cotisations versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.

(En cas de commercialisation à distance) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

À, Le.....

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 : L'âge se calcule par différence de millésimes (année en cours moins année de naissance).

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, 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 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 GÉNÉRAUX PERMANENTS - FGP 09/2008
Contrat collectif d'assurance à adhésion facultative n°2386,
souscrit par GROUPE SOLLY AZAR auprès de CAMEIC Société d'assurances mutuelle à cotisations variables
Siège social : 25 rue de Madrid - 75008 Paris - Entreprise régie par le Code des Assurances, ci-après désigné « 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 59 ans au plus à la date d'effet de votre adhésion ;
- ↳ avoir le statut de travailleur non salarié ;
- ↳ exercer de manière effective une activité professionnelle 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.

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 du contrat à l'exception des diminutions de garantie qui ne peuvent intervenir qu'à la date anniversaire du contrat.

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 SOLLY AZAR ASSURANCES.

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 SOLLY AZAR ASSURANCES 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 SOLLY AZAR ASSURANCES à votre dernier domicile connu. La date d'envoi constituera le point de départ du préavis.

↳ Elle intervient de plein droit :

- 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 SOLLY AZAR ASSURANCES 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 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.

4.4.2 - 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 à l'échéance anniversaire qui suit le 65^{ème} 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 de l'indemnité choisie, de la durée de franchise et d'indemnisation retenues, de votre âge à la date d'effet (âge millésimé) et de votre statut.

↳ **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, 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, SOLLY AZAR ASSURANCES 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 SOLLY AZAR ASSURANCES.

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-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.

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

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 mentionnée sur le certificat d'adhésion ou sur l'avenant d'adhésion en cas de modification des garanties initialement souscrites. Il est au maximum de 70 €/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 ;
- ↳ 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.

↳ 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 RÈGLEMENT DE VOS INDEMNITÉS

ART. 13 - LE CALCUL ET LE RÈGLEMENT 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 SOLLY AZAR ASSURANCES 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 SOLLY AZAR ASSURANCES.

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.

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 SOLLY AZAR ASSURANCES, 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 SOLLY AZAR ASSURANCES, 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 SOLLY AZAR ASSURANCES, 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

Si vous rencontrez des difficultés liées à l'application du contrat, vous pouvez formuler une réclamation ou signifier votre désaccord, par courrier simple adressé à SOLLY AZAR ASSURANCES.

Si la réponse ne le satisfait pas, l'Adhérent pourra demander l'avis du médiateur en écrivant à l'adresse suivante :

Médiateur de la FFSA - BP 290 - 75425 PARIS CEDEX 09

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, 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. 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 SOLLY AZAR ASSURANCES 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 SOLLY AZAR ASSURANCES.

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 CONTRÔLE

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

ART. 21 - VOS POSSIBILITÉS 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 **SOLLY AZAR ASSURANCES/GESTION VIE - 44-50, avenue du Capitaine Glarner 93407 Saint-Ouen Cedex.**

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 **SOLLY AZAR ASSURANCES/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 GÉNÉRAUX PERMANENTS (numéro d'adhésion), que j'ai signé le (date).

(Si des cotisations ont été perçues) Je vous prie de me rembourser les cotisations versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.

(En cas de commercialisation à distance) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

À, Le.....

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 : L'âge se calcule par différence de millésimes (année en cours moins année de naissance).

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 : 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' DÉCÈS - DÉCÈS 09/2008

Contrat collectif d'assurance à adhésion facultative n° A 4272.0001, souscrit par GROUPE SOLLY AZAR

Auprès de SwissLife Assurance et Patrimoine - Siège social - 86, boulevard Haussmann - 75380 Paris Cedex 08 - SA au capital de 109.281.907,30 € - Entreprise régie par le Code des Assurances - 341.785.632 RCS Paris – et SwissLife Prévoyance et Santé - Siège social : 86, boulevard Haussmann - 75380 Paris cedex 08 - SA au capital de 150 000 000 €-Entreprise régie par le Code des Assurances - 322 215 021 RCS Paris, - Ci-après désignés « 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.

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

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 du contrat à l'exception des diminutions de garantie qui ne peuvent intervenir qu'à la date anniversaire du contrat.

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. 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 59 ans au plus à la date d'effet de votre adhésion ;
- ↳ avoir le statut de travailleur non salarié ou de conjoint collaborateur ;
- ↳ exercer de manière effective une activité professionnelle 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. 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 SOLLY AZAR ASSURANCES.

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 SOLLY AZAR ASSURANCES 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 SOLLY AZAR ASSURANCES à votre dernier domicile connu. La date d'envoi constituera le point de départ du préavis.

↳ Elle intervient de plein droit :

- 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 SOLLY AZAR ASSURANCES 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 lieu au versement des prestations prévues par le contrat ;
- En cas de retrait d'agrément de l'Assureur (article L.326-12 du Code des Assurances) ;

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.

- 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.

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 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, et au plus tard à l'échéance anniversaire qui suit le 65ème 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 millésimé) et de votre statut.

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

- A chaque échéance anniversaire, en fonction de l'âge atteint par l'Assuré.
- 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, SOLLY AZAR ASSURANCES 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 SOLLY AZAR ASSURANCES. 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.

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 en cas de décès de l'Assuré** survenant pendant la période de validité de l'adhésion. 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 la garantie, le capital 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.

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 met fin à l'adhésion.

ART. 9 - 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.

ART. 10 - 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.

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 :

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	36,54	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40	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

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. 11 - DÉSIGNATION BÉNÉFICIAIRE(S) EN CAS DE DÉCÈS

Le capital 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. 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.
- 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 1ère année ; en cas d'augmentation des garanties, le suicide est exclu pour le supplément de garanties pendant la 1ère 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. 13 - CE QUE VOUS DEVEZ DÉCLARER

13.1- 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).
- 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 SOLLY AZAR ASSURANCES.

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.

13.2 - 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 À VOTRE ADHÉSION

ART. 14 - 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. 15 - LES RÉCLAMATIONS - LA MÉDIATION

Si vous rencontrez des difficultés liées à l'application du contrat, vous pouvez formuler une réclamation ou signifier votre désaccord, par courrier simple adressé à SOLLY AZAR ASSURANCES.

Si la réponse ne le satisfait pas, l'Adhérent pourra demander l'avis du médiateur en écrivant à l'adresse suivante :

Médiateur de la FFSA - BP 290 - 75425 PARIS CEDEX 09

ART. 16 - 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. 17 - 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 SOLLY AZAR ASSURANCES 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. 18 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

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

ART. 19 - VOS POSSIBILITÉS DE RENONCIATION

L'Adhérent a la faculté de renoncer à son contrat dans un délai de 30 jours calendaires révolus à partir de la date de conclusion du contrat et ce conformément à l'article L 132-5-1 du Code des Assurances. Il doit pour cela adresser à l'Assureur sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception selon le modèle suivant : « je soussigné(e).....demande à renoncer aux garanties prévues par le contrat n°.....que j'ai signé leet à recevoir le remboursement total des sommes versées.

Date et signature. »

Dans les 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée, l'Assureur lui remboursera l'intégralité des fonds reçus.

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 : L'âge se calcule par différence de millésimes (année en cours moins année de naissance).

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, scoliooses, 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 : 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' CHÔMAGE - DG n°44-2
Contrats collectifs d'assurance à adhésion facultative n°2400 (pour le contrat Madelin) et n°2401,
souscrits par GROUPE SOLLY AZAR auprès de CAMEIC Société d'assurances mutuelle à cotisations variables
Siège social : 25 rue de Madrid - 75008 Paris - Entreprise régie par le Code des Assurances, ci-après désigné « 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 ;
- ↳ être âgé de 59 ans au plus à la date d'effet de l'adhésion ;
- ↳ 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 1ère 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 SOLLY AZAR ASSURANCES.

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 SOLLY AZAR ASSURANCES 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 SOLLY AZAR ASSURANCES au dernier domicile connu de l'Adhérent. La date d'envoi constituera le point de départ du préavis.

Elle intervient de plein droit :

- En cas de sinistre indemnisé ou non par l'Assureur ;
- En cas de fixation du domicile hors de France Métropolitaine.

Dans ces deux cas, SOLLY AZAR ASSURANCES 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 SOLLY 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 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.

4.3.2 - 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 à l'échéance anniversaire qui suit le 65^e anniversaire de l'Assuré.

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, SOLLY AZAR ASSURANCES 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 SOLLY AZAR ASSURANCES.

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 SOLLY AZAR ASSURANCES 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 ;
- ↳ être affilié à la garantie PROspectiv' CHÔMAGE de façon continue, sans interruption depuis au moins **12 mois** 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 mentionné 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 RÈGLEMENT 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 SOLLY AZAR ASSURANCES 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, à la date où l'Assuré atteint son 65^{ème} anniversaire.

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

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 - DIFFERÉ 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, à la date où l'Assuré atteint son 65^{ème} anniversaire.

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

Si vous rencontrez des difficultés liées à l'application du contrat, vous pouvez formuler une réclamation ou signifier votre désaccord, par courrier simple adressé à SOLLY AZAR ASSURANCES.

Si la réponse ne le satisfait pas, l'Adhérent pourra demander l'avis du médiateur en écrivant à l'adresse suivante :

Médiateur de la FFSA - BP 290 – 75425 PARIS CEDEX 09

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, 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. 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 SOLLY AZAR ASSURANCES 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 CONTRÔLE

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

ART. 25 - VOS POSSIBILITÉS 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 **SOLLY AZAR ASSURANCES/GESTION VIE - 44-50, avenue du Capitaine Glarner - 93407 Saint-Ouen Cedex.**

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 **SOLLY AZAR ASSURANCES/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).

(Si des cotisations ont été perçues) Je vous prie de me rembourser les cotisations versées, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.

(En cas de commercialisation à distance) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

À, Le.....
Signature

TITRE V - LEXIQUE

Âge : L'âge se calcule par différence de millésimes (année en cours moins 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.



SOLLY AZAR
ASSURANCES

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