



SwissLife

SwissLife Prévoyance Entreprises +

Dispositions générales du contrat prévoyance

Le contrat SwissLife Prévoyance Entreprises +

Le contrat SwissLife Prévoyance Entreprises + est un contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire, spécifiquement conçu pour répondre aux attentes et aux besoins des petites et moyennes entreprises, en leur apportant des solutions innovantes et personnalisées en matière de prévoyance.

Le contrat SwissLife Prévoyance Entreprises + permet de renforcer la protection sociale des salariés de l'entreprise souscriptrice.

Avec le contrat SwissLife Prévoyance Entreprises +, l'entreprise compose la formule de garanties la mieux adaptée pour une protection optimale de ses collaborateurs.

Le présent contrat est constitué des documents suivants :

- les **dispositions générales** qui définissent les conditions d'application du contrat, exposent l'ensemble des garanties proposées et pouvant être souscrites. Elles informent l'entreprise sur les risques non couverts par le contrat ainsi que la marche à suivre pour obtenir le paiement des prestations ;
- la **demande de souscription** de l'entreprise ;
- la **liste nominative d'affiliations**, à défaut les **bulletins individuels d'adhésion** des salariés à assurer ;
- les **dispositions particulières** qui précisent les différentes garanties choisies par l'entreprise, le montant des prestations correspondantes, ainsi que la catégorie de personnel à assurer ;
- la **notice d'information**, rédigée par l'assureur, ainsi que le **certificat d'adhésion**, que l'entreprise doit remettre personnellement à chaque salarié concerné par le contrat et qui lui précisent notamment l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites par l'entreprise et pour lesquelles il est assuré.

Qui est concerné par le contrat ?

- **L'entreprise contractante nommée ci-après « entreprise »** : il s'agit de la personne morale qui, au travers de son représentant légal dûment habilité, a souscrit le contrat au profit de ses salariés relevant de la catégorie de personnel mentionnée aux dispositions particulières.
- **L'adhérent** : il s'agit de tout membre du personnel salarié de l'entreprise relevant à titre obligatoire de la catégorie objective de personnel à assurer au profit de laquelle est souscrit le contrat.
- **L'assureur** : désigne la société d'assurance qui garantit les risques souscrits.

Le contrat

Le présent contrat est conclu entre :

- **l'entreprise contractante**, désignée aux dispositions particulières ;
- et **les assureurs** mentionnés ci-après :

SwissLife Prévoyance et Santé

Siège social :

7, rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret

SA au capital de 150 000 000 €

entreprise régie par le Code des assurances

322 215 021 RCS Nanterre.

assureur des risques « Décès accidentel et Perte totale et irréversible d'autonomie par suite d'accident – Incapacité temporaire de travail – Invalidité permanente – Exonération des cotisations ».

SwissLife Assurance et Patrimoine

Siège social :

7, rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret

SA au capital de 169 036 086,38 €

entreprise régie par le Code des assurances

341 785 632 RCS Nanterre.

assureur des risques « Décès – Perte totale et irréversible d'autonomie – Rente de conjoint – Rente éducation ».

L'ensemble des actes de gestion relatifs au présent contrat est effectué par SwissLife Prévoyance et Santé en tant que société apéritrice. Le contrat est régi par le Code des assurances.

L'autorité de contrôle

Autorité de contrôle prudentiel et de résolution – ACPR : 61, rue Taitbout – 75009 Paris

Sommaire

<i>Titre 1</i>	<i>Les dispositions relatives au contrat</i>	5
Article 1	L'objet du contrat	5
Article 2	La vie du contrat	5
<i>Titre 2</i>	<i>Les dispositions relatives aux adhérents</i>	10
Article 3	La prise d'effet de l'adhésion	10
Article 4	Le montant des garanties	10
Article 5	Le maintien des garanties	11
<i>Titre 3</i>	<i>Les garanties</i>	12
Article 6	Les garanties décès	12
Article 7	Les garanties en cas d'arrêt de travail	13
<i>Titre 4</i>	<i>Quels sont les cas où les garanties ne s'exercent pas ?</i>	15
Article 8	Les exclusions et restrictions	15
<i>Titre 5</i>	<i>Le règlement des prestations</i>	16
Article 9	La déclaration à l'assureur	16
Article 10	Les documents que l'entreprise doit remettre à l'assureur	16
Article 11	L'expertise médicale	17
<i>Titre 6</i>	<i>Lexique</i>	18

Titre 1

Les dispositions relatives au contrat

Article 1 – L’objet du contrat

Le contrat prévoyance a été souscrit au profit de l’ensemble des salariés appartenant à la catégorie de personnel définie aux dispositions particulières.

Il a pour objet de fournir les prestations correspondant aux garanties retenues par l’entreprise, décrites au titre 3 et définies aux dispositions particulières.

Le contrat est une assurance de groupe à adhésion obligatoire pour chacun des salariés garantis collectivement sous réserve des cas de dispenses prévus par la réglementation en vigueur ainsi que ceux prévus dans l’acte fondateur du régime de prévoyance, soit, une convention ou un accord collectif, un projet d’accord déposé par le chef d’entreprise et ratifié par la majorité des salariés inscrits ou par décision unilatérale du chef d’entreprise constatée par un écrit remis à chaque intéressé.

L’entreprise s’engage à affilier au contrat tous les salariés entrant dans le champ d’application défini ci-dessus.

Article 2 – Les dispositions relatives au contrat

Article 2.1 – Les conditions de souscription

L’entreprise doit adresser à l’assureur une demande de souscription dûment complétée, datée et signée. L’ensemble des réponses aux questions de la demande de souscription est obligatoire, le défaut de réponse aura pour conséquence le non examen du dossier. La demande de souscription sera accompagnée de :

- la liste nominative d’affiliations, à défaut des bulletins individuels d’adhésion pour chacun des membres du personnel à assurer ;
- et des pièces complémentaires relatives à l’acceptation du risque par l’assureur.

Après étude du dossier de souscription de l’entreprise, l’assureur se réserve la possibilité de refuser la mise en place du contrat, notamment

si le risque représenté par certains salariés est trop important pour pouvoir être compensé par un tarif adapté. Ce refus sera, le cas échéant, notifié à l’entreprise.

L’acceptation de l’assureur se matérialise par l’émission du contrat, mentionnant notamment la date d’effet, la catégorie de personnel à assurer, les garanties et prestations assurées ainsi que les taux de cotisations définis.

S’il est vérifié que les éléments d’informations relatifs aux salariés ou à l’entreprise figurant dans le dossier de souscription sont différents de ceux transmis pour l’établissement du projet commercial, l’assureur se réserve la possibilité de revenir sur les conditions de garanties convenues.

Article 2.2 – La date d’effet et le renouvellement du contrat

Le contrat prend effet à la date indiquée aux dispositions particulières. Il se poursuit jusqu’au 31 décembre de l’année en cours, sous réserve du paiement des cotisations. Il est ensuite renouvelé annuellement par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf résiliation par l’entreprise ou par l’assureur dans les formes et conditions mentionnées à l’article 2.4 « La résiliation du contrat ».

Article 2.3 – La révision du contrat

Le contrat tient compte des dispositions législatives et réglementaires en vigueur à la date d’effet.

En cas de modification de ces dispositions, l’assureur peut procéder à une révision du contrat, au plus tôt à leur date d’effet. Jusqu’à cette date, les dispositions antérieures continuent de s’appliquer à votre contrat sauf si les nouvelles dispositions sont d’ordre public et donc d’application immédiate.

Si les modalités de la révision proposées par l’assureur ne conviennent pas à l’entreprise (hors augmentation de taxe ou de prélèvement de toute nature), cette dernière peut demander la résiliation de son contrat conformément à l’article 2.4 « La résiliation du contrat ».

Article 2.4– La résiliation du contrat

Motif de résiliation	Qui peut résilier ?	Forme de la résiliation et conditions	Prise d'effet
Résiliation annuelle	L'entreprise et l'assureur	Envoi d'une lettre recommandée au plus tard 2 mois avant la date de renouvellement annuel, soit le 31 octobre de chaque année.	La résiliation prend effet au 31 décembre suivant à minuit.
En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat (article L. 113-9 du Code des assurances)	L'assureur	Envoi d'une lettre recommandée à l'entreprise.	La résiliation prend effet 10 jours après notification par l'assureur.
En cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation du contrat (article L. 113-3 du Code des assurances)	L'assureur	Envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure à l'entreprise, dans les 10 jours de la date d'échéance du paiement. Cette action est totalement indépendante de notre droit de poursuivre l'exécution en justice.	Les garanties du contrat sont suspendues 30 jours après l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure. La résiliation du contrat prend effet 40 jours après l'envoi de cette lettre. Dans ce cas, la totalité des cotisations annuelles échues seront réclamées. Le contrat, en cas de suspension, reprend ses effets le lendemain à midi du jour où les cotisations arriérées, les cotisations venues à échéance et les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés. La suspension des garanties entraîne pour chaque assuré, la perte de tout droit aux prestations se rapportant à des accidents, maladie ou maternité survenus pendant cette période.
Évolution des cotisations en cas d'évolution des résultats techniques constatés sur l'ensemble des contrats de même nature et / ou d'une même catégorie de contrats ou de garanties, et / ou du contrat d'assurance précité. (article 2.7.2 « L'évolution des cotisations »).	L'entreprise	Envoi d'une lettre recommandée à l'assureur dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification.	La résiliation prend effet au 31 décembre suivant à minuit.
En cas de révision du contrat pour tenir compte des modifications législatives et réglementaires (hors augmentation de taxe ou de prélèvement de toute nature) (article 2.3 « La révision du contrat »).	L'entreprise	Envoi d'une lettre recommandée à l'assureur dans les 30 jours qui suivent la notification des nouvelles conditions.	La résiliation prend effet à la fin du trimestre civil entamé et pendant lequel la lettre recommandée a été envoyée.

Article 2.5. La modification du contrat par l'entreprise

Toute modification relative aux garanties et aux conditions d'exécution du contrat ne peut être réalisée qu'après un délai d'un an à compter de la souscription.

Article 2.6 – Les obligations de l'entreprise

2.6.1 – À l'égard de l'assureur

L'entreprise s'engage à :

- fournir tous les documents nécessaires à la souscription du contrat indiqués à l'article 2.1 « Les conditions de souscription » ;
- communiquer à chaque échéance trimestrielle, le bordereau d'appel de cotisations sur lequel elle aura indiqué : la cotisation appliquée en fonction de la situation de famille, la période de garantie pour chaque adhérent ainsi que le nom des membres du personnel éventuellement entrés ou sortis du groupe au cours du trimestre, en précisant leur date d'entrée ou de sortie ;
- régler les cotisations à échéance ;

- déclarer tout changement d'activité, d'adresse ou de convention collective applicable par lettre recommandée moyennant un délai de quinze jours dès le moment où l'entreprise en a connaissance. À défaut, toutes les communications lui seront faites valablement sous la dernière adresse connue par l'assureur ;
- informer l'assureur des modifications intervenues dans la situation de famille de l'adhérent, des personnes dont le contrat de travail a été suspendu pour incapacité de travail ainsi que les adhérents à radier lorsqu'ils ne font plus partie de la catégorie de personnel à assurer.

Le défaut ou le retard de communication de ces informations pourrait amener l'assureur à demander à l'entreprise de la dédommager des prestations versées à tort aux anciens salariés.

L'ensemble des déclarations faites par l'entreprise et les adhérents servent de base à l'appréciation du risque par l'assureur.

Conformément aux dispositions des articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances et indépendamment des suites judiciaires qui pourraient être engagées, toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte sur les éléments constitutifs du risque au moment de la souscription ou en cours de contrat, est sanctionnée par la nullité du contrat, par la résiliation ou la réduction d'indemnités.

2.6.2 – À l'égard des adhérents

L'entreprise s'engage à informer les membres de son personnel appartenant à la catégorie de personnel à assurer de l'obligation de compléter un bulletin individuel d'adhésion lors de la souscription du contrat, si ce mode d'affiliation a été requis par l'entreprise, et toutes pièces complémentaires nécessaires à l'appréciation du risque.

L'entreprise, conformément à l'article 12 de la loi n° 89-1009, est tenue de remettre à chaque adhérent un exemplaire de la notice d'information établie par l'assureur et de l'informer par écrit de toute modification qui pourrait être apportée au contrat et ce, au moins trois mois avant la date de prise d'effet.

Le non-respect des obligations précitées engage sa responsabilité vis-à-vis de ses salariés. En cas de litige, il lui incombera d'apporter la preuve que la notice d'information a bien été remise aux adhérents.

Dans le cadre de la portabilité des garanties et conformément à l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, l'entreprise est tenue de signaler le maintien des garanties de l'ancien adhérent dans le certificat de travail.

Article 2.7 – Les cotisations

2.7.1 – L'assiette des cotisations

Le montant des cotisations est défini en fonction du salaire annuel de base, celui-ci correspond à la rémunération globale brute perçue avant le prélèvement des cotisations sociales, déclarée par l'entreprise à l'administration fiscale en vue de l'établissement de l'impôt sur le revenu.

Le salaire de base est divisé en trois tranches définies comme suit :

- **la tranche A :** correspond à la partie du salaire brut limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- **la tranche B :** correspond à la partie du salaire brut comprise entre le plafond annuel de la Sécurité sociale et 4 fois ce plafond ;
- **la tranche C :** correspond à la partie du salaire brut comprise entre 4 et 8 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Le salaire de base retenu est indiqué aux dispositions particulières, il peut être au choix de l'entreprise et selon les garanties, limité soit, à la tranche A soit, à la tranche B soit, à hauteur de 50 % de la tranche C soit 6 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale, sauf stipulations spécifiques indiquées aux dispositions particulières.

Le montant des cotisations peut également être calculé en fonction du plafond annuel de la Sécurité sociale, en vigueur pour la période considérée, ce cas sera alors précisé aux dispositions particulières.

Pour le calcul des cotisations vous appliquez le ou les taux fixés aux dispositions particulières, en pourcentage des tranches de salaire déclarées pour le trimestre considéré.

2.7.2 – L'évolution des cotisations

En cas d'évolution des garanties, les cotisations sont adaptées dès la mise en place des nouvelles garanties.

À garanties identiques, les cotisations évolueront automatiquement :

- chaque année au 1^{er} janvier, en fonction des résultats techniques constatés sur l'ensemble des contrats de même nature et / ou d'une même catégorie de contrats ou de garanties, et / ou du contrat d'assurance précité ;
- en cas de modification de dispositions législatives et réglementaires, y inclus toute modification fiscale ou sociale, de nature à remettre en cause la portée des engagements de l'assureur. Ces modifications de cotisations prennent effet au plus tôt à la date d'entrée en vigueur de ces événements.

2.7.3 – Le paiement des cotisations

Les cotisations sont payables par trimestre civil à terme échu et dans les dix jours suivant la réception des appels de cotisations par l'entreprise.

En fonction des déclarations fournies en fin d'année d'assurance par l'entreprise, les cotisations sont susceptibles de faire l'objet d'un ajustement en début d'année suivante. Ces déclarations portent sur les mouvements de personnel et, le cas échéant, sur l'évolution des salaires versés au cours de l'année précédente.

2.7.4 – Le non-paiement des cotisations

L'entreprise est seule responsable du paiement des cotisations.

Conformément à l'article L. 113-3 du Code des assurances, l'assureur peut actionner une procédure de résiliation visée à l'article 2.4 « La résiliation du contrat » en cas de non-paiement d'une ou plusieurs cotisations par l'entreprise.

Cette procédure entraînera la résiliation de l'ensemble du contrat d'assurance collectif.

2.7.5 – L'exonération des cotisations

En cas d'arrêt de travail d'un adhérent consécutif à une maladie ou à un accident, l'ensemble des cotisations le concernant cessent d'être du,

- après le délai de franchise, **si les garanties en cas d'arrêt de travail ont été souscrites ;**
- à compter du 91^e jour d'arrêt de travail indemnisé par la Sécurité sociale, **si les garanties en cas d'arrêt de travail n'ont pas été souscrites ;**
- à compter du 91^e jour d'adhésion au contrat, **si les garanties en cas d'arrêt de travail n'ont pas été souscrites et que l'arrêt de travail est survenu avant l'adhésion au contrat.**

De ce fait, l'exonération des cotisations permet à l'adhérent de bénéficier du maintien des garanties pendant toute la période de son arrêt de travail ou de son invalidité permanente, y compris en cas de rupture du contrat de travail ou de résiliation du contrat.

L'entreprise est dispensée du paiement des cotisations des adhérents concernés.

La prise en charge des cotisations est fonction de la perte de salaire subie par l'adhérent et subsiste aussi longtemps que l'adhérent perçoit des prestations au titre de la garantie incapacité temporaire de travail ou invalidité, même en cas de rupture du contrat de travail.

Article 2.8 – Les autres dispositions

2.8.1 – L'étendue territoriale des garanties du contrat

Sauf indication contraire mentionnée aux dispositions particulières, les garanties sont acquises aux adhérents relevant du régime général de la Sécurité sociale :

- exerçant leur activité en France ou dans l'un des pays de l'Espace économique européen ;
- détachés pour mission professionnelle hors des pays de l'Espace économique européen.

Il est indiqué que pour ceux-ci, l'indemnisation interviendra dans les conditions prévues au titre 3 :

- dès le premier jour en cas d'hospitalisation à l'étranger, limitée à 3 mois ;
- dès le premier jour de retour en France pour les autres cas.

Le règlement des prestations est toujours effectué en France, dans la monnaie légale de l'État français.

Les garanties du présent contrat sont suspendues pendant la période où l'adhérent est appelé à effectuer, à l'étranger, pour l'entreprise une mission professionnelle dans des pays à risque aggravé définis au titre 6.

Sur demande préalable de l'entreprise formulé par pli recommandé au moins 15 jours ouvrés avant le départ de l'adhérent, l'assureur pourra proposer des conditions de maintien des garanties.

Pour les adhérents déjà présents dans un pays qui, compte tenu des événements, vient à répondre à la définition du titre 6, l'exclusion ne s'applique qu'à compter du 14^e jour, sauf cas de force majeure, suivant l'événement déclencheur ou la date de son inscription sur la liste du Ministère des affaires étrangères.

2.8.2 Réclamations – Médiation

Votre premier contact : votre interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant votre contrat, dans un premier temps, vous êtes invité à prendre contact avec votre interlocuteur habituel ou par courrier simple adressé à l'attention du Service Clients Prévoyance – CS 50003 – 59897 Lille Cedex.

Votre deuxième contact : le service réclamations

Si un désaccord persiste, vous pouvez intervenir auprès de votre service réclamations à l'adresse suivante : Service Réclamations Prévoyance et Santé – TSA 36003 – 59781 Lille Cedex.

En dernier recours : le Département Médiation

Le Département Médiation intervient après que toutes les voies auprès des différents services ont été épuisées. Ses coordonnées vous seront systématiquement indiquées par votre service réclamations, en cas de refus partiel ou total de faire droit à votre réclamation.

Après épuisement des procédures internes : le médiateur de l'assurance

Le médiateur de l'assurance peut être saisi, après épuisement des procédures internes. Seuls les litiges concernant les particuliers sont de la compétence du médiateur de l'assurance. Le médiateur de l'assurance ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée.

Ses coordonnées sont :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09.

2.8.3 Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi.

Toutes actions dérivant des présents contrats sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des assurances.

Délai de prescription

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^e alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Causes d'interruption de la prescription

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.

Caractère d'ordre public de la prescription

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.

Les causes ordinaires d'interruption

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L. 114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait

Article 2240 du Code civil

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Demande en justice

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée

Article 2244 du Code civil

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Étendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

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

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance

hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

2.8.4 – *Loi informatique et libertés*

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modifiée, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité du groupe Swiss Life mentionnée sur ce document.

Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi de vos dossiers par cette entité, et l'envoi de documents concernant les produits des sociétés du groupe Swiss Life, destinataires, avec leurs mandataires, partenaires et réassureurs, de l'information. Elles sont également transmises aux

destinataires habilités, notamment au sein du groupe Swiss Life, afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme et de l'application des obligations réglementaires et de la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance.

Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement de votre dossier. Les données facultatives sont signalées.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, et du droit de vous opposer à leur traitement pour un motif légitime. Veuillez adresser vos demandes à la Direction Marketing de Swiss Life, 1 rue du Maréchal de Lattre de Tassigny - 59671 Roubaix Cedex 01. En cas de demandes liées à des données médicales, veuillez libeller celles-ci à l'attention du médecin-conseil, 7, rue Belgrand - 92300 Levallois-Perret. En cas de demandes liées à des données collectées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme le droit d'accès s'exerce, en application de l'article L. 561-45 du Code monétaire et financier, auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Titre 2

Les dispositions relatives aux adhérents

Article 3 – La prise d’effet de l’adhésion

Article 3.1 – Les conditions d’adhésion

Pour pouvoir adhérer au contrat, l’adhérent doit :

- appartenir à la catégorie de personnel à assurer telle que définie aux dispositions particulières ;
- être affilié à un régime obligatoire de Sécurité sociale ;
- bénéficier d’un contrat de travail en vigueur.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu pour une maladie, un accident, une maternité ou une paternité seront couverts selon les conditions spéciales indiquées aux dispositions particulières ;

- remplir et signer un bulletin individuel d’adhésion contresigné par l’entreprise, excepté pour les salariés appartenant à la catégorie de personnel à assurer au moment de la souscription dans le cas où l’entreprise a choisi un mode d’affiliations par liste nominative ;
- réaliser les formalités nécessaires à l’acceptation du risque par l’assureur, uniquement pour les adhérents pour lesquels le niveau de capital sous risque des garanties décès excède 33 PASS et / ou pour lesquels l’assiette de garanties arrêt de travail atteint la tranche C de rémunération.

Pour tout nouvel adhérent en cours de vie du contrat, le bulletin individuel d’adhésion et les formalités d’acceptation médicale éventuelles devront être remis à l’assureur dans les trente jours suivant leur date d’entrée dans la catégorie de personnel à assurer.

En dehors des cas de réticence, de déclaration intentionnellement fautive ou incomplète, de toute omission ou d’inexactitude dans la déclaration des circonstances du risque faite par l’adhérent, ce dernier une fois admis au contrat, ne peut être éliminé de l’assurance contre son gré tant qu’il fait partie de l’effectif assuré et tant que la cotisation est payée.

Article 3.2 – Le début des garanties

Les adhérents bénéficient des garanties :

- à compter de la date d’effet du contrat s’ils appartiennent à la catégorie de personnel à assurer ;
- à partir de la date à laquelle ils entrent dans la catégorie de personnel à assurer. Pour ce faire, ils doivent adresser un bulletin individuel d’adhésion dans les trente jours qui suivent la date d’entrée dans la catégorie de personnel à assurer. À défaut, la garantie prendra effet à compter du premier jour du mois qui suit la régularisation du bulletin individuel d’adhésion.

Les salariés en arrêt de travail total ou partiel, y compris ceux titulaires d’une rente ou d’une pension d’invalidité à la date d’effet du contrat (y compris ceux dont l’arrêt de travail survient entre la date de la demande de souscription et la date d’effet du contrat) sont couverts selon les conditions spéciales indiquées aux dispositions particulières.

Les garanties prennent effet pour chaque adhérent et ses ayants droit à la date de prise d’effet de l’adhésion.

Article 3.3 – La suspension des garanties

Les garanties du présent contrat sont suspendues :

- lorsque l’adhérent est appelé à effectuer pour l’entreprise et selon les modalités définies à l’article 2.8.1, une mission professionnelle dans un pays à risques aggravés ;

- lorsque le contrat de travail de l’adhérent est lui-même suspendu et ne donne pas lieu à un maintien total ou partiel de son salaire ou au versement d’indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l’entreprise. La suspension s’achève dès la reprise effective du travail de l’adhérent, à condition que l’assureur en ait été informé dans les trois mois qui suivent la reprise effective. À défaut, la suspension s’achève à la date à laquelle l’assureur en aura été informé ;
- en cas de non-paiement des cotisations conformément à l’article 2.7.4 « Le non-paiement des cotisations ».

Article 3.4 – La cessation des garanties

En dehors des personnes visées par l’article 5, toutes les garanties cessent :

- dès que l’adhérent cesse de faire partie de la catégorie de personnel à assurer définie aux dispositions particulières ;
- à la résiliation du contrat d’assurance par l’entreprise ou l’assureur ;
- à la date de liquidation des droits à la retraite de l’adhérent ;
- à la date de rupture du contrat de travail de l’adhérent.

Article 4 – Le montant des garanties

Article 4.1 – La base de calcul

Les montants des capitaux et des prestations sont définis en fonction du salaire annuel de base de l’adhérent ou du plafond annuel ou Mensuel de la Sécurité sociale, le cas échéant.

Lorsque les prestations sont calculées en fonction du salaire annuel de base de l’adhérent, ce dernier est celui perçu par l’adhérent au cours des douze mois entiers précédant le mois au cours duquel est survenu l’arrêt de travail ou le décès, hors primes exceptionnelles discrétionnaires ou gratifications exceptionnelles discrétionnaires.

Si l’adhérent ne compte pas douze mois entiers de présence dans l’entreprise ou si pendant cette période son salaire a été réduit ou supprimé pour cause de maladie, d’accident, de maternité ou de congé sans solde, la base de calcul des prestations est reconstituée sur une base annuelle.

Lorsque les garanties font référence à un plafond annuel ou mensuel de la Sécurité sociale, celui-ci correspond au plafond en vigueur pour la période considérée.

Les montants des capitaux et des prestations sont indiqués aux dispositions particulières pour chacune des garanties et peuvent, dans certains cas, prendre en compte la situation familiale de l’adhérent au jour du sinistre.

Dans ce cadre, la situation des adhérents liés par un pacte civil de solidarité (Pacs) ou par un concubinage est assimilée à celle d’un adhérent marié, sous réserve que cette situation soit portée à la connaissance de l’assureur au plus tard dans les trois mois suivant le décès de l’adhérent.

La garantie peut également prendre en compte les enfants à charge pour déterminer la situation de famille de l’adhérent.

Article 4.2 – La revalorisation des prestations

Les indemnités journalières et rentes d’invalidité sont revalorisées en fonction de l’évolution de la valeur du point du régime Agirc.

Cependant les rentes invalidité en cours de service le sont dans la limite du fonds de revalorisation prévu à cet effet. Le fonds de revalorisation est alimenté par prélèvement annuel sur les produits financiers générés par les actifs représentant les provisions techniques pour sinistres à payer. En cas de résiliation du contrat, les revalorisations ultérieures cessent d’être appliquées. Les revalorisations antérieurement attribuées demeurent acquises.

Article 5 – Le maintien des garanties

Article 5.1 – Le maintien des garanties en cas d'arrêt de travail

Les adhérents en arrêt de travail consécutivement à une maladie ou à un accident continuent de bénéficier des garanties décès et arrêt de travail souscrites par l'entreprise :

- dès lors que les cotisations continuent d'être versées par l'entreprise ;
- sans contrepartie lorsque la garantie exonération de cotisations visée à l'article 2.7.5 a pris effet.

Article 5.2 – Le maintien des garanties pour résiliation ou non renouvellement du contrat

- La garantie décès est maintenue pour l'ensemble des adhérents bénéficiant de prestations périodiques relatives aux garanties incapacité et invalidité. Elle est maintenue tant que les adhérents perçoivent des prestations périodiques de la part de l'assureur (indemnités journalières ou rente invalidité) d'après l'article 7-1 de la loi n° 89-1009. Le maintien de la garantie décès cesse au plus tard à la date de liquidation des droits à la retraite de l'adhérent.
- Les prestations en cours de service ou résultant d'un événement survenu avant la date de résiliation, du non-renouvellement du contrat ou de la rupture du contrat de travail, continuent d'être assurées pour le montant atteint à la date de la résiliation, à l'exclusion de toute revalorisation ultérieure et prise en charge par un autre assureur. Ce maintien cessera au jour où les prestations cessent d'être versées par la Sécurité sociale ou à la date de liquidation des droits à la retraite de l'adhérent.
- Dans les autres cas, l'assureur ne propose aucun maintien des garanties systématique à titre individuel au profit des salariés concernés.

Article 5.3 – La portabilité des garanties dans le cadre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale

5.3.1 – Durée du maintien et conditions

L'ancien adhérent bénéficie du maintien de ses garanties à compter de la date d'effet de la rupture de son contrat de travail. La durée de cette

couverture est égale à celle du dernier contrat de travail ou des derniers contrats de travail consécutifs dans l'entreprise, appréciée en mois entiers dans la limite de douze mois, à conditions toutefois que :

- le contrat de travail de l'adhérent soit rompu pour une cause autre que la faute lourde ;
- le droit aux prestations du contrat ait été ouvert avant la date de cessation du contrat de travail ;
- la rupture du contrat de travail ait ouvert droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage. L'adhérent devra faire parvenir à l'assureur les documents justifiant son inscription et sa prise en charge par Pôle emploi dans les meilleurs délais suivant la rupture de son contrat de travail. L'assureur se réserve le droit de demander tout justificatif de prise en charge. À défaut de réception la portabilité des garanties cessera.

Les anciens salariés répondant à ces conditions bénéficieront d'un maintien de garanties aux mêmes conditions que les salariés en activité au sein de l'entreprise. Par exception, ce maintien ne peut conduire les anciens salariés à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des indemnités chômage qu'ils auraient perçues au titre de la même période. Toute modification des garanties des salariés en activité leur sera applicable.

5.3.2 – Cessation

Le maintien de la garantie prend fin automatiquement dans les cas suivants :

- à la date à laquelle l'ancien adhérent reprend une activité professionnelle ;
- à la date à laquelle l'ancien adhérent cesse de bénéficier d'une indemnisation par le régime d'assurance chômage ;
- à l'arrivée du terme des droits acquis par l'ancien adhérent au titre de la portabilité ;
- à la date de liquidation des droits à la retraite par l'ancien adhérent ;
- à la date à laquelle le contrat d'assurance est résilié. Dans ce cas, l'entreprise doit organiser la poursuite du maintien des garanties aux bénéficiaires de la portabilité. À défaut, et conformément à la législation en vigueur, elle sera seule débitrice de l'obligation de maintenir lesdites garanties ;
- dès que l'adhérent ne retourne pas les justificatifs de prise en charge par Pôle emploi, que nous aurons demandé.

L'entreprise s'engage à informer l'assureur, de la cessation prématurée du bénéfice de l'indemnisation chômage par l'ancien membre du personnel.

Titre 3

Les garanties

Article 6 – Les garanties décès

En cas de décès d'un adhérent, la garantie prévoit le versement d'un capital décès et / ou d'une rente, que le décès soit consécutif à une maladie ou à un accident.

Article 6.1 – Les garanties sous forme de capitaux

6.1.1 – Le capital en cas de décès

En cas de décès d'un adhérent, l'assureur verse le capital assuré au(x) bénéficiaire(s) désigné(s). Toutefois, si au moment de son décès, l'adhérent a des enfants à charge, le bénéficiaire peut choisir, en remplacement du capital décès, le versement :

- d'un **capital décès réduit**, éventuellement complété par un capital décès accidentel, si cette garantie est prévue aux dispositions particulières ;
- et d'une **rente éducation**, attribuée à chacun des enfants à charge de l'adhérent.

Ce choix doit être précisé par le bénéficiaire lors de la déclaration du décès de l'adhérent.

6.1.2 – Le capital en cas de décès accidentel

Lorsque le décès d'un adhérent est causé par un accident et qu'il survient, immédiatement ou dans les douze mois suivant le jour de l'accident, l'assureur verse un capital supplémentaire au(x) bénéficiaire(s) désigné(s).

6.1.3 – Le capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie

Si l'adhérent est atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie, il peut demander à bénéficier du capital décès. Lorsque ce capital est versé, l'adhérent ne bénéficie plus de la garantie décès en capital. Cette garantie n'a d'effet que si elle est inscrite aux dispositions particulières.

Si la perte totale et irréversible d'autonomie est consécutive à un accident et survient, immédiatement ou dans les douze mois suivant le jour de l'accident, l'adhérent peut demander à bénéficier du capital décès accidentel.

Lorsque ce capital est versé, l'adhérent ne bénéficie plus de la garantie décès accidentel. Cette garantie n'a d'effet que si elle est inscrite aux dispositions particulières.

6.1.4 – Le capital en cas de décès du conjoint survivant : le capital « double effet »

Cette garantie prévoit le versement d'un capital, à l'enfant (ou aux enfants) d'un adhérent décédé, si le conjoint de ce dernier, vient également à décéder avant l'âge de 62 ans, pour autant que le ou les enfants soient encore à la charge du conjoint au jour de son décès.

Le décès du conjoint doit être simultané ou survenir dans un délai de 365 jours suivant le décès de l'adhérent.

6.1.5 – Le capital en cas de prédécès du conjoint

Cette garantie prévoit le versement à l'adhérent d'un capital, lorsque le conjoint de l'adhérent décède avant son 62^e anniversaire alors que l'adhérent est encore en vie.

6.1.6 – Les bénéficiaires du ou des capitaux décès

Lors de son adhésion au contrat, l'adhérent a la possibilité de désigner le ou les bénéficiaire(s) de son choix sur le bulletin individuel d'adhésion. À défaut de bulletin individuel d'adhésion pour les cas d'affiliation par liste nominative, ou à défaut de désignation particulière ou si la

désignation s'avère caduque et sans effet, le capital en cas de décès de l'adhérent sera directement versé :

- en priorité au conjoint de l'adhérent, selon la définition figurant au lexique ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants de l'adhérent qu'ils soient nés ou à naître, vivants ou représentés ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux parents de l'adhérent et en cas de décès de l'un d'eux, au survivant d'entre eux ;
- à défaut aux héritiers de l'adhérent.

Le bénéficiaire peut accepter le bénéfice de l'assurance. L'acceptation doit obligatoirement être faite selon l'une des deux modalités suivantes :

- soit par un avenant signé de l'assureur, de l'adhérent et du bénéficiaire ;
- soit par un acte authentique ou par un acte sous seing privé, signé seulement de l'adhérent et du bénéficiaire ; mais dans ce dernier cas, elle n'a d'effet à l'égard de l'assureur que lorsqu'elle lui a été notifié par écrit.

L'acceptation ne peut intervenir que trente jours au moins à compter de l'adhésion au contrat.

L'attention de l'adhérent doit être attirée sur le fait que, dès lors qu'un bénéficiaire accepte le bénéfice du contrat dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur, sa désignation devient irrévocable (article L. 132-9 du Code des assurances).

Article 6.2 – Les garanties sous forme de rente

6.2.1 – La rente de conjoint

La garantie prévoit deux options :

- le paiement d'une rente viagère au conjoint de l'adhérent ;
- le paiement d'une rente viagère complétée par une rente temporaire.

La rente viagère

En cas de décès de l'adhérent, la garantie prévoit le paiement, au conjoint survivant, d'une rente viagère immédiate.

La rente temporaire

Si elle est indiquée aux dispositions particulières, une rente temporaire est versée au profit du conjoint de l'adhérent, à condition qu'à la date du décès de l'adhérent, le conjoint :

- ait moins de deux enfants à charge et qu'il ne soit pas reconnu en état d'invalidité de taux supérieur ou égal à 66 % par la Sécurité sociale ;
- ne bénéficie pas de la réversion d'une pension vieillesse des régimes de retraite complémentaire.

Cette rente temporaire cesse dès que le conjoint :

- bénéficie de la pension réversion vieillesse de l'adhérent ;
- atteint l'âge de 60 ans ;
- se remarie, conclue un nouveau pacte civil de solidarité ou décède.

Dans ce cas, il sera versé en remplacement, une rente temporaire d'orphelin aux enfants de l'adhérent dont le montant est fixé à 50 % de la ou des rentes de conjoint en cours de service.

Cette rente est répartie entre les enfants qui étaient à la charge de l'adhérent et demeurés à la charge de son conjoint jusqu'au jour du remariage, de la conclusion d'un nouveau pacte civil de solidarité ou du décès de ce dernier. La qualité d'enfant à charge sera le cas échéant appréciée à la date de chaque échéance de rente.

Pour les adhérents sans conjoint, la garantie prévoit le versement au(x) bénéficiaire(s) d'un capital en remplacement de la ou des rentes ci-dessus. Ledit bénéficiaire est celui défini au titre de l'article 6.1.7.

6.2.2 – La rente éducation

En cas de décès de l'adhérent, la garantie prévoit le versement d'une rente éducation à chacun des enfants à sa charge. La qualité d'enfant à charge est appréciée à la date de chaque échéance de rente.

La rente devient viagère pour les enfants handicapés, titulaires avant l'âge de 21 ans de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles.

Pour les adhérents sans enfant à charge la garantie prévoit le versement au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) d'un capital en remplacement de la rente. Ledit bénéficiaire est celui défini au titre de l'article 6.1.7.

Article 6.3 – La garantie allocation obsèques

En cas de décès d'un adhérent, de son conjoint ou de l'un de ses enfants à charge, la garantie prévoit le versement d'une allocation destinée à couvrir tout ou partie des frais d'obsèques, à la personne physique ou morale qui a pris en charge et organisé les obsèques, au plus tard dans les trente jours suivant la réception des éléments demandés pour l'étude du dossier.

En cas de décès d'un enfant à charge de moins de douze ans, le montant de l'allocation est limité au montant des frais d'obsèques réellement engagés.

Article 6.4 – Le montant des capitaux, allocation et rentes assurés

Le montant des capitaux, allocation et rentes assurés pour chacune des garanties souscrites par l'entreprise est indiqué aux dispositions particulières.

Selon la garantie souscrite, le montant des capitaux, allocation et rentes est exprimé en pourcentage du salaire annuel de base de l'adhérent, ou du plafond annuel ou Mensuel de la Sécurité sociale.

Modalités de revalorisation des capitaux et allocation

Le montant des capitaux et allocation prévus et détaillés aux dispositions particulières est revalorisé suivant les dispositions mentionnées à l'article R. 132-3-1 du Code des assurances, jusqu'au lendemain de la réception des pièces nécessaires à l'exécution du contrat, listées à l'article 10.1 ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt de cette somme à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article R. 132-27-2 du Code des assurances.

Article 6.5 – Le montant maximum des capitaux et rentes assurés

Le montant total des capitaux et capitaux constitutifs de rente versée en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie (y compris majoration par enfant à charge et capitaux supplémentaires en cas de sinistre accidentel ou double effet) ne peut excéder 60 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Ce montant est ramené à une limite de 400 000 euros pour les entreprises créées depuis moins de douze mois lors de la date d'effet du contrat.

En cas de dépassement de ces plafonds, les prestations dues à chaque bénéficiaire sont réduites proportionnellement.

Article 6.6 – Le paiement des capitaux, allocations et rentes

Avant de procéder au paiement, l'assureur se réserve le droit de vérifier que le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie ne résulte pas d'un risque exclu.

6.6.1 – En cas de décès

S'il est dû, le paiement des capitaux, allocation et des rentes intervient dans les trente jours suivant la réception de l'ensemble des documents et des pièces nécessaires à l'étude du dossier.

Le paiement des rentes éducation et rentes de conjoint débute le premier jour du mois qui suit le décès de l'adhérent, celui de la rente d'orphelin le premier jour du mois suivant le décès du conjoint.

Elles sont payables à la fin de chaque trimestre civil.

Le versement des rentes cesse :

- à la date à laquelle l'enfant bénéficiaire ne correspond plus à la définition des enfants à charge ;
- à la date de l'événement, en cas de remariage, de conclusion d'un nouveau pacte civil de solidarité ou du décès du conjoint bénéficiaire, dans le cas de la rente viagère de conjoint.

6.6.2 – En cas de perte totale et irréversible d'autonomie

Le paiement du capital assuré intervient six mois après la date de reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie par la Sécurité sociale, et à condition qu'il soit reconnu que la perte totale et irréversible d'autonomie de l'adhérent ne relève pas d'un risque exclu.

La preuve de la perte totale et irréversible d'autonomie incombe à l'adhérent.

L'assureur peut, à ses frais, demander à l'adhérent de se soumettre à une expertise médicale. L'adhérent a la faculté de se faire assister, à ses frais, du médecin de son choix.

Article 7 – Les garanties en cas d'arrêt de travail

Les garanties du présent article ne peuvent être souscrites qu'en complément de l'une des garanties décès citées à l'article 6.

Lorsque l'adhérent est en arrêt de travail, la garantie prévoit le versement de prestations, en complément de celles versées par la Sécurité sociale, qui vise à indemniser totalement ou partiellement la perte de salaire de l'adhérent, sous la forme :

- d'indemnités journalières, en cas d'incapacité temporaire totale ou partielle de travail ;
- d'une rente d'invalidité, en cas d'invalidité permanente totale ou partielle.

Ces prestations ont un caractère indemnitaire.

Article 7.1 – L'incapacité temporaire de travail

L'adhérent en arrêt de travail est considéré en état d'incapacité temporaire totale de travail lorsque du fait d'un accident ou d'une maladie, constaté par une autorité médicale compétente et entériné le cas échéant par le médecin-conseil de l'assureur, son état de santé le place dans l'incapacité physique totale d'exercer son activité professionnelle.

De plus, l'adhérent doit bénéficier du versement des indemnités de la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou au titre de l'assurance des accidents du travail et maladies professionnelles.

Dans ce contexte, la garantie prévoit le paiement par l'assureur d'une indemnité journalière complémentaire à celle de la Sécurité sociale.

L'indemnité journalière est due dès l'expiration d'une période ininterrompue d'arrêt de travail, appelée franchise.

La durée et les modalités d'application de la franchise sont indiquées aux dispositions particulières.

Les arrêts de travail résultant du congé légal ou conventionnel de maternité, de paternité ou de congé sans solde n'ouvrent pas droit au versement de prestations pendant le congé.

La reprise du travail à temps partiel

Dans le cas où l'adhérent est autorisé à reprendre une activité à temps partiel pour motif thérapeutique et à condition que la Sécurité sociale verse ses indemnités, le paiement de l'indemnité journalière est maintenu selon les modalités prévues à l'article 7.3.

La rechute

Si l'adhérent rechute moins de deux mois après avoir repris son activité au sein de l'entreprise, et pour la même cause que l'arrêt initial indemnisé par l'assureur, il ne sera pas fait application de la franchise à condition toutefois que le contrat soit toujours en vigueur à la date de la rechute.

Article 7.2 - L'invalidité permanente

L'adhérent est considéré en état d'invalidité permanente lorsqu'il satisfait aux critères de l'un des deux groupes d'invalidité présenté ci-dessous, sous réserve toutefois que son taux ou son degré d'invalidité soit validé par le médecin-conseil de l'assureur.

	Invalide des suites...	
	... d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle	... d'un accident ou d'une maladie vie privée (hors accident de travail ou maladie professionnelle)
Premier groupe d'invalides	<ul style="list-style-type: none"> ● L'assuré s'est vu attribuer un taux d'invalidité compris entre 33 % et 66 % par la Sécurité sociale et ● la Sécurité sociale lui verse à ce titre une rente d'invalidité. 	<ul style="list-style-type: none"> ● L'assuré est dans un état d'invalidité partielle qui ne lui permet pas de se procurer dans une profession quelconque des revenus supérieurs au tiers de ses revenus antérieurs et ● la Sécurité sociale lui verse une pension au titre de l'invalidité 1^{re} catégorie.
Deuxième groupe d'invalides	<ul style="list-style-type: none"> ● L'assuré s'est vu attribuer un taux d'invalidité supérieur à 66 % par la Sécurité sociale et ● la Sécurité sociale lui verse à ce titre une rente d'invalidité. 	<ul style="list-style-type: none"> ● L'assuré est dans un état qui lui interdit de façon présumée définitive d'exercer toute activité rémunératrice et ● la Sécurité sociale lui verse une pension d'invalidité au titre de la 2^e ou 3^e catégorie.

Dans ce contexte, la garantie prévoit le paiement par l'assureur d'une rente d'invalidité en complément de celle de la Sécurité sociale.

Article 7.3 – Les montants de l'indemnité journalière et de la rente

Le montant de l'indemnité journalière complémentaire versée par l'assureur est indiqué aux dispositions particulières. Cette indemnité complète celle versée par la Sécurité sociale.

En cas de reprise d'activité à temps partiel pour motif thérapeutique le montant de l'indemnité journalière est diminué du montant du salaire partiel perçu par l'adhérent.

Le montant de la rente d'invalidité complémentaire versée par l'assureur est déterminé en fonction de la catégorie d'invalidité retenue. Il est indiqué aux dispositions particulières et complète les prestations versées par la Sécurité sociale à l'exclusion des majorations pour tierce personne.

Le montant des prestations versées en cas d'arrêt de travail après la radiation de l'adhérent de la catégorie de personnel à assurer ne peut excéder le salaire net que celui-ci aurait perçu en complète activité professionnelle.

Article 7.4 – Le paiement de l'indemnité journalière et de la rente d'invalidité

Les prestations sont versées à l'entreprise tant que le contrat de travail est en vigueur. Après la rupture du contrat de travail, elles sont directement réglées à l'adhérent, sous réserve que la Sécurité sociale verse

les prestations correspondantes. Les rentes d'invalidité sont réglées à la fin de chaque mois, avec prorata temporis en cas de sortie d'invalidité. L'indemnité journalière ou la rente d'invalidité versée par l'assureur au titre des garanties incapacité temporaire de travail et invalidité permanente, cumulée à celle de la Sécurité sociale, du salaire de l'employeur et éventuellement de celle de tout autre organisme de prévoyance, ne peut en aucun cas excéder le montant de la prestation indiqué aux dispositions particulières, exprimé en pourcentage du salaire brut de base.

Il en est de même, après la rupture du contrat de travail ou la mise en invalidité de 2^e ou 3^e catégorie de l'adhérent.

Toutefois, dans ce cas, la prestation indiquée aux dispositions particulières et versée par l'assureur à l'adhérent sera calculée sur la base du salaire net (salaire de base brut sous déduction des charges salariales) et diminuée du montant de la CSG déductible.

Le versement des prestations complémentaires cesse, y compris pour les cas de maintien des garanties :

- dès que l'adhérent ne perçoit plus de prestations de la Sécurité sociale ;
- dès que le contrôle ou l'expertise médicale permettent de constater que l'état d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente n'est pas justifié ;
- à la date de liquidation des droits à retraite de la Sécurité sociale.

Titre 4

Quels sont les cas où vos garanties ne s'exercent pas ?

Article 8 – Les exclusions et restrictions

Article 8.1 – Les risques exclus pour l'ensemble des garanties

- Le suicide : le suicide ou une tentative de suicide de quelque nature qu'il soit, est exclu s'il survient au cours de la première année d'adhésion. En cas d'augmentation des garanties, le suicide est exclu pour le supplément de garanties pendant la première année suivant la prise d'effet de cette augmentation. Toutefois, le délai d'un an est supprimé, si l'adhérent était précédemment garanti de manière continue pour au moins une année au titre d'un contrat d'assurance collective à affiliation obligatoire au sens de l'article 2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, pour des niveaux de garanties similaires, et, sous réserve qu'il n'y ait pas eu d'interruption de garanties entre les deux contrats et sous réserve de justificatif,
- Le risque de guerre : en cas de guerre civile ou étrangère, invasions, agressions étrangères, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non), d'actes de terrorisme, de rixes, d'émeutes.
- La participation active de l'adhérent à une guerre passive (où la France ne participerait pas), une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, un acte de terrorisme, à des rixes, ou à des troubles quels qu'ils soient et où qu'ils aient lieu. Sont toutefois garantis, les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et accomplissement du devoir professionnel.
- Le déplacement ou le séjour de l'adhérent pour raison professionnelle, dans une des régions ou un des pays qui, compte tenu des événements vient à répondre à la définition du titre 6. L'exclusion ne s'appliquera qu'à compter du 14^e jour suivant l'événement déclencheur ou la date de son inscription sur la liste du Ministère des affaires étrangères, sauf cas de force majeure (impossibilité pour l'adhérent de quitter le pays en question). Cette exclusion de garantie peut être levée si l'assureur en a donné son accord par écrit, aux conditions définies dans les présentes dispositions générales à l'article 2.7.1.

Article 8.2 – Les risques exclus pour les garanties en cas de décès accidentel ou perte totale et irréversible d'autonomie par suite d'accident, les garanties incapacité temporaire de travail et invalidité permanente

- Le fait intentionnel de l'adhérent.
- La pratique par l'adhérent de toute activité sportive non représentée par une fédération sportive.
- La pratique par l'adhérent de toute activité sportive sans respecter les règles de sécurité recommandées par les pouvoirs publics ou par la fédération du sport correspondant à l'activité.
- La participation de l'adhérent à tout sport et / ou compétition à titre professionnel.
- La navigation aérienne de l'adhérent :
 - à bord d'un appareil non muni de certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence, ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmé ;
 - avec l'utilisation d'un parachute, d'un deltaplane, d'un parapente, d'un appareil ultra-léger motorisé (ULM) ou de tout engin assimilé ;
 - au cours d'un meeting, d'un raid sportif, d'un vol acrobatique, d'une tentative de record, d'un essai préparatoire, d'un essai de réception, d'un saut en parachute non motivé par une raison de sécurité.
- D'attentats ou d'actes de nature terroriste utilisant directement ou indirectement toute arme ou toute matière, qu'elle soit radioactive, d'origine chimique ou d'origine bactériologique ou virale.
- L'action directe ou indirecte de tout agent biologique.
- Les conséquences directes ou indirectes de la désintégration du noyau atomique.
- Si l'adhérent est sous l'emprise de boissons alcoolisées, attestée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui défini par le Code de la circulation routière en vigueur au moment de l'accident.
- Si l'adhérent est sous l'emprise de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales.

Article 8.3 – Les restrictions spécifiques aux garanties incapacité temporaire de travail et invalidité permanente

Chaque fois que les conséquences d'un accident ou d'une maladie garanti sont aggravées par un manque de soins constaté dû à la négligence de la victime ou à un traitement empirique, la durée du paiement des indemnités et le montant de la rente d'invalidité seront déterminés par le médecin-conseil de l'assureur, non en fonction de :

- la durée réelle d'arrêt de travail ;
- du taux d'invalidité reconnu, mais de celui ou celle qui aurait été établi chez un sujet de santé normale,

ne présentant aucune infirmité et soumis à un traitement médical rationnel.

Titre 5

Le règlement des prestations

Article 9 – La déclaration à l'assureur

Les pièces à fournir, pour obtenir le paiement des prestations, sont précisées dans les tableaux récapitulatifs de l'article 10.

9.1 – En cas de décès

Le décès d'un adhérent ou de son conjoint doit être déclaré dans les meilleurs délais possibles par le bénéficiaire ou par l'entreprise à l'assureur.

9.2 – En cas de perte totale et irréversible d'autonomie

Tout accident ou maladie pouvant entraîner une perte totale et irréversible d'autonomie doit être déclaré à l'assureur par l'adhérent ou par l'entreprise. **Sous peine de déchéance, la déclaration doit, sauf cas fortuit ou de force majeure, être faite par écrit dans un délai de six mois à partir du jour où l'adhérent a été reconnu en invalidité permanente et totale par la Sécurité sociale.**

9.3 – En cas d'incapacité temporaire de travail

Il appartient à l'entreprise de déclarer à l'assureur tout arrêt de travail d'une durée excédant la période de franchise et susceptible d'ouvrir droit aux prestations de la présente garantie.

Les arrêts de travail doivent être déclarés à l'assureur dans un délai d'un

mois à partir de l'expiration de la période de franchise ; au-delà de ce délai, ils seront considérés comme s'étant produits le jour de leur déclaration, dans la mesure où l'assureur n'aura pas pu procéder au calcul des provisions nécessaires à la couverture du risque et intégrer les sommes correspondantes dans ses comptes.

9.4 – En cas d'invalidité permanente

L'adhérent ou l'entreprise agissant pour son compte doit déclarer l'invalidité à l'assureur dès réception de la notification de la Sécurité sociale.

Les invalidités, non déclarées à l'assureur dans le délai d'un mois à partir de la première date de notification par la Sécurité sociale seront considérées comme s'étant produites le jour de leur déclaration.

Cette disposition intervient de façon à limiter le préjudice subi par l'assureur, qui n'aura pas été mis en mesure de procéder au calcul des provisions nécessaires à la couverture du risque et de les intégrer dans ses comptes.

Article 10 – Les documents que l'entreprise doit remettre à l'assureur

Compte tenu de la situation particulière de certains dossiers, l'assureur se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires à celles figurant dans les tableaux suivants.

10.1 – En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie

Documents et justificatifs à transmettre dans les meilleurs délais	En cas de décès	En cas de perte totale et irréversible d'autonomie
Acte de décès	X	
Certificat médical indiquant la nature et les circonstances du décès (document à retourner à notre médecin-conseil sous pli confidentiel)	X	
Demande écrite de l'adhérent ou de son représentant légal		X
Rapport médical établi par le médecin traitant ou par le médecin ayant constaté la perte totale et irréversible d'autonomie (à adresser sous pli confidentiel à notre médecin-conseil)		X
Notification d'attribution de la Sécurité sociale de la rente de 3 ^e catégorie d'invalidité ou du taux d'incapacité permanente de 100 % faisant apparaître l'allocation pour tierce personne		X
Copie intégrale de l'acte de naissance de l'adhérent	X	X
Copie intégrale de l'acte de naissance du conjoint	X	
Photocopie du ou des livrets de famille	X	X
Photocopie du pacte civil de solidarité ou, pour le concubin, un certificat de vie maritale délivré par la mairie du lieu de domiciliation. À défaut, une déclaration sur l'honneur des deux concubins assortie d'une copie d'un justificatif d'identité et d'un justificatif de domicile.	X	X
Certificat de scolarité ⁽¹⁾⁽²⁾	X	X
Attestation de l'affiliation au régime de la Sécurité sociale des étudiants ⁽¹⁾⁽²⁾	X	X
Copie du contrat de formation en alternance ⁽¹⁾⁽²⁾	X	X
Attestation du paiement des allocations pour adulte handicapé	X	X
Ordonnance ou jugement de tutelle ⁽¹⁾	X	X
Copie du dernier avis d'imposition sur le revenu et attestation de l'administration fiscale précisant le nombre de personnes entrant dans le calcul du quotient familial et d'enfants recevant une pension alimentaire, au jour du décès ou de la demande ⁽²⁾	X	X
Copie du dernier avis d'imposition du partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou du concubin	X	X

(1) Documents à remettre annuellement si la garantie rente éducation est souscrite.

(2) Documents à fournir lorsque l'application de la garantie dépend des enfants ou personnes à charge de l'assuré.

À réception de l'ensemble des documents justificatifs, nous disposons d'un délai de trente jours pour statuer ou, éventuellement, demander des pièces complémentaires.

10.2 – En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie accidentel

Les pièces à communiquer sont les mêmes que celles de la garantie en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie, auxquelles il conviendra de joindre tout document susceptible de démontrer le lien de cause à effet entre l'accident et le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie (copie du rapport de police, procès-verbal de gendarmerie, coupure de presse, etc.).

10.3 – En cas d'incapacité temporaire de travail

Pièces justificatives	À l'origine de l'incapacité	En cours de versement
Certificat médical détaillé, à adresser à notre médecin-conseil sous pli confidentiel, précisant la nature de l'affection, la date de la première constatation médicale et la durée prévisible de l'incapacité de travail	X	
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale	X	X
Avis d'arrêt de travail initial	X	
Avis de prolongation d'arrêt de travail		X
Éventuellement, les bulletins d'hospitalisation	X	X
Si vous avez choisi une franchise réduite en cas d'accident ou d'hospitalisation : <ul style="list-style-type: none"> ● en cas d'accident, le certificat médical attestant que l'arrêt de travail résulte d'un accident et décrivant ses causes et circonstances ; ● en cas d'hospitalisation, un bulletin d'hospitalisation. 	X	
En cas de rechute, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection, ainsi que l'avis d'arrêt de travail mentionnant la rechute et les certificats de prolongations s'ils n'ont pas été fournis		X
En cas de mi-temps thérapeutique, justificatifs des salaires perçus		X

10.4 – En cas d'invalidité permanente

Pièces justificatives	À l'origine de l'invalidité	Chaque trimestre	Chaque année
Notification définitive d'attribution de pension d'invalidité ou de rente d'incapacité permanente en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, délivrée par la Sécurité sociale au moment de l'ouverture des droits	X		
Justificatif du paiement de la rente ou de la pension par la Sécurité sociale	X	X	X
Attestation sur l'honneur de non-activité professionnelle ou justificatif des salaires perçus	X		
Décompte des prestations Assedic	X	X	
Copie du dernier avis d'imposition pour bénéficier d'une éventuelle exonération de la CSG et / ou de la CRDS	X		X
Relevé d'identité bancaire si l'adhérent souhaite recevoir sa rente par virement	X		

Article 11 – L'expertise médicale

Article 11.1 – Le contrôle

L'adhérent doit apporter la preuve de son incapacité de travail ou de son invalidité. Il fournira à ce titre tous les éléments justificatifs qui peuvent lui être demandés, et se soumettra aux examens de contrôle effectués par le médecin expert mandaté par le médecin-conseil de l'assureur ou tout autre représentant mandaté par celui-ci.

Ainsi, l'adhérent s'engage à autoriser l'accès de son domicile ou lieu de traitement préalablement signalé par lettre recommandée à l'assureur, sauf opposition justifiée.

Ce contrôle continue à s'exercer même après la résiliation du contrat, si l'adhérent bénéficie du maintien des garanties au titre de la garantie exonération des cotisations prévue à l'article 2.7.5.

À défaut de pouvoir se soumettre au contrôle ou à cet examen médical, sauf s'il est justifié par un cas de force majeure, le service des prestations ou sa poursuite sera, selon la situation respectivement suspendu ou refusé. Les conclusions de l'examen médical seront communiquées à l'adhérent par le médecin-conseil de l'assureur. Elles peuvent conduire l'assureur à cesser le versement de ses prestations à la date de la visite du médecin, même si la Sécurité sociale continue son indemnisation.

Si l'adhérent n'a pas contesté dans les trente jours suivant le diagnostic du médecin-conseil, celui-ci sera considéré comme acquis.

Article 11.2 – L'expertise médicale amiable

En cas de désaccord sur les conclusions du médecin-conseil délégué, l'adhérent doit transmettre à l'assureur une attestation médicale contradictoire et pourra ensuite demander une expertise amiable qui sera confiée à un tiers désigné d'un commun accord entre les deux parties. En cas d'examen médical, l'adhérent a la possibilité de se faire représenter par un médecin de son choix.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin.

Dans le cas d'avis médicaux contradictoires, les deux médecins désigneront un expert. Faute de s'entendre sur le choix d'un expert, la désignation en sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée.

Les honoraires de l'expert et les éventuels frais de sa nomination sont supportés à parts égales par les deux parties.

Tant que cette expertise amiable n'a pas eu lieu, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire.

Titre 6

Lexique

Accident

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

La blessure ou la lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un accident, ne peut être considérée comme un accident.

Accident du travail

Est considéré comme accident du travail, l'accident qui survient par le fait ou à l'occasion du travail ou sur le trajet du domicile au travail ou du travail au domicile.

La reconnaissance de l'accident de travail relève des compétences réglementaires de la Sécurité sociale.

Agirc

Association générale des institutions de retraite des cadres.

Adhérent

Ce terme désigne le salarié qui par son statut, est assuré pour les garanties souscrites par l'entreprise dans le cadre du contrat.

Il appartient à la catégorie de personnel à assurer au profit de laquelle le contrat a été souscrit par l'entreprise.

Assureur

- SwissLife Prévoyance et Santé qui assure les garanties en cas de décès accidentel et de perte totale et irréversible d'autonomie par suite d'accident ou en cas d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité permanente ou d'exonération de cotisations.
- SwissLife Assurance et Patrimoine qui assure les garanties en cas de décès ou perte totale et irréversible d'autonomie et les rentes de conjoint et rentes d'éducation.

Bénéficiaire des garanties en cas de décès

La ou les personne(s) désignée(s) par l'adhérent(e), mentionnée(s) au certificat d'adhésion et à laquelle ou auxquelles l'assureur verse les indemnités prévues. À défaut de désignation d'un bénéficiaire, en cas de décès de l'adhérent, le capital décès est versé :

- en priorité au conjoint de l'adhérent, selon la définition figurant ci-dessous ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants de l'adhérent qu'ils soient nés ou à naître, vivants ou représentés ;
- à défaut, par parts égales entre eux, aux parents de l'adhérent et en cas de décès de l'un d'eux, au survivant d'entre eux ;
- à défaut aux héritiers de l'adhérent.

Conjoint

On entend par conjoint :

- l'époux (se) de l'adhérent non divorcé(e) et non séparé(e) judiciairement ;
- le co-signataire d'un pacte civil de solidarité tel que défini à l'article 515-1 du Code civil ;
- le concubin vivant en couple avec l'adhérent. La définition du concubinage est celle retenue par l'article 515-8 du Code civil. De plus, le concubinage doit avoir été notoire et continu pendant une durée d'au moins 2 ans jusqu'au décès. Aucune durée n'est exigée si un enfant au moins est né de la vie commune. De plus, le (ou la) concubin(e) doit être au regard de l'état civil, ainsi que le participant décédé, libre de tout lien de mariage ou de tout engagement au titre du Pacs.

Déchéance

C'est la perte du droit à la prestation due en cas de sinistre suite au non-respect de la part de l'adhérent de certaines dispositions de l'adhésion.

Enfants à charge

L'assureur considère comme fiscalement à charge :

- les enfants pris en compte pour au moins une demi-part dans le calcul de l'impôt sur les revenus de l'adhérent ;
- les enfants titulaires d'une pension alimentaire déductible du revenu global de l'adhérent.

Sont considérés comme tels les enfants à charge de l'adhérent, à condition toutefois :

- qu'ils soient nés viables moins de 300 jours après le décès de l'adhérent ;
- qu'ils soient mineurs ou titulaires avant leur 21^e anniversaire, de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code des actions sociales et des familles ;
- ou qu'ils remplissent les conditions cumulatives suivantes :
 - être âgés de moins de 26 ans ;
 - poursuivre des études scolaires ou universitaires, et sont couverts par le régime de leurs parents ou par le régime de Sécurité sociale des étudiants, et sous réserve qu'ils n'exercent pas une profession à temps complet ;
 - être en apprentissage ou entré dans le cadre des contrats de formation, jusqu'au terme de leur cursus, et perçoivent dans tous les cas une rémunération maximum de 55 % du salaire minimum interprofessionnel de croissance.

Entreprise

Ce terme désigne la personne morale qui, au travers de son représentant légal dûment habilité, a souscrit le contrat au profit de ses salariés relevant de la catégorie de personnel mentionné aux dispositions particulières.

Franchise

Période qui débute le premier jour d'arrêt de travail et pendant laquelle les prestations ne sont pas dues. Dans le cas où l'entreprise a choisi une franchise de trois jours en cas d'hospitalisation, à condition que celle-ci dure plus de 24 heures et se déclenche pendant la période de franchise en cas de maladie, l'indemnité journalière est alors versée à partir du 4^e jour d'arrêt de travail et ce, pour la durée d'indemnisation prévue.

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.

Maladie professionnelle

Il s'agit de la maladie qui trouve son origine dans les conditions de l'exercice de l'activité professionnelle. La prise en charge de la maladie ou la reconnaissance de la maladie professionnelle relève des compétences réglementaires de la Sécurité sociale.

Maternité

L'état de grossesse, l'interruption de grossesse (sauf interruption volontaire de grossesse), l'accouchement, les suites de couches ainsi que les complications pathologiques de ces événements.

Nullité

C'est l'annulation pure et simple de la souscription qui est censée alors n'avoir jamais existée (article L. 113-8 du Code des assurances).

Pacte civil de solidarité – Pacs

Le pacte civil de solidarité (Pacs) est un contrat conclu entre deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune, selon les dispositions prévues dans le cadre des articles 515-1 à -7 du Code civil.

Pays à risques aggravés

Ce sont les états dans lesquels il existe des risques naturels (ouragans, séismes, par exemple), des risques sanitaires (grippe aviaire, par exemple), des risques terroristes, un risque nucléaire, un risque de piraterie maritime, formellement déconseillés par le Ministère des affaires étrangères sur son site internet (www.diplomatie.gouv.fr/fr – rubrique « Conseil aux voyageurs »).

Plafond annuel de la Sécurité sociale – PASS

Il s'agit du plafond annuel des cotisations de la Sécurité sociale, égal à 12 fois le plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Plafond mensuel de la Sécurité sociale – PMSS

La Sécurité sociale a mis en place un salaire mensuel de référence, appelé « plafond mensuel de la Sécurité sociale », qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales. Il est fixé par décret chaque année en fonction de l'évolution moyenne des salaires.

Perte totale et irréversible d'autonomie

L'assuré est considéré atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie, lorsqu'il remplit les conditions cumulatives suivantes :

- être reconnu par l'assureur comme définitivement et totalement incapable de se livrer à aucune occupation, ni d'exercer aucune activité professionnelle susceptible de lui procurer gain ou profit ;
- avoir été classé par la Sécurité sociale parmi les invalides obligés d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante (3^e catégorie), et être établi que son état, ayant un caractère définitif, n'est susceptible d'aucune amélioration.

Prestations

Ce sont les sommes que l'assureur verse suite à un événement contractuellement garanti.

Rechute

Nouvelle manifestation d'une affection ayant déjà donné lieu à une indemnisation dans les conditions prévues au contrat.

Résiliation

C'est la cessation des effets de la souscription.

Sinistre

Événement, maladie ou accident, mettant en jeu la garantie, alors que le contrat est en vigueur.



L'avenir commence ici.

SwissLife Prévoyance et Santé

Siège social :

7, rue Belgrand

92300 Levallois-Perret

SA au capital social

de 150 000 000 €

Entreprise régie par

le Code des assurances

322 215 021 RCS Nanterre

SwissLife Assurance

et Patrimoine

Siège social :

7, rue Belgrand

92300 Levallois-Perret

SA au capital social

de 169 036 086,38 €

Entreprise régie par

le Code des assurances

341 785 632 RCS Nanterre

www.swisslife.fr