

**Notice d'information valant Conditions Générales  
du contrat "Prévoyance"**

**N° 509/863558**



Le contrat a été conclu entre les soussignés :

**ASSOCIATION EUROPÉENNE D'ÉPARGNE DE RETRAITE ET DE PRÉVOYANCE - AEERP**

Association Loi 1901  
4, square de l'Opéra Louis Jouvet  
75009 PARIS

ci-après dénommée « **L'ASSOCIATION CONTRACTANTE** », d'une part,

et

**GROUPAMA GAN VIE**

Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 € – RCS Paris 340 427 616 – APE 6511 Z  
Siège social : 8-10, rue d'Astorg – 75383 Paris Cedex 08  
Entreprise régie par le Code des Assurances et  
soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 61 rue Taitbout – 75009 Paris  
Les produits d'assurance de Groupama Gan Vie sont notamment distribués par Gan Assurances et sous la marque  
Gan Eurocourtage via les courtiers et Gan Prévoyance

ci-après dénommé « **L'ASSUREUR** », d'autre part,

par l'intermédiaire de **COFAPE INTERNATIONAL**  
« Le Rhône-Alpes » – 235 cours Lafayette – 69006 LYON.



## Sommaire

### **Titre 1 - GÉNÉRALITÉS**

**Article 1 - *Objet du contrat***

**Article 2 - *Territorialité***

**Article 3 - *Définitions***

### **Titre 2 - GARANTIES**

**Article 4 - *Garantie en cas de décès de l'adhérent***

**Article 5 - *Garantie « Rente d'ayants droit »***

**Article 6 - *Garantie en cas de décès de l'adhérent consécutif à un accident***

**Article 7 - *Garantie en cas d'invalidité absolue et définitive de l'adhérent***

**Article 8 - *Garantie « Allocation d'obsèques »***

**Article 9 - *Garantie en cas de décès du « conjoint » simultané ou postérieur à celui de l'adhérent (Double Effet)***

**Article 10 - *Garanties en cas d'arrêt de travail de l'adhérent***

### **Titre 3 - EXÉCUTION DU CONTRAT**

**Article 11 - *Référence légale***

**Article 12 - *Date d'effet - Durée et renouvellement du contrat***

**Article 13 - *Adhésion des membres de l'association contractante***

**Article 14 - *Prise d'effet de l'adhésion et des garanties***

**Article 15 - *Cessation de l'adhésion et des garanties***

**Article 16 - *Information des adhérents***

**Article 17 - *Réclamation - Médiation - Informatique et libertés***

**Article 18 - *Arbitrage – Juridiction***

### **Titre 4 - COTISATION**

**Article 19 - *Cotisation***



## Titre 1 – Généralités

### Article 1 - *Objet du contrat*

Le contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative a pour objet :

- le paiement d'un capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès de l'adhérent ou à l'adhérent lui-même en cas d'invalidité absolue et définitive,
- le paiement d'un capital supplémentaire au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès de l'adhérent ou à l'adhérent lui-même en cas d'invalidité absolue et définitive lorsque cet événement est consécutif à un accident,
- le versement, en cas de décès de l'adhérent :
  - . d'une rente viagère à son conjoint ou partenaire,
  - . d'une rente viagère à ses ascendants à charge,
  - . d'une rente temporaire à chacun de ses enfants à charge,
- le paiement d'un capital aux enfants demeurant à charge en cas de décès du conjoint ou partenaire de l'adhérent survenant simultanément ou postérieurement à celui de l'adhérent,
- le versement à l'adhérent d'indemnités journalières, en cas d'incapacité temporaire totale de travail de l'adhérent consécutive à une maladie ou à un accident,
- le versement à l'adhérent d'une rente annuelle, en cas d'invalidité permanente totale ou partielle de ce dernier, consécutive à une maladie ou à un accident.

### Article 2 - *Territorialité*

Les garanties sont acquises dans le pays d'expatriation, situé dans le monde entier.

Toutefois, les garanties sont acquises dans le reste du monde, pour des périodes n'excédant pas 60 jours consécutifs entre deux séjours dans le pays d'expatriation, lors de voyages internationaux hors du pays de destination (voyages à titre privé).

**Il est précisé qu'en fonction d'événements (guerre civile ou étrangère, insurrection..) qui pourraient s'y dérouler et, en tout état de cause, selon la classification des pays à**

**risque effectuée par le ministère des affaires étrangères français, l'adhésion au contrat peut être exclue pour certains pays ou zones classifiés fortement déconseillés (zone rouge) par ce ministère ou alors, soumise à l'acceptation préalable de l'assureur si le pays est classifié déconseillé pour raison impérative (zone orange) par ce ministère.**

Les prestations sont en tout état de cause payables en France et en euros.

### Article 3 – *Définitions*

#### Accident

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'adhérent ou du bénéficiaire, provoquée par l'action soudaine d'une cause extérieure.

En application de l'article 1315 du code civil, il appartient au(x) bénéficiaire(s) ou à l'adhérent d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le décès ou l'invalidité absolue et définitive.

#### Adhérent

Membre de l'association contractante à jour de ses cotisations, présenté au contrat par Cofape International et :

- répondant aux conditions d'adhésion prévues à l'article 13,
  - exerçant une activité professionnelle dans un pays étranger en qualité d'expatrié,
- qui adhère au contrat et s'engage aux obligations correspondantes.

#### Ascendant

Ascendant qui serait considéré charge de l'adhérent au sens du code de la Sécurité sociale française.

#### COM

Collectivités d'Outre Mer (Saint-Pierre et Miquelon, Wallis et Futuna, Saint-Barthélemy et Saint-Martin).

#### Concubin

Personne vivant en concubinage (union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes de sexe différent ou de même sexe qui vivent en couple) avec l'adhérent, dans la mesure où l'adhérent et le concubin partagent le même domicile et sont libres de tout autre lien de même nature

(c'est à dire que chacun d'entre eux est célibataire, veuf ou divorcé et n'est pas engagé dans les liens d'un PACS).

En cas de concubins multiples, seul le concubin le plus âgé sera retenu. **Pour l'application des garanties du contrat, le concubin est pris en compte pour la détermination des enfants à charge. En cas de mariage ou de remariage de l'adhérent ou de conclusion d'un PACS par ce dernier, la prise en compte du concubin devient caduque de plein droit.**

#### Conjoint

Conjoint de l'adhérent non divorcé ni séparé de corps judiciairement.

#### Contractante

**Association Européenne d'Épargne, de Retraite et de Prévoyance – AEERP** : Personne morale qui souscrit le contrat afin d'en faire bénéficier ses adhérents et s'engage aux obligations correspondantes

#### Cotisation

Somme payée par l'adhérent en contrepartie des garanties accordées par l'assureur.

#### DROM

Départements et Régions d'Outre Mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, La Réunion et Mayotte).

#### Enfant à charge

Enfant de l'adhérent, de son conjoint, partenaire ou concubin tel qu'il est défini au présent article vivant dans le même pays d'expatriation que l'adhérent :

- âgé de moins de 21 ans,

- âgé de moins de 26 ans, poursuivant ses études et inscrit à un régime de protection sociale français spécifiquement dédié aux étudiants ou se trouvant sous contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le code du travail français,
- quel que soit son âge, s'il est atteint d'une infirmité telle qu'il ne peut se livrer à aucune activité rémunératrice et remplit les conditions de versement de l'allocation prévue par la législation française en vigueur en faveur des adultes handicapés.

Les enfants nés viables moins de 300 jours après le décès de l'adhérent sont pris en considération.

#### Maladie

Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente.

#### Partenaire

Personne liée à l'adhérent par un Pacte civil de solidarité – PACS. Un PACS est un contrat conclu par deux personnes physiques majeures, de sexe différent ou de même sexe, pour organiser leur vie commune (article 515-1 du Code Civil).

Le PACS devra être justifié, le cas échéant, par un extrait d'acte de naissance de l'adhérent avec mentions marginales ou si le partenaire est né dans un pays étranger, par une attestation de l'engagement dans les liens d'un PACS, délivrée par le greffe du Tribunal de Grande Instance de Paris.

#### Régime de protection sociale de base

Aucun ou tout régime de protection sociale en vigueur dans le pays d'expatriation ou la Caisse des Français à l'étranger – CFE.

#### Salaire de base

Les prestations en cas de décès (hors allocation d'obsèques), d'invalidité absolue et définitive et d'arrêt de travail sont calculées en fonction de la rémunération annuelle brute de l'adhérent telle qu'elle est déclarée et justifiée à l'assureur. Cette rémunération doit correspondre à la base de calcul de la cotisation.

Elle se rapporte aux 12 mois civils précédant celui au cours duquel est survenu :

- le décès ou l'arrêt de travail si le décès a été précédé d'une période d'arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident,
- l'arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident, en cas d'invalidité absolue et définitive, d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente.

La rémunération est limitée, en tout état de cause, à quatre fois le montant du salaire plafond annuel de la Sécurité Sociale (tranches A et B définies ci-dessous).

- Tranche A : fraction de la rémunération limitée au montant du salaire plafond annuel de la Sécurité sociale.
- Tranche B : fraction de la rémunération supérieure au montant du salaire plafond annuel de la Sécurité sociale, le montant de cette tranche étant limité à 3 fois le montant du salaire plafond annuel de la Sécurité sociale.

Si à la date du décès ou de l'arrêt de travail, l'adhérent n'a pas exercé ses fonctions pendant 12 mois civils, sa rémunération est alors déterminée en fonction d'une rémunération reconstituée "prorata temporis", à partir de la moyenne des salaires bruts perçus ou exigibles, sans qu'elle puisse excéder la rémunération annuelle déclarée lors de l'adhésion.

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive, précédé d'un arrêt de travail consécutif à une maladie ou à un accident, le salaire de base est revalorisé dès le 366<sup>ème</sup> jour qui suit la date d'arrêt de travail, dans le même rapport que celui existant entre la valeur de l'unité de référence définie ci-après en vigueur à la date du décès ou de l'exigibilité de la prestation en cas d'invalidité absolue et définitive et celle en vigueur à la date d'arrêt de travail pour maladie ou accident.

#### Unité de référence

Une valeur d'unité de référence est fixée par l'assureur, tous les ans au 1<sup>er</sup> juillet pour être applicable à toutes les revalorisations intervenant à partir du 1<sup>er</sup> octobre suivant.

Cette unité de référence ne peut cependant varier d'une année sur l'autre dans une proportion supérieure à celle dont a augmenté la valeur du point AGIRC (Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres) entre le 1<sup>er</sup> juillet de l'année précédente et le 1<sup>er</sup> juillet de l'année considérée.



## Titre 2 – Garanties

### Article 4 – Garantie en cas de décès de l'adhérent

#### A) DÉFINITION ET MONTANT DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet de verser au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) défini(s) au paragraphe C) ci-après, sous réserve des dispositions du paragraphe B), un capital en cas de décès de l'adhérent dont le montant est fixé de la façon suivante :

SITUATION DE FAMILLE	Salaire de base
Adhérent sans conjoint ou partenaire	
• sans enfant à charge :	250 %
• avec un enfant à charge :	320 %
Adhérent avec conjoint ou partenaire	
• sans enfant à charge :	320 %
• avec un enfant à charge :	390 %
Majoration par enfant supplémentaire à charge de l'adhérent (à compter du 2 <sup>ème</sup> )	70 %

#### B) CAS D'EXCLUSION DE LA GARANTIE

La garantie ne s'applique pas dans les cas suivants :

- Le décès résultant d'une guerre mettant en cause l'État français est exclu.
- Le suicide, quelle que soit sa qualification, est exclu pendant la première année d'adhésion au contrat.

## **C) ATTRIBUTION DU BÉNÉFICE DE L'ASSURANCE DÉCÈS**

### **C.1) Attribution du capital**

Sauf stipulation contraire valable au jour du décès de l'adhérent, le capital garanti revient à son conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps judiciairement ou partenaire survivant avec lequel il est lié par un pacte civil de solidarité, à défaut à ses enfants nés et à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession et, à défaut à ses autres héritiers.

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 désigner le ou les bénéficiaires de son choix et en faire la déclaration à l'assureur.

Cette désignation peut faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

Afin d'éviter tout risque d'homonymie et pour faciliter la recherche de(s) bénéficiaire(s) désigné(s), l'adhérent doit indiquer, pour chaque bénéficiaire, toutes précisions permettant son identification exacte, notamment ses nom, prénoms, date et lieu de naissance.

**Toute désignation ou changement de désignation non porté à la connaissance de l'assureur lui est inopposable.**

**L'assureur attire l'attention de l'adhérent sur la nécessité de mettre à jour régulièrement sa désignation de bénéficiaire(s) particulier(s).**

Avec l'accord de l'adhérent, toute attribution bénéficiaire peut faire l'objet d'une acceptation, au terme d'un délai de 30 jours au moins suivant la date d'effet de l'adhésion au contrat lorsque la désignation est effectuée à titre gratuit.

Tant que l'adhérent est en vie, cette acceptation doit être formalisée soit par un avenant signé de l'assureur, de l'adhérent et du bénéficiaire, soit par un acte authentique ou sous seing privé signé de l'adhérent et du bénéficiaire.

L'acceptation n'est opposable à l'assureur que lorsqu'elle lui a été notifiée par écrit.

La preuve de cette notification incombe à la personne qui entend s'en prévaloir.

**Il est précisé que l'attribution faite au profit d'un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation de celui-ci dans les conditions ci-dessus.**

Un acte sous seing privé est un acte dont la rédaction est libre, établi par l'une des parties à l'acte et signé par tous les participants à cet acte. Il doit y avoir autant d'originaux que de participants. L'acte sous seing privé peut ou non être enregistré auprès du service des impôts. Un acte authentique est un acte établi par un officier public et signé devant lui par toutes les parties à l'acte.

L'ouverture du droit des bénéficiaires au capital garanti est subordonnée à leur existence le surlendemain du jour du décès de l'adhérent.

### **C.2) Attribution des majorations**

Le droit au bénéfice des majorations pour charge de famille est subordonné à l'existence des personnes y ouvrant droit le surlendemain du jour du décès de l'adhérent.

La majoration à laquelle ouvre droit l'enfant revient à son père ou à sa mère survivant, à condition que ce parent-ci soit désigné pour bénéficier de tout ou partie du capital garanti. Dans le cas contraire, elle revient à l'enfant lui-même.

## **D) FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE ET PAIEMENT DES PRESTATIONS**

Le décès doit être déclaré à l'assureur dans les plus brefs délais possible en lui adressant les pièces justificatives nécessaires au règlement, notamment :

- tout justificatif du montant du salaire de base (bulletins de salaire, déclaration sociale et/ou fiscale),
- un original de l'extrait de l'acte de décès,
- un certificat médical à transmettre au médecin conseil de l'assureur, sous pli confidentiel, indiquant la date du décès et précisant s'il s'agit d'une mort naturelle ou accidentelle ou d'une mort résultant d'un événement exclu,
- le cas échéant, tous documents précisant la cause et les circonstances de l'accident ayant entraîné le décès,
- tout document complémentaire permettant l'attribution des prestations :
  - document prouvant l'identité et/ou la situation de famille, notamment une photocopie intégrale du livret de famille et/ou un extrait d'acte de naissance du bénéficiaire et si besoin la preuve du PACS,
  - éventuellement les pièces permettant l'attribution des majorations pour charge de famille,
  - les coordonnées bancaires et/ou postales nécessaires au règlement.

L'assureur se réserve le droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire qu'il juge nécessaire au règlement de la prestation.

Le règlement du capital est effectué au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans les quinze jours suivant la date la réception des pièces justificatives par l'assureur.

En cas de pluralité de bénéficiaires :

- le capital est partagé en fonction de la répartition éventuellement indiquée par l'adhérent ou, en l'absence de répartition ou de bénéficiaire(s) désigné(s), de façon égale entre bénéficiaires de même rang,
- le paiement du capital est indivisible à l'égard de l'assureur qui règle sur quittance signée conjointement par les intéressés ou leur représentant légal.

## Article 5 – Garantie « Rente d'ayants droit »

### A) DÉFINITION ET MONTANT DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet, en cas de décès de l'adhérent, sous réserve des dispositions du paragraphe B), le versement :

- d'une rente viagère à son conjoint ou partenaire survivant, ainsi qu'à ses ascendants à charge au sens de la Sécurité sociale française,
- d'une rente temporaire à chacun de ses enfants à charge.

Le montant annuel des rentes est fixé de la façon suivante :

**A.1) Rente viagère de « conjoint » :** 30 % du salaire de base.

**A.2) Rente temporaire d'orphelin :**

⇒ pour les orphelins de père **ou** de mère :

- . 15 % du salaire de base pour chacun des deux premiers enfants à charge,
- . 10 % du salaire de base par enfant à charge supplémentaire au-delà du second.

Il est précisé qu'en présence d'au moins 3 enfants à charge, les rentes d'orphelins auxquels ils ouvrent droit sont totalisées puis réparties par parts égales entre eux.

⇒ pour les orphelins de père **et** de mère : 20 % du salaire de base par enfant.

La rente est servie jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel l'orphelin atteint son 21<sup>ème</sup> anniversaire.

A cette date, le service de la rente est poursuivi, à condition que l'intéressé soit étudiant, apprenti ou handicapé (ou qu'il le devienne pendant la durée de ses études ou de son apprentissage).

La rente est également versée si, à la date du décès de l'adhérent, l'enfant âgé de plus de 21 ans effectue ses études ou est en apprentissage ou est handicapé.

Elle est servie tant que l'orphelin :

- poursuivant ses études est inscrit à un régime de protection sociale français spécifiquement dédié aux étudiants ou se trouve sous contrat d'apprentissage aux conditions prévues par le code du travail français ; dans ces cas, son versement cesse au 1<sup>er</sup> octobre de l'année au cours de laquelle il atteint son 26<sup>ème</sup> anniversaire.

- étant handicapé, remplit les conditions de versement de l'allocation prévue par la législation française en vigueur en faveur des adultes handicapés.

**A.3) Rente viagère d'ascendant :** 10 % du salaire de base par ascendant à charge au sens de la Sécurité sociale française.

Si l'adhérent a plus de 3 ascendants à charge pouvant bénéficier d'une rente, le montant de la prestation prévue pour chacun d'eux est affecté d'un coefficient égal à 3/N, N étant le nombre d'ascendants pris en considération à la date du décès.

**A.4) Maximum des rentes d'ayants droit :**

Le total des rentes allouées à l'ensemble des ayants droit de l'adhérent ne peut excéder 85 % de son salaire de base.

En cas de dépassement de ce pourcentage, l'assureur est autorisé à réduire proportionnellement le montant de la rente versée à chaque bénéficiaire.

### B) CAS D'EXCLUSION DE LA GARANTIE

Les risques exclus sont ceux prévus à l'article 4.B) ci-avant pour la garantie en cas de Décès de l'adhérent.

### C) MODALITÉS DE PAIEMENT DES RENTES

**C.1) Formalités à accomplir en cas de sinistre**

Les formalités sont celles définies à l'article 4 pour la garantie en cas de décès de l'adhérent.

En outre, les orphelins et ascendants appelés à bénéficier des rentes devront apporter la preuve qu'ils répondent à la définition d'enfant à charge ou d'ascendant à charge au sens du contrat.

**C.2) Attribution et paiement des rentes**

Les rentes d'ayants droit sont payables à terme échu à la fin de chaque trimestre civil, sans arrérages au décès du bénéficiaire.

Un prorata est versé pour la période s'écoulant entre la date du décès de l'adhérent et l'échéance trimestrielle suivante.

Il est précisé que :

- ⇒ La rente viagère de « conjoint » revient de plein droit au conjoint survivant concerné non divorcé, ni séparé de corps judiciairement, à défaut au partenaire ayant conclu un Pacte Civil de Solidarité avec l'adhérent au jour du décès.
- ⇒ La rente d'orphelin est versée :
  - durant la minorité de l'enfant : à l'administrateur légal des biens de l'enfant,
  - dès la majorité légale de l'enfant, à lui-même.
- ⇒ La rente d'ascendant est versée à l'ascendant lui-même.

### D) REVALORISATION DES RENTES

Les rentes d'ayants droit sont revalorisées en fonction de la variation de la valeur de l'unité de référence définie à l'article 3, dès le 1<sup>er</sup> octobre de l'année qui suit le décès de l'adhérent et tous les ans à la même date.

La revalorisation, payable en même temps que la prestation de base à chaque échéance trimestrielle, s'ajoute aux rentes. La revalorisation est calculée de manière à ce que la prestation totale soit au moins égale à son montant initial augmenté dans le même rapport que celui existant entre la valeur de l'unité de référence en vigueur à la date d'échéance des prestations et celle en vigueur à la date du décès de l'adhérent.

### E) DISPOSITIONS APPLICABLES EN CAS DE RESILIATION DU CONTRAT OU DE L'ADHESION A CELUI-CI

Le service des rentes d'ayants droit est poursuivi, dans les conditions du contrat, pour le montant atteint à la date de la résiliation, à l'exclusion de toute revalorisation ultérieure.

## Article 6 – Garantie en cas de décès de l'adhérent consécutif à un accident

### A) DÉFINITION ET MONTANT DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet de verser au(x) bénéficiaire(s) défini(s) à l'article 4, si l'adhérent décède consécutivement à un accident tel que défini à l'article 3 et sous réserve des dispositions du paragraphe B) ci-après, un **capital supplémentaire** dont le montant est fixé à 100 % du capital prévu à l'article 4.

Si le décès est consécutif à un accident du travail ou à une maladie d'origine professionnelle reconnu(e) et indemnisé(e) comme tel(le) par le régime de protection sociale français, le montant du capital supplémentaire est majoré de :

- 25 % de la tranche A du salaire de base.

On entend par :

- Accident du travail : tout accident, y compris accident du trajet, qui serait considéré comme accident du travail par le régime social de base français si ce régime était applicable, en vertu de l'article L 411-1 du Code de la Sécurité Sociale française.

- Maladie d'origine professionnelle : toute maladie qui serait présumée d'origine professionnelle par le régime social de base français si ce régime était applicable, en vertu de l'article L 461-1, 1er alinéa du Code de la Sécurité Sociale française et figurant aux tableaux publiés par la Sécurité Sociale française en application de l'article L 461-3 du code précité.

La garantie s'applique à condition que le décès survienne, au plus tard, douze mois après l'accident de la vie privée, l'accident du travail ou la maladie d'origine professionnelle. Il appartient au(x) bénéficiaire(s), en application de l'article 1315 du code civil, d'apporter la preuve de l'accident considéré ou de la maladie d'origine professionnelle et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci (celle-ci) et le décès.

### B) CAS D'EXCLUSION DE LA GARANTIE

La garantie ne s'applique pas dans les cas suivants :

- Maladie d'origine non professionnelle, même d'origine accidentelle,
- accident causé intentionnellement par l'adhérent ou résultant, soit d'un suicide, soit d'une mutilation volontaire, soit de l'usage de stupéfiant ou de psychotrope hors prescription médicale,
- accident résultant de l'état d'imprégnation alcoolique de l'adhérent définie par l'existence d'un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui fixé par le code de la route français pour caractériser la contravention de conduite sous l'emprise d'un état alcoolique,
- accident de navigation aérienne sauf si l'adhérent se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmés, le pilote pouvant être l'adhérent lui-même,
- accident résultant :
  1. de matchs, courses, paris, compétitions sportives (sauf si l'adhérent y participe en tant qu'amateur),
  2. de courses de véhicules à moteur,
  3. de la désintégration du noyau atomique,

4. de la pratique des sports énumérés ci-dessous :

- les sports extrêmes : saut à l'élastique, spéléologie, canoë ou kayak extrême (sur torrents de classe supérieure à V, rivière de classe supérieure à II, sur mers et océans à plus de deux milles des côtes), voile (transocéanique, navigation en solitaire à plus de 20 milles d'un abri), base jump,
- les sports de montagne : alpinisme, escalade (hors support artificiel avec sécurité), varappe, randonnée solitaire au-delà de 3000 mètres, saut à ski, bobsleigh, skeleton, luge et ski (alpin, de fond, snowboard) hors des pistes balisées ouvertes au public, rafting, canyoning,
- les sports aériens : voltige, vol à voile, parachutisme, ULM, deltaplane, parapente, skysurfing, montgolfière,
- les sports nautiques : plongée avec bouteille dans le cadre d'une compétition sportive ou à titre de loisir par une personne non titulaire du brevet PADI ou équivalent et non accompagnée d'un professionnel, jet ski, surf en compétition, hydro speed, kitesurf,
- les sports de défense et de combat en compétition,
- les sports automobiles : pilotage d'auto, de moto ou de karting.

Cependant, les initiations à ces sports de type « baptême » lorsqu'elles sont encadrées par un professionnel ayant les diplômes et compétences requis par l'État, sont couvertes à l'exception des sports « extrêmes ».

- accident occasionné par une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute, une rixe, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, sauf si l'adhérent n'y prend pas une part active ou s'il est appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance visant au maintien de la sécurité des personnes et des biens,
- accident occasionné par une guerre mettant en cause l'État français.

### C) MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA PRESTATION

#### C.1) Formalités à accomplir en cas de sinistre

Les formalités sont celles définies à l'article 4 pour la garantie en cas de décès de l'adhérent. Outre les pièces justificatives énumérées pour le paiement de la prestation, la preuve de l'accident de la vie privée, de l'accident du travail ou de la maladie d'origine professionnelle et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci (celle-ci) et le décès doit être apportée à l'assureur par tout document.

#### C.2) Attribution du bénéfice du capital

Le capital est versé dans les conditions définies à l'article 4 pour la garantie en cas de décès de l'adhérent.

## Article 7 – Garantie en cas d'invalidité absolue et définitive de l'adhérent

### A) DÉFINITION ET MONTANT DE LA GARANTIE

Si, avant la liquidation de la pension vieillesse de son régime social de base et au plus tard à la date de son 62<sup>ème</sup> anniversaire, un adhérent est, consécutivement à une maladie ou à un accident, sous réserve des dispositions du paragraphe B) ci-après, atteint d'une invalidité le mettant dans l'impossibilité totale d'exercer une profession quelconque et, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie, l'assureur le reconnaît en état d'invalidité absolue et définitive.

**L'état d'invalidité absolue et définitive est apprécié par le médecin conseil de l'assureur indépendamment des décisions du régime de protection sociale de base dont relève éventuellement l'adhérent.**

L'assureur verse alors à l'adhérent, un capital identique à celui prévu au titre de l'article 4.

En outre, lorsque l'invalidité absolue et définitive de l'adhérent est consécutive à un accident tel que défini à l'article 3, le capital supplémentaire prévu à l'article 6 (à l'exclusion de la majoration de ce capital en cas de décès consécutif à un accident du travail ou à une maladie d'origine professionnelle) est également versé à l'adhérent. Il est précisé que ce versement n'est toutefois effectué qu'à condition que l'invalidité absolue et définitive survienne au plus tard douze mois après l'accident.

Le salaire de base est déterminé à la date d'arrêt du travail et éventuellement revalorisé en application des dispositions de l'article 3.

La situation de famille de l'adhérent est appréciée à la date d'exigibilité de la prestation, à savoir 6 mois après la date de reconnaissance par l'assureur de l'état d'invalidité absolue et définitive et sous réserve du maintien de cet état, au regard de l'État civil et du nombre d'enfants à charge.

Le versement de la prestation due en cas d'invalidité absolue et définitive met fin pour l'adhérent concerné aux garanties prévues en cas de décès au titre des articles 4 et 6.

### B) RISQUES EXCLUS

La garantie ne s'applique pas dans les cas suivants :

- **accident ou maladie causé intentionnellement par l'adhérent ou résultant, soit d'une tentative de suicide, soit d'une mutilation volontaire, soit de l'usage de stupéfiants ou de psychotropes hors prescription médicale ;**
- **accident ou maladie occasionné par une guerre civile ou une guerre étrangère ne mettant pas en cause l'Etat français, une insurrection, une émeute, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, sauf si l'adhérent n'y prend pas une part active ou s'il est appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance visant au maintien de la sécurité des personnes et des biens au bénéfice de la contractante ;**
- **accident ou maladie occasionné par une guerre mettant en cause l'État français.**

Sauf application de l'article L.113-8 du code des assurances, et sous réserve des exclusions énumérées ci-dessus, la garantie s'exerce sur les conséquences des infirmités ou affections médicales survenues avant la date de signature de la demande d'adhésion au contrat si elles ont été déclarées sur ladite demande et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion particulière notifiée à l'adhérent par lettre recommandée.

En outre, la garantie en cas d'invalidité absolue et définitive par accident ne s'applique pas dans les cas suivants :

- **accident résultant de l'état d'imprégnation alcoolique de l'adhérent définie par l'existence d'un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui fixé par le code de la route pour caractériser la contravention de conduite sous l'emprise d'un état alcoolique,**
- **accident occasionné par la pratique des sports énumérés aux 1, 2, 3 et 4 de l'article 6.B).**

### C) FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE ET PAIEMENT DES PRESTATIONS

#### C.1) Formalités à accomplir

La déclaration de l'état d'invalidité absolue et définitive incombe à l'adhérent qui est tenu d'en apporter la preuve à l'assureur au moyen des pièces justificatives nécessaires au règlement, celles-ci comprenant notamment :

- tout justificatif du montant du salaire de base (bulletins de salaire, déclaration sociale et/ou fiscale),
- un certificat détaillé du médecin traitant indiquant la nature de la maladie ou de l'accident, à transmettre au médecin conseil de l'assureur, sous pli confidentiel,
- toute preuve établissant la nécessité de l'assistance d'une tierce personne, telle que la notification de l'attribution, le cas échéant, par le régime de protection sociale de base, d'une pension d'invalidité nécessitant l'assistance d'une tierce personne,
- tout document prouvant l'identité et/ou la situation de famille, notamment une photocopie intégrale du livret de famille, ou si besoin la preuve du PACS,
- le cas échéant, tous documents précisant la cause et les circonstances de l'accident ayant entraîné l'invalidité absolue et définitive,
- éventuellement les pièces permettant l'attribution des majorations pour charge de famille.

L'assureur se réserve le droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire nécessaire au règlement de la prestation.

Lorsque l'invalidité absolue et définitive est consécutive à un accident, il appartient également à l'adhérent pour que le capital supplémentaire prévu à l'article 6 soit accordé, en application de l'article 1315 du code civil, d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et l'invalidité absolue et définitive.



**C.2) Reconnaissance et contrôle par l'assureur de l'état d'invalidité absolue et définitive**

Jusqu'à la date d'exigibilité de la prestation, l'assureur se réserve le droit de se livrer à tout contrôle et de soumettre l'intéressé à toutes expertises médicales jugées utiles pour apprécier, reconnaître ou contrôler l'état d'invalidité absolue et définitive. À cet effet, les médecins, agents ou délégués de l'assureur doivent pouvoir se rendre auprès de l'adhérent, lequel s'engage à les recevoir et à les informer loyalement de son état. **Si l'adhérent s'oppose aux visites et/ou aux examens médicaux, l'assureur est autorisé à surseoir de plein droit au paiement de la prestation.**

**Article 8 – Garantie « Allocation d'obsèques »**

**A) DÉFINITION ET MONTANT DE LA GARANTIE**

Cette garantie a pour objet, en cas de décès de l'adhérent, le versement d'une allocation dont le montant est égal à 50 % du salaire plafond mensuel de la Sécurité sociale française en vigueur à la date du décès.

Aucun cas d'exclusion n'est prévu pour l'application de la garantie Allocation d'obsèques.

**B) MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA PRESTATION**

**B.1) Formalités à accomplir en cas de sinistre**

Le décès doit être déclaré à l'assureur le plus rapidement possible en lui adressant les pièces justificatives nécessaires au règlement, notamment :

- un extrait de l'acte de décès ;

**Article 9 – Garantie en cas de décès du « conjoint » simultanément ou postérieur à celui de l'adhérent (Double Effet)**

**A) DÉFINITION ET MONTANT DE LA GARANTIE**

Cette garantie a pour objet de verser si le conjoint ou le partenaire de l'adhérent décède avant l'âge de 60 ans, sous réserve que ce décès se produise simultanément (dans les 24 heures qui précèdent ou suivent le décès de l'adhérent) ou postérieurement à celui de l'adhérent, un capital au profit du ou des enfants à charge à la date du décès de l'adhérent et qui demeurent encore à charge du conjoint ou partenaire au sens du contrat à la date du décès de ce dernier.

Le montant de ce capital est fixé à 100 % de celui versé lors du décès de l'adhérent au titre de l'article 4.

En cas de décès de deux adhérents au contrat, conjoints ou partenaires, lorsque ces décès sont consécutifs à un même événement et surviennent dans les deux mois suivant ledit événement, le montant des prestations versées au titre de la présente garantie est réduit de moitié pour chacun des adhérents.

Pour le calcul du capital, il n'est pas tenu compte du capital supplémentaire éventuellement versé en cas de décès de l'adhérent consécutif à un accident.

**B) CAS D'EXCLUSION DE LA GARANTIE**

Les risques exclus sont ceux prévus à l'article 4.B) ci-avant pour la garantie en cas de Décès de l'adhérent.

En cas de désaccord entre le médecin de l'adhérent et celui de l'assureur portant sur l'état d'invalidité absolue et définitive, l'adhérent et l'assureur pourront choisir ensemble un troisième médecin pour les départager et faute d'entente sur le choix, la désignation sera faite par le Tribunal de Grande Instance de Paris. Les honoraires d'arbitrage sont partagés par moitié entre l'adhérent et l'assureur.

**C.3) Mode de règlement du capital**

Le capital garanti, payable à l'adhérent lui-même, est exigible six mois après la date de reconnaissance, par l'assureur, de l'invalidité absolue et définitive et sous réserve du maintien de cet état.

En cas de décès de l'adhérent avant le paiement du capital, un capital sera versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) tel(s) que défini(s) à l'article 4.C).

- tout document prouvant l'identité et/ou la situation de famille ;

- un justificatif du paiement des frais d'obsèques.

L'assureur se réserve le droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire nécessaire au règlement de la prestation.

**B.2) Mode de règlement de l'allocation**

L'allocation garantie est versée au conjoint ou partenaire de l'adhérent, à défaut à la personne ayant supporté les frais d'obsèques. Dans ce dernier cas, le montant de l'allocation versé par l'assureur sera en tout état de cause limité au montant des frais d'obsèques réellement engagés.

**C) MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA PRESTATION**

**C.1) Formalités à accomplir en cas de sinistre**

Les formalités sont celles définies à l'article 4 pour la garantie en cas de décès de l'adhérent.

**C.2) Attribution du bénéfice du capital**

le capital garanti revient au(x) enfant(s) à charge de l'adhérent à la date de son décès. En outre, en cas de décès du conjoint ou partenaire survenant après le décès de l'adhérent, les enfants doivent demeurer à la charge du conjoint ou partenaire au sens de l'article 3 du contrat.

**D) CESSATION DE LA GARANTIE**

La garantie prend fin :

- à la date de cessation de l'adhésion et des garanties, conformément à l'article 15,
- à la date à laquelle la décision de divorce ou de séparation de corps devient définitive ou à la date de rupture du PACS,
- en tout état de cause, le jour où le conjoint ou partenaire atteint son 60<sup>ème</sup> anniversaire.

## Article 10 – Garanties en cas d'arrêt de travail de l'adhérent

### A) DÉFINITION ET OBJET DES GARANTIES

#### A.1) Définition des garanties

Par incapacité temporaire totale de travail, il faut entendre une incapacité temporaire **consécutives à une maladie ou un accident** atteignant l'adhérent dans l'exercice de son activité professionnelle ou au cours de sa vie privée et qui le place dans la totale incapacité physique ou psychique, constatée médicalement et reconnue par l'assureur, d'exercer une activité professionnelle quelconque.

Par invalidité permanente totale ou partielle, il faut entendre une invalidité **consécutives à une maladie ou à un accident** entraînant l'impossibilité physique ou psychique totale ou partielle pour l'adhérent, constatée médicalement et reconnue par l'assureur, de se livrer à l'exercice normal de sa profession ou d'une profession lui procurant un traitement équivalent à celui qu'il recevait avant l'arrêt de travail consécutif à la maladie ou à l'accident.

#### A.2) Objet des garanties

Ces garanties ont pour objet le service d'une prestation en cas d'arrêt de travail de l'adhérent (indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou rente annuelle en cas d'invalidité permanente) consécutif à une maladie ou à un accident.

**Les prestations en cas d'arrêt de travail sont versées à l'adhérent à la condition qu'il soit reconnu par l'assureur comme étant atteint d'une incapacité temporaire ou d'une invalidité permanente telle qu'elles sont définies au paragraphe A.1) ci-avant et sous réserve des dispositions du paragraphe C.2) ci-après.**

**L'état d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente est apprécié par le médecin conseil de l'assureur indépendamment des décisions du régime de protection sociale de base dont relève éventuellement l'adhérent.**

#### A.3) Conditions d'attribution des prestations

Les modalités d'application des garanties sont établies en considération de la réglementation actuelle de la Sécurité sociale française. Si, ultérieurement, cette réglementation venait à être changée, entraînant une modification des engagements pris par l'adhérent et l'assureur, ce dernier procéderait à l'ajustement de la cotisation relative aux garanties accordées en cas d'arrêt de travail. Si l'adhérent ne donnait pas suite à la proposition de l'assureur ou s'il refusait expressément la nouvelle cotisation, l'assureur pourrait résilier l'adhésion au terme d'un délai de 30 jours. Toutefois, l'assureur se réserve la faculté, pour l'application des garanties, de tenir compte de la législation en vigueur lors de la souscription de l'adhésion au contrat.

### B) MONTANT DES PRESTATIONS

#### B.1) Incapacité temporaire

##### **Incapacité temporaire non consécutive à un accident du travail ou à une maladie d'origine professionnelle**

Lorsque l'assureur reconnaît l'adhérent en état d'incapacité temporaire totale de travail, consécutive à une maladie ou à un accident d'origine **non** professionnelle il lui verse une **indemnité journalière** dont le montant est fixé comme suit :

- à compter du 4<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail jusqu'au 90<sup>ème</sup> jour : 50 % de la 365<sup>ème</sup> partie de la tranche A du salaire de base.
- à compter du 91<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail total et continu : 90 % de la 365<sup>ème</sup> partie des tranches A et B du salaire de base.

##### **Incapacité temporaire consécutive à un accident du travail ou à une maladie d'origine professionnelle**

Lorsque l'assureur reconnaît l'adhérent en état d'incapacité temporaire totale de travail, consécutive à une maladie ou à un accident d'origine professionnelle il lui verse une **indemnité journalière** dont le montant est fixé comme suit :

- à compter du 1<sup>er</sup> jour d'arrêt de travail jusqu'au 28<sup>ème</sup> jour : 60 % de la 365<sup>ème</sup> partie des tranches A et B du salaire de base.
- à compter du 29<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail jusqu'au 90<sup>ème</sup> jour : 80 % de la 365<sup>ème</sup> partie des tranches A et B du salaire de base.
- à compter du 91<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail total et continu : 90 % de la 365<sup>ème</sup> partie des tranches A et B du salaire de base.

##### **Reprise du travail inférieure à deux mois**

Lorsque l'adhérent ayant commencé à bénéficier des indemnités journalières prévues ci-dessus reprend son activité et doit l'interrompre moins de deux mois après cette reprise, pour la même cause (rechute), lesdites prestations sont à nouveau versées sans application de la franchise, sous réserve que l'adhésion au contrat soit toujours en vigueur à la date du nouvel arrêt de travail.

##### **Disposition spécifique à la maternité ou paternité**

L'adhérent se trouvant en état d'incapacité de travail ne bénéficie pas de l'indemnité journalière pendant la durée du congé légal de maternité ou de paternité.

##### **Modalités de paiement de la prestation**

L'indemnité journalière, acquise jour par jour, tant que l'adhérent est en état d'incapacité temporaire totale de travail, est payable à l'adhérent mensuellement, à terme échu, jusqu'au jour de la reconnaissance de l'état d'invalidité permanente par le médecin conseil de l'assureur ou jusqu'à la date de stabilisation de la maladie ou de consolidation de la blessure et, au plus tard jusqu'au 1095<sup>ème</sup> jour d'arrêt total de travail.

##### **Cessation du service de l'indemnité journalière**

Le service de l'indemnité journalière cesse en tout état de cause :

- dès que l'adhérent reprend ou est reconnu médicalement apte à reprendre une activité professionnelle, même à temps partiel,

- au jour de la reconnaissance de l'état d'invalidité permanente de l'adhérent, les dispositions du paragraphe B.2) ci-après étant applicables à cette date,
- à la date de la liquidation de la pension de retraite du régime social de base de l'adhérent, y compris pour inaptitude au travail et, au plus tard à la fin du trimestre civil au cours duquel l'adhérent atteint son 62<sup>ème</sup> anniversaire.

## B.2) Invalidité permanente

### Détermination du taux d'invalidité « n »

Le taux « n » d'invalidité est déterminé par voie d'expertise médicale (expertise contradictoire du médecin traitant de l'adhérent et du médecin contrôleur de l'assureur et en cas de besoin du médecin tiers arbitre comme il est dit ci-après) et par référence au barème croisant le taux d'incapacité fonctionnelle et le taux d'incapacité professionnelle figurant ci-après. Le taux d'invalidité est déterminé indépendamment des décisions du régime social de base de l'adhérent, à la date de consolidation de l'accident ou de stabilisation de la maladie, et au plus tard après 1095 jours d'arrêt de travail.

L'incapacité fonctionnelle, physique ou mentale, est appréciée en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème indicatif des incapacités en droit commun - Barème du Concours Médical. L'incapacité professionnelle est appréciée d'après le taux et la nature de l'incapacité par rapport à la profession exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de la profession et des possibilités d'exercice restantes.

**Les taux d'invalidité fonctionnelle et professionnelle, retenus pour l'application de la présente garantie, ne peuvent être aggravés par des maladies ou affections médicales antérieures à la date de signature de la demande d'adhésion au contrat ayant fait l'objet d'une exclusion particulière notifiée à l'adhérent par lettre recommandée de l'assureur.**

Le tableau suivant indique les taux résultant des divers degrés d'incapacité tant fonctionnelle que professionnelle. **Le taux « n » ouvrant droit à la rente en cas d'invalidité permanente doit être au moins égal à 40 %.**

TIP	TAUX D'INCAPACITE FONCTIONNELLE							
	30	40	50	60	70	80	90	100
10	-	-	-	-	-	40,00	43,27	46,42
20	-	-	-	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30	-	-	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	-	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	-	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	-	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	-	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100

TIP = TAUX D'INCAPACITE PROFESSIONNELLE

En cas de désaccord entre le médecin de l'adhérent et celui de l'assureur portant sur le taux d'invalidité permanente, l'adhérent et l'assureur pourront choisir ensemble un troisième médecin pour les départager et faute d'entente sur le choix, la désignation sera faite par le Tribunal de Grande Instance de Paris. Les honoraires d'arbitrage sont partagés par moitié entre l'adhérent et l'assureur.

**En tout état de cause, le service de la prestation garantie peut cesser en fonction de l'évolution de l'état de santé.**

### Montant de la rente d'invalidité permanente

Si le taux d'invalidité « n » déterminé par l'assureur est supérieur ou égal à 66 %, l'invalidité est réputée totale. Il est alors versé une rente dont le montant mensuel est fixé à :

- **90 % des tranches A et B du salaire de base.**

Si le taux d'invalidité « n » déterminé par l'assureur est compris entre 40 et 66 %, l'invalidité est réputée partielle. Il est alors versé une rente réduite dont le montant est déterminé à partir de celui de la rente versée par l'assureur en cas d'invalidité totale, auquel est affecté un coefficient égal à n/66.

**Aucune prestation n'est due si le taux d'invalidité « n » déterminé par l'assureur n'atteint pas 40 %.**

### Modalités de paiement de la prestation

La rente est versée dès la date de reconnaissance en invalidité par l'assureur.

Le montant de la rente est révisable en cas de modification de l'état d'invalidité.

La rente est payable à l'adhérent, par trimestre échu, pendant toute la durée de l'invalidité.

### Cessation du service de la rente

Le service de la rente cesse en tout état de cause :

- dès que l'adhérent reprend ou est reconnu médicalement apte à reprendre une activité professionnelle,
- à la date de la liquidation de la pension de retraite du régime social de base de l'adhérent, y compris pour inaptitude au travail et, au plus tard à la fin du trimestre civil au cours duquel l'adhérent atteint son 62<sup>ème</sup> anniversaire.

## C) DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES PRÉVUES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

### C.1) Cumul des prestations

Le cumul des prestations versées tant par le régime de protection sociale de base dont relève éventuellement l'adhérent (à l'exclusion de la majoration pour tierce personne), que par l'assureur, ne peut excéder le montant du salaire de base de l'adhérent déterminé à la date d'arrêt de travail et revalorisé à compter du 36<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail.

Cette revalorisation est calculée en fonction de l'évolution de la valeur de l'unité de référence entre la date d'arrêt du travail et celle de l'échéance de la prestation.

### C.2) Cas d'exclusion des garanties

Les garanties ne s'appliquent pas dans les cas suivants :

- accident ou maladie causé(e) intentionnellement par l'adhérent ou résultant, soit d'une tentative de suicide, soit de mutilation volontaire, soit de l'usage de stupéfiants ou psychotropes hors prescription médicale,
- accident ou maladie occasionné(e) par une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute, une rixe, quel que soit le lieu où se déroulent les événements et quels que soient les protagonistes, sauf si l'adhérent n'y prend pas une part active ou s'il est appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance visant au maintien de la sécurité des personnes et des biens,
- accident ou maladie occasionné(e) par une guerre mettant en cause l'État français,
- accident résultant de l'état d'imprégnation alcoolique de l'adhérent définie par l'existence d'un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui fixé par le code de la route français pour caractériser la contravention de conduite sous l'emprise d'un état alcoolique,
- accident de navigation aérienne sauf si l'adhérent se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmés, le pilote pouvant être l'adhérent lui-même,
- accident résultant :
  - de matchs, courses, paris, compétitions sportives (sauf si l'adhérent y participe en tant qu'amateur),
  - de courses de véhicules à moteur,
  - de la désintégration du noyau atomique,
  - de la pratique des sports énumérés ci-dessous :
    - les sports extrêmes : saut à l'élastique, spéléologie, canoë ou kayak extrême (sur torrents de classe supérieure à V, rivière de classe supérieure à II, sur mers et océans à plus de deux milles des côtes), voile (transocéanique, navigation en solitaire à plus de 20 milles d'un abri), base jump,
    - les sports de montagne : alpinisme, escalade (hors support artificiel avec sécurité), varappe, randonnée solitaire au-delà de 3000 mètres, saut à ski, bobsleigh, skeleton, luge et ski (alpin, de fond, snowboard) hors des pistes balisées ouvertes au public, rafting, canyoning,
    - les sports aériens : voltige, vol à voile, parachutisme, ULM, deltaplane, parapente, skysurfing, montgolfière,
    - les sports nautiques : plongée avec bouteille dans le cadre d'une compétition sportive ou à titre de loisir par une personne non titulaire du brevet PADI ou équivalent et non accompagnée d'un professionnel, jet ski, surf en compétition, hydro speed, kitesurf,

- les sports de défense et de combat en compétition,
- les sports automobiles : pilotage d'auto, de moto ou de karting.

Cependant, les initiations à ces sports de type « baptême » lorsqu'elles sont encadrées par un professionnel ayant les diplômes et compétences requis par l'État, sont couvertes à l'exception des sports « extrêmes ».

En outre, sauf application des articles L.113-8 et L.113-9 du code des assurances sous réserve des exclusions énumérées ci-dessus, les garanties s'exercent sur les conséquences des infirmités ou affections médicales survenues avant la date de signature de la demande d'adhésion au contrat si elles ont été déclarées sur ladite demande et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion particulière notifiée à l'adhérent par lettre recommandée.

De plus, les prestations en cas d'arrêt de travail ne sont pas versées pendant la durée du congé légal de maternité ou de paternité.

### C.3) Formalités à accomplir en cas de sinistre

La déclaration de l'arrêt de travail incombe à l'adhérent qui est tenu de l'adresser à l'assureur dans les trois mois suivant la date d'arrêt du travail.

Cette déclaration doit être accompagnée :

- d'un certificat médical à transmettre sous pli confidentiel au médecin conseil de l'assureur mentionnant la date d'arrêt du travail ainsi que la nature de la maladie ou de l'accident, la date de la première constatation médicale et la durée prévisible de l'arrêt de travail,
- de tout justificatif du montant du salaire de base (bulletins de salaire, déclaration sociale et/ou fiscale),
- de tout document prouvant l'identité,
- et le cas échéant :
  - . de l'attestation médicale confidentielle du modèle fourni par l'assureur dûment complétée par le médecin traitant,
  - . si l'adhérent bénéficie d'un régime de protection sociale de base : du justificatif de paiement des prestations en espèces servies par ce régime.

L'assureur se réserve le droit de réclamer toute pièce justificative complémentaire qu'il juge nécessaire au règlement des prestations.

Aucune prestation ne sera versée tant que les justificatifs demandés n'auront pas été transmis à l'assureur.

Toute reprise d'activité de l'adhérent, doit être déclarée à l'assureur dans les plus brefs délais.

### C.4) Reconnaissance et contrôle par l'assureur de l'état d'incapacité ou d'invalidité

L'assureur se réserve expressément la faculté d'apprécier, reconnaître et contrôler l'état d'incapacité ou d'invalidité de l'adhérent. À cet effet, les médecins, agents ou délégués de l'assureur doivent pouvoir se rendre auprès de l'adhérent, lequel s'engage à les recevoir et à les informer loyalement de son état. Ils peuvent également convoquer l'adhérent.

**Si l'adhérent s'oppose aux visites et/ou aux examens médicaux, l'assureur est autorisé à interrompre de plein droit le paiement des prestations.**

En cas de désaccord entre le médecin de l'adhérent et celui de l'assureur portant, soit sur l'état d'incapacité temporaire totale de travail, soit sur l'état d'invalidité permanente totale ou partielle, l'adhérent et l'assureur pourront choisir ensemble un troisième médecin pour les départager et faute d'entente sur le choix, la désignation sera faite par le Tribunal de Grande Instance de Paris. Les honoraires d'arbitrage sont partagés par moitié entre l'adhérent et l'assureur.

#### **C.5) Revalorisation des prestations**

Les indemnités journalières et les rentes annuelles versées par l'assureur sont revalorisées, dès le 366<sup>ème</sup> jour qui suit la date d'arrêt de travail et tous les ans à la même date.

Elles sont revalorisées dans le même rapport que celui existant entre la valeur de l'unité de référence définie à l'article 3 en vigueur à la date d'échéance des prestations et celle en vigueur à la date d'arrêt de travail.

La revalorisation est payable en même temps que la prestation de base à chaque échéance.

La revalorisation est calculée de manière à ce que la prestation totale soit au moins égale à son montant initial augmenté dans le même rapport que celui existant entre la valeur de l'unité de référence en vigueur à la date d'échéance des prestations et celle en vigueur à la date d'arrêt de travail.

#### **C.6) Dispositions applicables en cas de résiliation du contrat ou de l'adhésion à celui-ci**

Le service des prestations Arrêt de travail (indemnités journalières et rentes d'invalidité versées) est poursuivi dans les conditions du contrat, pour le montant atteint à la date de la résiliation du contrat, **à l'exclusion de toute revalorisation ultérieure.**



## **Titre 3 - Exécution du contrat**

### **Article 11 – Référence légale**

Le contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative est régi par le code des assurances et notamment ses articles L141-1 et suivants. Le contrat relève des branches 2 (Maladie) et 20 (Vie-Décès) de l'article R321-1 du code des assurances.

Les déclarations de l'adhérent servent de base à l'application des garanties.

**Prescription** : En application de l'article L114-1 du code des assurances, toute action dérivant du contrat est prescrite par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Ce délai est porté à dix ans pour les garanties Décès.

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.

En application de l'article L114-2 du code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci. Elles sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil. Il s'agit notamment :

- de la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du Code civil) ;
- d'une demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice 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 (articles 2241 et 2242 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 (article 2243 du Code civil) ;**

- d'un acte d'exécution forcée ou une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du Code civil).

La prescription est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite d'une demande de prestation ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'adhérent ou le bénéficiaire à l'assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

**Renonciation** : L'adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion au contrat par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de l'envoi de son certificat d'adhésion au contrat. Cette renonciation doit reproduire le texte suivant : "*Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ déclare renoncer expressément à mon adhésion au contrat n° 509/863558 et demande le remboursement de la cotisation versée dans les conditions définies par l'article L132-5-1 du code des assurances.*" La renonciation entraîne la restitution de toutes les sommes versées par l'adhérent dans un délai maximal 30 jours calendaires révolus à compter de la date de réception de la lettre recommandée par l'assureur.

## Article 12 – Date d'effet - durée et renouvellement du contrat

Le contrat conclu entre l'association et l'assureur a pris effet le 1<sup>er</sup> juillet 2014. **Il se renouvelle par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation, par l'une des parties, notifiée par lettre recommandée adressée deux mois au moins avant chaque date de renouvellement.**

Dans ce cas, l'adhérent sera préalablement informé, dans les conditions de l'article 16, des changements modifiant ses droits et obligations au titre du contrat.

Le contrat peut être modifié, en cours d'exercice, à effet du 1<sup>er</sup> jour d'un mois civil, d'un commun accord entre l'assureur et l'association contractante.

Les modifications convenues entre l'association contractante et l'assureur donneront lieu à l'émission par l'assureur d'un avenant au contrat.

## Article 13 – Adhésion des membres de l'association contractante

### 1) ADHÉSION

L'adhésion au contrat est réservée aux membres de l'association contractante tels que définis à l'article 3, demandant à adhérer au contrat, sous réserve :

- qu'ils soient âgés de 18 ans et plus et de moins de 62 ans,
- qu'ils exercent leur activité professionnelle dans un pays étranger en qualité d'expatriés.

### 2) CONDITIONS D'ADHÉSION

Pour adhérer au contrat, le membre de l'association contractante défini ci-dessus doit remplir et signer le bulletin d'adhésion fourni par l'assureur et un **questionnaire de santé**. Après examen de ce questionnaire, une visite médicale passée auprès d'un médecin agréé par l'assureur et/ou des renseignements ou examens médicaux complémentaires peuvent être exigés.

**Si les renseignements médicaux fournis ne permettent pas d'accepter le proposant aux conditions normales du contrat, l'assureur se réserve le droit de le refuser ou d'accorder ses garanties à l'exclusion de certains risques ou moyennant surprime.**

**Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'adhésion conformément aux dispositions de l'article L113-8 du code des assurances.**

**Toute condition d'acceptation particulière de garanties sera notifiée par lettre recommandée à l'intéressé(e).**

La personne dont l'adhésion au contrat est acceptée est ci-après dénommée "adhérent".

L'adhésion est constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion au contrat indiquant notamment :

- la date d'effet de l'adhésion,
- les garanties de l'adhésion,
- le taux de cotisation correspondant.

## Article 14 – Prise d'effet de l'adhésion et des garanties

### 1) PRISE D'EFFET, DURÉE ET RENOUELEMENT DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion et au plus tôt à la date de notification de la décision d'acceptation par l'assureur.

Sous réserve des dispositions prévues à l'article 19, l'adhésion :

- est souscrite pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet,

- **se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation, par l'une des parties, notifiée par lettre recommandée adressée deux mois au moins avant chaque date de renouvellement.**

Elle prend fin en cas de résiliation exprimée conformément aux dispositions prévues ci-avant ainsi qu'à celle de l'article 19.

### 2) PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet pour chaque adhérent, sous réserve de l'acceptation du risque par l'assureur, à la date d'adhésion au contrat telle que prévue ci-dessus.

## Article 15 – Cessation de l'adhésion et des garanties

### 1) CESSATION DE L'ADHÉSION

L'adhésion au contrat cesse pour chaque adhérent :

- au 31 décembre à 24 heures de l'année au cours de laquelle il aura demandé la cessation de son adhésion au contrat, **sous réserve que la résiliation ait été notifiée à l'assureur par lettre recommandée deux mois au moins avant cette date,**
- à la date à laquelle il cesse d'être membre de l'association contractante,
- à la date à laquelle il cesse d'exercer son activité professionnelle dans un pays étranger en qualité d'expatrié,
- dans les conditions prévues à l'article 19 si les cotisations le concernant ne sont pas réglées,

- à la date de liquidation de la pension vieillesse de son régime social de base, y compris pour inaptitude au travail,
- à la date de résiliation de l'adhésion par l'assureur, celle-ci ne pouvant intervenir que dans les deux premières années d'adhésion,
- à la date de résiliation du contrat. Toutefois, la personne qui aura adhéré au contrat depuis deux ans ou plus à la date de la résiliation du contrat pourra demander à bénéficier d'un maintien des garanties jusqu'à la date de liquidation de la pension vieillesse de son régime social de base, moyennant le paiement de la cotisation indiquée par l'assureur.

## 2) CESSATION DES GARANTIES

Les garanties du contrat prennent fin pour chaque adhérent à la date de la cessation de son adhésion, dans les conditions du paragraphe 1) ci-dessus et au plus tard :

- pour les garanties en cas de décès : à son 67<sup>ème</sup> anniversaire,
- pour la garantie en cas d'invalidité absolue et définitive : à son 62<sup>ème</sup> anniversaire,
- pour les garanties en cas d'arrêt de travail : à son 62<sup>ème</sup> anniversaire.

### Article 16 – Information des adhérents

La présente notice d'information valant conditions générales est établie par l'assureur et est remise à l'adhérent avec le certificat d'adhésion prévu à l'article 13.

Il incombe à l'association contractante d'informer par écrit les adhérents des modifications éventuelles qui seraient apportées à leurs droits et obligations, conformément à

### Article 17 – Réclamation – Médiation – Informatique et libertés

#### 1) RÉCLAMATION - MÉDIATION

Pour toute demande d'information ou toute réclamation (désaccord, mécontentement) relative au contrat, il est recommandé de consulter d'abord COFAPE International ou de s'adresser au service de l'assureur en charge des relations avec sa clientèle à l'adresse suivante :

- par courrier postal : Service des relations avec les consommateurs Groupama Gan Vie - Immeuble Michelet 4-8 Cours Michelet - 92082 LA DEFENSE CEDEX - Tél. 01 70 96 62 68

- par courriel : [src-collectives@ggvie.fr](mailto:src-collectives@ggvie.fr)

Si cette demande n'est pas satisfaite, la réclamation peut être adressée au service « Réclamations » de l'assureur à l'adresse suivante :

- par courrier postal : Groupama Gan Vie – Service Réclamations - 160 avenue Charles de Gaulle - TSA 41269 - 91246 Morangis Cedex

- par courriel : [service.reclamations@ggvie.fr](mailto:service.reclamations@ggvie.fr)

Dans ces deux cas, l'assureur s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai maximum de 10 jours ouvrables. Celle-ci sera traitée dans les 2 mois au plus. Si tel n'est pas le cas, le demandeur en sera informé.

En dernier lieu et sans préjudice de son droit de saisir éventuellement la justice, l'adhérent pourra recourir au médiateur de l'assureur en lui écrivant à l'adresse suivante : Médiateur de Groupama Gan Vie - 5-7 rue du Centre - 93199 Noisy-le-Grand Cedex.

Le détail des modalités de traitement des réclamations est accessible à l'adhérent auprès du conseiller habituel et dans la rubrique « Mentions légales » sur le site internet [www@gan-eurocourtage.fr](http://www@gan-eurocourtage.fr).

#### 2) INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

##### Protection des données personnelles

Les données personnelles concernant les adhérents sont traitées dans le respect de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée. Leur traitement est nécessaire à la gestion de leur adhésion et de leurs garanties.

En outre :

- le service des prestations en cas d'arrêt de travail cesse en tout état de cause à la date de reprise ou d'aptitude médicalement constatée à la reprise d'une activité professionnelle de l'adhérent, quelle que soit la nature de cette activité,
- en cas de résiliation du contrat, le service des prestations arrêt de travail et des rentes d'ayants droit est poursuivi dans les conditions du contrat, pour le montant atteint à la date de la résiliation du contrat.

l'article L141-4 du code des assurances, trois mois au minimum avant la date prévue pour leur entrée en vigueur.

D'un commun accord entre l'assureur et l'association contractante, il est convenu que cette dernière donne mandat à l'assureur pour établir et adresser cette information.

À l'exception des données de santé, elles sont destinées à COFAPE International, aux services de l'assureur et à ses délégataires, mandataires, prestataires ou sous traitants, aux réassureurs et organismes professionnels et administratifs dans le cadre d'obligations légales.

Elles peuvent par ailleurs être utilisées à des fins d'évaluation et acceptation des risques, de contrôle interne (surveillance de portefeuille) et dans le cadre des dispositions légales, notamment concernant la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, les données personnelles de l'adhérent peuvent être transmises à des organismes professionnels de lutte contre la fraude ainsi qu'à des enquêteurs certifiés.

L'adhérent dispose, en justifiant de son identité, d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition sans frais en s'adressant par courrier postal à COFAPE International ou à l'assureur :

Groupama Gan Vie - Direction des Affaires Générales -  
Correspondant Informatique et Libertés 4-8 Cours Michelet  
- 92082 La Défense Cedex

##### Recueil et traitement des données de santé

L'adhérent accepte expressément le recueil et le traitement des données concernant sa santé.

Nécessaires à la gestion des garanties, ces données sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale.

Elles sont exclusivement destinées au médecin conseil de l'assureur et à son service médical ou aux personnes internes ou externes habilitées (notamment experts médicaux).

L'adhérent dispose d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations le concernant en s'adressant par courrier postal accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité au médecin conseil de l'assureur.

### Enregistrement des appels téléphoniques

L'adhérent peut être amené à téléphoner à l'assureur pour lui demander tous types de renseignements.

L'assureur informe l'adhérent que ses appels téléphoniques peuvent être enregistrés afin de s'assurer de la bonne exécution des prestations à son égard et plus généralement faire progresser la qualité de service. Ces enregistrements sont destinés aux seuls services de l'assureur en charge de l'appel considéré.

Si un adhérent a été enregistré et souhaite écouter l'enregistrement d'un entretien, il peut en faire la demande par courrier adressé au Service des relations avec les consommateurs de l'assureur dont l'adresse est indiquée ci-dessus.

### **Article 18 - Arbitrage – Juridiction**

Le contrat étant souscrit de bonne foi, les parties s'engagent en cas de désaccord à ne recourir en justice qu'après avoir tenté une conciliation.

Il lui sera délivré, sans frais, copie de l'enregistrement téléphonique ou retranscription du contenu de la conversation. Le délai prévu pour exercer cette demande sera d'un mois maximum à compter de l'enregistrement.

### Transfert d'informations hors de l'Union Européenne

Dans le cadre de l'exécution du contrat et de la mise en œuvre des garanties, et conformément aux finalités convenues, des données à caractère personnel concernant les adhérents peuvent faire l'objet d'un transfert vers des pays de l'Union Européenne ou situés hors Union Européenne, ce dont les adhérents sont informés par les présentes dispositions et qu'ils autorisent de manière expresse.

**Les adhérents déclarent se soumettre à la juridiction des tribunaux de Paris et renoncent à toute procédure dans tout autre pays.**



## **Titre 4 - Cotisation**

### **Article 19 - Cotisation**

#### **1) BASE DE CALCUL DE LA COTISATION**

La cotisation est calculée en fonction de la rémunération annuelle brute de chaque adhérent telle qu'elle est déclarée et justifiée à l'assureur.

Cette rémunération est limitée au montant des tranches de salaire définies à l'article 3 (tranches A et B).

La rémunération est désignée dans le contrat sous le terme « **rémunération de base** ».

#### **2) FIXATION ET PAIEMENT**

Les garanties de l'adhésion sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle fixée pour chaque adhérent en pourcentage des tranches A et B de sa rémunération de base.

Les taux de cotisation applicables dans le cadre de l'adhésion souscrite sont indiqués sur le certificat d'adhésion.

La cotisation, calculée en fonction de la rémunération de base acquise par les adhérents au cours d'un trimestre civil, est payable en France et en euros, trimestriellement et d'avance.

En cas d'adhésion ou de sortie en cours de trimestre, la cotisation est calculée prorata temporis.

Toute taxe ou imposition qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite, serait mise à la charge de l'adhérent et payable en même temps que la cotisation.

#### **3) DÉFAUT DE PAIEMENT**

##### **DE LA COTISATION PAR L'ADHÉRENT**

En application des dispositions de l'article L113-3 du code des assurances, toute cotisation exigible reste due et peut être recouvrée par tout moyen de droit. En application des dispositions de l'article L141-3 du code des assurances, l'association contractante doit, au plus tôt dix jours après la date d'échéance d'une cotisation impayée, adresser à l'adhérent une lettre recommandée de mise en demeure.

**D'un commun accord entre l'assureur et l'association contractante, il est convenu que cette dernière donne mandat à l'assureur pour établir et adresser cette lettre recommandée.** La lettre stipulera qu'à l'issue d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi de cette lettre, l'adhérent est exclu du contrat d'assurance en raison du non-paiement des cotisations.



**Groupama Gan Vie**

Société Anonyme au capital de 1 371 100 605 € – RCS Paris 340 427 616 – APE 6511 Z

Siège social : 8-10, rue d'Astorg – 75383 Paris Cedex 08 – Tél. : 01.44.56.77.77

Entreprise régie par le code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 61 rue Taitbout – 75009 Paris  
Les produits d'assurance de Groupama Gan Vie sont notamment distribués par Gan Assurances et sous la marque Gan Eurocourtage via les courtiers et Gan Prévoyance



# Association Européenne d'Epargne de Retraite et de Prévoyance

Association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901

## Statuts



### Article 1. Constitution – Dénomination

Il est fondé entre les adhérents aux présents statuts une Association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 et le décret du 16 août 1901 ayant pour titre :

« ASSOCIATION EUROPEENNE D'EPARGNE  
DE RETRAITE ET DE PREVOYANCE »  
« AEERP »

### Article 2. Objet de l'Association

Son objet est de développer un esprit de solidarité et de prévoyance entre ses membres, personnes physiques ou personnes morales. A cette fin, l'Association réalisera toutes études et mènera toutes réflexions utiles afin d'informer ses adhérents sur les régimes de retraite, de prévoyance, de santé ou de perte d'emploi.

Elle aura notamment pour objet de promouvoir le développement de la prévoyance complémentaire, de la retraite complémentaire, et de la santé auprès des membres salariés, ou non salariés des professions non agricoles, ainsi que des anciens salariés ou non salariés retraités ou licenciés, en regroupant ces personnes pour leur permettre de bénéficier de contrats d'assurance de groupe définis par les articles L141-1 à L141-6 du code des assurances et par l'article L222-3 du code de la mutualité.

Elle conclura les conventions avec des organismes habilités pour faire bénéficier ses membres de garanties collectives ou individuelles de retraite et/ou de prévoyance et/ou de santé et/ou de perte d'emploi, ainsi que des garanties d'assistances, des services complémentaires et tous autres services entrant dans l'objet de l'Association.

### Article 3. Siège

Le siège est fixé au 4 Square de l'Opéra Louis Jouvet - 75009 Paris.

Il pourra être transféré sur simple décision du Conseil d'administration.

### Article 4. Durée de l'Association

La durée de l'Association est illimitée.

### Article 5. Composition de l'Association

L'Association comprend un membre fondateur, des membres actifs et des membres honoraires.

- Est membre fondateur Gan Eurocourtage Vie (ex Colassur Vie).
- Sont membres actifs les personnes qui adhèrent aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association. L'admission à l'Association, et par voie de conséquence aux bénéfices des contrats groupe, ne devient effective qu'après paiement conjoint du droit d'entrée et cotisations annuelles éventuelles dus au titre de contrat d'assurance de groupe auquel adhère le membre.
- Sont membres honoraires les personnes désignées par le Conseil d'administration pour avoir rendu service à l'Association.

Le patrimoine de l'Association répond seul des engagements contractés par elle, sans qu'aucun des membres de cette Association, même ceux qui participent à son administration, puisse être tenu personnellement.

### Article 6. Démission – Radiation

La qualité de membre se perd par :

- a) la démission,
- b) le décès d'un membre actif,
- c) la radiation prononcée par le Conseil d'administration pour non paiement de la cotisation ou pour motif grave, l'intéressé ayant été invité par lettre recommandée à se présenter devant le bureau pour fournir des explications,
- d) la perte pour les membres actifs du bénéfice des conventions définies à l'article 2.

La perte de la qualité de membre entraîne la cessation immédiate des fonctions exercées au sein de l'Association.

### Article 7. Ressources de l'Association

Les ressources de l'Association se composent :

- du droit d'entrée éventuel fixé par le Conseil d'administration,
- des cotisations annuelles perçues auprès des membres adhérents dans les conditions précisées par le règlement intérieur et dont le montant est fixé par le Conseil d'administration,
- de toutes subventions versées pour permettre à l'Association d'exercer son activité conformément aux présents statuts,
- des produits des fonds placés,
- ainsi que de toutes autres ressources non interdites par la loi et les règlements en vigueur.

### Article 8. Administration de l'Association

L'Association est administrée par un Conseil d'administration de cinq (5) membres au moins et de neuf (9) membres au plus.

Le Conseil d'administration est toujours composé pour plus de la moitié de membres indépendants quel que soit le nombre d'administrateurs. Ceux-ci sont définis comme ne détenant ou n'ayant déposé au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans l'organisme d'assurance signataire du contrat d'assurance de groupe, et ne recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de cet organisme.

Les membres du Conseil d'administration sont élus par l'Assemblée Générale pour une durée de 3 ans. Tout membre sortant est rééligible.

Peuvent être candidats les membres de l'Association ou les personnalités externes à l'Association reconnues pour leur compétence.

En cas de vacance pour décès, démission ou autre cause d'un ou plusieurs administrateurs, ceux-ci peuvent être provisoirement remplacés par le Conseil jusqu'à la prochaine Assemblée Générale qui procède à l'élection définitive. Les administrateurs ainsi élus ne demeurent en fonction que pendant le temps qui restait à courir du mandat de leur prédécesseur.

### Article 9. Bureau du Conseil d'administration

Le Conseil d'administration élit, parmi ses membres et pour la durée de leur mandat d'administrateur, un Bureau composé :

- d'un Président, et s'il y a lieu d'un Vice-président,
- d'un Secrétaire,
- d'un Trésorier,
- et, le cas échéant, d'un Conseiller Technique.

Le Bureau se réunit chaque fois que nécessaire sur convocation du Président. Il exécute les décisions du Conseil d'administration et assure l'expédition des affaires courantes.

### Article 10. Réunions du Conseil d'administration

Le Conseil d'administration se réunit sur convocation de son Président ou sur la demande du quart de ses membres et au minimum une fois tous les ans. Les décisions sont prises à la majorité des voix des membres présents ou représentés. En cas de partage des voix, la voix du Président est prépondérante. Tout membre qui, sans excuse, n'aura pas assisté à trois séances consécutives, sera considéré comme démissionnaire.

Un administrateur peut se faire représenter à une séance du conseil uniquement par un autre administrateur. Chaque administrateur ne peut disposer au cours d'une même séance que d'un pouvoir en sus de sa voix.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le Conseil d'administration lors de la prochaine séance. Il est tenu registre des délibérations du Conseil d'administration dont les procès verbaux sont signés du Président et du Secrétaire. Les copies ou extraits de ces procès verbaux sont signés par le Président ou par un administrateur mandaté à cet effet.

Les membres du Conseil d'administration et les membres du bureau ne peuvent recevoir aucune rétribution à raison des fonctions qui leur sont confiées. Ils peuvent recevoir cependant une indemnité de temps passé dont le montant sera soumis à l'approbation de l'Assemblée générale ainsi que le remboursement des frais exposés pour l'exercice de leur mandat.

### Article 11. Pouvoirs du Conseil d'administration et de son Président

Le Conseil d'administration se investit des pouvoirs les plus étendus pour faire ou autoriser tous actes et opérations permis à l'Association et qui ne sont pas réservés à l'Assemblée Générale. Il fixe notamment les taux et les montants du droit d'entrée et des cotisations prévus à l'article 7.

Il établit un rapport annuel sur le fonctionnement du ou des contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association. Ce rapport est présenté à l'Assemblée Générale annuelle et tenu à la disposition des adhérents.

Le Conseil d'administration élit son Président parmi ses membres. Le Président représente l'Association dans tous les actes de la vie civile. Il ordonnance les dépenses. Il peut, pour un acte précis, déléguer ses pouvoirs à un ou plusieurs mandataires de son choix. Il a qualité pour ester en justice au nom de l'Association. Toutefois, en cas de représentation en justice, le Président ne peut être remplacé que par un mandataire agissant en vertu d'une procuration spéciale. Il est chargé d'exécuter les décisions du conseil.

### Article 12. Assemblée Générale Ordinaire

#### 12.1 COMPOSITION

Les membres adhérents actifs sont membres de droit de l'Association et disposent d'un droit de vote à l'Assemblée générale.

Chaque adhérent dispose d'une voix. Les adhérents peuvent exercer ce droit de vote à l'Assemblée Générale en donnant mandat à leur conjoint, ou à un autre membre de cette même Assemblée.

Les mandataires peuvent remettre les pouvoirs qui leur ont été donnés à d'autres mandataires ou adhérents. Le nombre de pouvoirs dont un même adhérent peut disposer ne peut excéder 5% des droits de vote.

#### 12.2 RÉUNIONS - QUORUM

L'Assemblée Générale Ordinaire se réunit au moins une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'administration.

Le Conseil d'administration décide du lieu où se tiendra l'Assemblée Générale.

Les convocations sont individuelles, adressées au moins 30 jours avant la date de l'Assemblée par voie postale ou électronique. La convocation mentionne l'ordre du jour et contient les projets de résolution.

Le Conseil d'administration peut décider que les adhérents peuvent voter par correspondance ou par tout autre moyen permettant d'assurer l'authenticité du vote et le contrôle de l'identité des votants.

Un quorum de 1 000 adhérents ou 1/30<sup>ème</sup> des adhérents présents ou représentés ou ayant fait usage du vote par correspondance si celui-ci est prévu pour la consultation est requis sur première convocation. Si ce quorum n'est pas atteint, une deuxième Assemblée est convoquée et délibère valablement sans aucune condition de quorum.

Tout membre de l'Association peut proposer une résolution à l'Assemblée générale par lettre recommandée avec avis de réception adressée au président du Conseil d'administration.

Le Conseil d'administration doit présenter au vote de l'Assemblée Générale les projets de résolution qui lui sont communiqués par le dixième des adhérents au moins ou par cent adhérents si le dixième est supérieur à cent. Ces projets de résolution doivent être communiqués 60 jours avant la date fixée pour la tenue de l'Assemblée.

Le conseil d'administration peut décider que les adhérents puissent voter à distance, par correspondance ou par tout autre moyen permettant d'assurer l'authenticité du vote et le contrôle de l'identité des votants.

Les décisions sont adoptées à la majorité des voix présentes ou représentées. Le procès-verbal de chaque Assemblée, faisant état du nombre des membres présents ou représentés, est inscrit sur un registre et signé par le Président et un membre du bureau.

### 12.3 POUVOIRS

L'Assemblée Générale Ordinaire examine les questions inscrites par le Conseil d'administration à l'ordre du jour, entend le rapport du Conseil d'administration sur la situation morale de l'Association et examine les résultats du compte de gestion administrative.

Elle prend connaissance des observations faites par les membres et des réponses données.

Elle reçoit les informations détaillées sur l'évolution technique et financière des différentes conventions souscrites.

Elle statue sur les comptes de l'exercice clos au 31 décembre précédent et sur le rapport moral.

Elle procède le cas échéant à l'élection des membres du Conseil d'administration.

Elle autorise la signature d'avenants aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association. Elle peut toutefois déléguer au Conseil d'administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants dans des matières que la résolution définit. Le Conseil d'administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'Assemblée Générale, et en cas de signature d'un ou plusieurs avenants il en fait rapport à la plus proche Assemblée.

### 12.4 DÉLIBÉRATIONS DES ASSEMBLÉES

Les délibérations des Assemblées sont constatées par des procès verbaux, signés par le Président du Conseil d'administration ou par un administrateur mandaté à cet effet, et inscrits sur un registre spécial.

Ils peuvent être consultés sur rendez-vous au siège de l'Association et obtenus sur simple demande écrite auprès de l'Association.

### Article 13. Assemblée Générale Extraordinaire

L'Assemblée générale peut être convoquée extraordinairement soit par le Conseil d'administration, soit par 10% des adhérents.

Seule l'Assemblée générale extraordinaire peut modifier les statuts sur proposition du Conseil d'administration.

Elle peut également décider de la dissolution de l'Association.

L'Assemblée générale ne peut valablement délibérer que si au moins mille adhérents ou un trentième des adhérents sont présents ou représentés ou ont fait usage de la faculté de vote par correspondance si celle-ci est prévue pour la consultation. Si ce quorum n'est pas atteint lors de la première convocation, une seconde Assemblée est convoquée et délibère alors valablement, quel que soit le nombre de membres présents ou représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance si celle-ci est prévue pour la consultation.

Les délibérations doivent être prises à la majorité des deux tiers des voix des membres présents ou représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance si celle-ci est prévue pour la consultation.

### Article 14. Règlement intérieur

Le bureau du Conseil d'administration pourra s'il juge nécessaire, arrêter le texte d'un règlement intérieur ayant pour objet de préciser et compléter les règles de fonctionnement de l'Association.

Ce règlement devra être approuvé par le Conseil d'administration, sans avoir à être soumis à l'approbation de l'Assemblée générale ordinaire. Il pourra être modifié par délibération du Conseil d'administration.

### Article 15. Dissolution

La dissolution de l'Association ne peut être prononcée que par l'Assemblée générale convoquée spécialement à cet effet.

En cas de dissolution, l'Assemblée générale, délibérant dans les conditions définies à l'article 13, désigne un ou plusieurs liquidateurs chargés des opérations de liquidation. Le conseil se prononce sur la dévolution de l'actif net, après reprise des apports, conformément à l'article 9 de la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 et de son décret d'application du 16 août 1901.

### Article 16. Formalités

Le Conseil d'administration par l'intermédiaire de son Président remplira les formalités de déclaration et de publication prescrites par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901 et par le décret du 16 août 1901. A cet effet, tous pouvoirs sont conférés au Président ou au mandataire désigné par lui.

Le Président, ou son mandataire, fera connaître dans les trois mois à la préfecture du département du siège social tous les changements intervenus dans l'administration de l'Association, ainsi que toutes les modifications apportées aux statuts de celle-ci.

Il veillera à la tenue du registre spécial sur lequel sont consignées les modifications statutaires et les changements de dirigeants.