

CONDITIONS GENERALES

DU CONTRAT HA164001P PACK EXPAT CFE SALARIE – NON SALARIE

PREVOYANCE

PREAMBULE

Les présentes Conditions Générales référencées « CG/HA/PACK EXPAT CFE S-NS/PREV/11.16 » jointes aux Conditions Particulières constituent le contrat individuel prévoyance PACK EXPAT CFE SALARIE – NON SALARIE HA164001P.

Il est conclu entre :

HUMANIS ASSURANCES,

Société Anonyme régie par le Code des assurances au capital social de 23.565.660 € entièrement libéré, Inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 447 883 661, Dont le Siège social se situe 29 boulevard Edgar Quinet, 75014 PARIS, FRANCE.
Représentée par **Sylvaine EMERY**, dûment habilitée à cet effet,

dénommée ci-après "**L'Assureur**",

d'une part,

et

"**Le Souscripteur**" désigné aux Conditions Particulières et chargé de l'exécution du contrat,

d'autre part,

Conjointement dénommés "**les Parties**".

La gestion du contrat est effectuée par Humanis Assurances, Société Anonyme régie par le Code des assurances au capital social de 23.565.660 € entièrement libéré, inscrite au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 447 883 661, dont le siège social est en France, à Paris (75014), 29 boulevard Edgar Quinet, via son service spécialisé dans la protection sociale des personnes en mobilité internationale, dénommé WELCARE.

SOMMAIRE

TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES	4
Article 1 – OBJET DU CONTRAT	4
Article 2 - DEFINITIONS	4
Article 3 – ADHESION AU CONTRAT	5
Article 4 - COTISATIONS.....	8
Article 5 - PRESCRIPTION	10
Article 6 - SUBROGATION	11
Article 7 - RECLAMATION - MEDIATION.....	11
Article 8 - AUTORITE DE TUTELLE.....	11
Article 9 - LOI APPLICABLE	11
Article 10- DISPOSITIONS DIVERSES	12
Article 11 – SOUSCRIPTION A DISTANCE – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES.....	12
TITRE II – GARANTIES	14
Article 12 – CHOIX ET CHANGEMENT DES GARANTIES.....	14
Chapitre I – GARANTIES EN CAS DE DECES OU PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE.....	15
Article 13 – OBJET DE LA GARANTIE	15
Article 14 – GARANTIE DECES.....	15
Article 15 – PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA).....	17
Article 16 – DOUBLE EFFET CONJOINT	17
Article 17 – FRAIS D'OBSEQUES	18
Chapitre II – GARANTIES EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL.....	18
Article 18 – OBJET DES GARANTIES	18
Article 19 – BASE DES PRESTATIONS	19
Article 20 – REVALORISATION DES PRESTATIONS	19
Article 21 – INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL.....	19
Article 22 – INVALIDITE PERMANENTE.....	21
Article 23 – EXONERATION DES COTISATIONS	23
TITRE III – EXCLUSIONS	24
Article 24 – EXCLUSIONS APPLICABLES AUX RISQUES DECES, INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL ET INVALIDITE.....	24
Article 25 – EXCLUSIONS AUX RISQUES INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL OU INVALIDITE.....	24
Article 26 – EXCLUSIONS AU RISQUE DECES SEUL.....	25
Article 27 – EXCLUSIONS APPLICABLES A LA SEULE MAJORATION « DECES ACCIDENTEL ».....	25
TITRE IV – VERSEMENT DES PRESTATIONS	26
Article 28 – CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS.....	26
Article 29 – CONTROLE MEDICAL	28

TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 – OBJET DU CONTRAT

Il a pour objet d'instituer une opération d'assurance couvrant, selon le statut de l'expatrié, les risques suivants :

- Décès,
- Incapacité Temporaire de Travail,
- Invalidité.

Les garanties souscrites sont précisées aux Conditions Particulières du contrat.

Ce contrat est régi par les dispositions légales et réglementaires du Code des assurances français.

Toute modification au contrat sera constatée par voie d'avenant aux Conditions Particulières.

Il est précisé que l'adhésion à ce contrat ne dispense pas de cotiser aux régimes obligatoires du pays d'expatriation le cas échéant, y compris pour les pays appartenant à l'Espace Economique Européen.

Article 2 - DEFINITIONS

Accident : tout événement soudain, imprévu et extérieur à la victime constituant la cause du dommage. En application de l'article 1315 du Code civil français, il appartient au bénéficiaire d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et les frais engagés.

Acte authentique : acte établi par un officier public et signé devant lui par toutes les parties à l'acte.

Acte sous signature privée : acte dont la rédaction est libre, établi par l'une des parties à l'acte et signé par tous les souscripteurs à cet acte.

CFE : Caisse des Français de l'Etranger.

Concubin : personne vivant en concubinage avec le Souscripteur, dans les conditions prévues à l'article 515-8 du Code civil français.

Conjoint : le conjoint du Souscripteur non divorcé ni séparé de corps judiciairement.

Cotisation : somme payée par le Souscripteur en contrepartie des garanties accordées par le présent contrat.

Echéance : date à laquelle le Souscripteur doit payer la cotisation ou une fraction de celle-ci.

Partenaire lié par un PACS : la personne liée au Souscripteur par un Pacte Civil de Solidarité.

Plafond de la Sécurité Sociale : Plafond servant de base au calcul des cotisations de la Sécurité Sociale française et prévu aux articles L241-3 et D242-17 du Code de la Sécurité Sociale français et modifié chaque année par arrêté.

Prescription : période au-delà de laquelle aucune réclamation n'est recevable.

Prestation : Mise en œuvre de la garantie par l'Assureur.

Rémunération brute : sommes et avantages perçus par l'Assuré assujettis à charges sociales

Rémunération nette : rémunération brute déduction faite de toutes les charges sociales et autres contributions salariales légalement ou conventionnellement obligatoires.

Risque : événement aléatoire dont la réalisation est indépendante de la volonté de l'Assuré ou du bénéficiaire.

Sinistre : réalisation du risque.

Souscripteur : personne physique qui souscrit le contrat et qui paie les cotisations.

Tranches de salaire :

- Tranche A : fraction de la rémunération brute annuelle au plus égale au Plafond Annuel de la Sécurité Sociale française.
- Tranche B : fraction de la rémunération brute annuelle comprise entre 1 et 4 Plafonds Annuels de la Sécurité Sociale française.
- Tranche C : fraction de la rémunération brute annuelle comprise entre 4 et 8 Plafonds Annuels de la Sécurité Sociale française.

Article 3 – ADHESION AU CONTRAT

3.1 Conditions d'adhésion

Sont admissibles à l'assurance :

- pour les garanties Décès seules, les personnes expatriées :
 - salariées,
 - non salariées et sans activité professionnelle,
- pour les garanties Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité, les personnes salariées expatriées bénéficiant de la garantie « Maladie-Maternité-Invalidité », de l'option « Indemnités Journalières » de la CFE et des garanties « Accidents de Travail / Maladies Professionnelles », âgées de moins de 60 ans à la date d'adhésion au présent contrat et se rendant à l'étranger pour une durée minimale de 90 jours en continu.

Le Souscripteur doit remplir un bulletin d'adhésion et le questionnaire de santé qui doivent être communiqués au service médical de l'Assureur au moins 15 jours avant la date d'effet souhaitée du contrat.

Lorsque le Souscripteur est expatrié aux Etats-Unis d'Amérique, il ne peut souscrire qu'avant son départ de France.

3.2 Formalités médicales

Suite à la réception du questionnaire de santé dûment rempli, le médecin-conseil de l'Assureur peut demander des renseignements complémentaires à lui retourner sous pli confidentiel.

Un examen médical sera demandé si les réponses au questionnaire de santé exigent un complément d'informations.

Après étude du dossier du Souscripteur, l'Assureur informe ce dernier de la décision prise :

➤ Soit l'Assureur accepte de garantir le demandeur **sans réserve** : les Conditions Particulières sont alors adressées au demandeur, indiquant notamment les garanties qu'il a choisies, leurs montants et les franchises, ainsi que la date d'effet du contrat.

➤ Soit l'Assureur accepte de garantir le demandeur mais **avec des réserves** : il propose alors au demandeur une majoration de tarif appelée surcotisation.

Cette proposition sera notifiée au demandeur par lettre confidentielle du médecin conseil de l'Assureur précisant l'affection qui justifie l'exclusion ou le montant de la surcotisation.

Le demandeur peut alors accepter ou refuser les réserves.

Si le demandeur accepte les réserves :

- Dans ce cas, il retournera la lettre, sous pli confidentiel, à l'attention du médecin conseil, après l'avoir datée, signée et revêtue de la mention «BON POUR ACCORD».
- Cet exemplaire devra impérativement être retourné dans les 15 jours au service médical de l'Assureur suivant sa date d'envoi par cette dernière. Le demandeur recevra alors les Conditions Particulières indiquant notamment les garanties qu'il a choisies, leurs montants et franchises et la date d'effet du contrat.
- A défaut, le demandeur sera considéré comme ayant renoncé au contrat et la cotisation versée lui sera remboursée.

Si le demandeur refuse les réserves :

- Ce refus signifiera qu'il renonce à la souscription du contrat.

➤ Soit l'Assureur **refuse** de garantir le demandeur : dans ce cas, la cotisation versée est remboursée au demandeur

Dans tous les cas, la prise d'effet du contrat est subordonnée à l'acceptation médicale du dossier de souscription du demandeur par le médecin-conseil de l'Assureur ou à la signature de la lettre de réserve par le demandeur et au règlement de la première cotisation.

3.3 Obligations déclaratives du Souscripteur**3.3.1 A la souscription**

Les déclarations faites sur le bulletin d'adhésion et sur le questionnaire de santé le cas échéant permettent à l'Assureur de statuer sur l'acceptation ou non du risque et sur le montant des cotisations.

Le Souscripteur s'engage à effectuer des déclarations exactes.

3.3.2 En cours de contrat

Le Souscripteur s'engage à informer l'Assureur de toute modification affectant une donnée figurant dans les Conditions Particulières (par défaut les lettres adressées au dernier domicile connu par l'Assureur produiront tous leurs effets).

Le Souscripteur s'engage à informer l'Assureur de toute modification relative à son affiliation à la Caisse des Français de l'Etranger et notamment de la radiation de son affiliation à la Caisse des Français de l'Etranger ou de la radiation de l'option Indemnités Journalières, Capital Décès et Invalidité auprès de la CFE.

3.3.3 Conséquence du non respect des obligations déclaratives

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle du Souscripteur susceptible de changer l'objet du risque ou d'en diminuer l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par le Souscripteur a été sans influence sur la réalisation du risque, le contrat sera annulé de plein droit.

Les cotisations demeurent acquises à l'Assureur et les prestations versées feront l'objet d'un remboursement par le Souscripteur.

En cas de réticence ou de fausse déclaration non intentionnelle constatée avant la réalisation du risque l'Assureur peut :

- soit maintenir le contrat, moyennant une augmentation des cotisations acceptée par le Souscripteur,
- soit résilier le contrat dix jours après notification adressée au Souscripteur par lettre recommandée en restituant la fraction de cotisation payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

En cas de réticence ou de fausse déclaration non intentionnelle constatée après la réalisation du risque, l'indemnité versée par l'Assureur est réduite en proportion du montant des cotisations payées par rapport au montant des cotisations qui auraient été dues si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Toutefois, conformément à l'article L.132-26 du Code des Assurances, l'erreur sur l'âge du Souscripteur n'entraîne la nullité du contrat que lorsque son âge véritable se trouve, lors de la souscription, en dehors des limites fixées à l'article 3.1. Dans tout autre cas si, par suite d'une erreur de ce genre, la cotisation payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le montant garanti est réduit en proportion de la cotisation perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable du Souscripteur.

Si la cotisation payée est supérieure à celle qui aurait dû être acquittée, l'Assureur est tenu de restituer la portion de cotisation qu'elle a reçue en trop sans intérêt.

3.4 Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion du Souscripteur au présent contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières, au plus tôt le 1^{er} du mois qui suit l'acceptation du dossier par l'Assureur ou, le cas échéant, le 1^{er} du mois qui suit l'acceptation de la majoration de la/des cotisation(s) par le Souscripteur.

En tout état de cause, seule la date d'effet figurant sur les Conditions Particulières du contrat fait foi entre les Parties.

3.5 Renonciation au contrat

Si le Souscripteur a souscrit à distance, il dispose d'un délai de trente jours calendaires révolus pour renoncer au contrat, à compter de la date d'effet précisée aux Conditions Particulières, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai expire le dernier jour à minuit. Il n'est pas prorogé s'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié chômé.

L'adhésion au présent contrat ne produit ses effets qu'à l'expiration de ce délai de trente jours, sauf si le Souscripteur demande expressément son exécution à la date prévue aux Conditions Particulières en cochant la case prévue à cet effet sur le bulletin d'adhésion.

Le délai de renonciation court, soit à partir du jour où l'adhésion a pris effet, soit à compter du jour de la réception des Conditions Particulières si cette dernière date est postérieure à la date de conclusion du contrat.

L'Assureur est tenu de rembourser au Souscripteur au plus tard dans les trente jours, suivant la date à laquelle le Souscripteur a communiqué sa volonté de renoncer, toutes les sommes perçues en application du contrat.

Pour exercer ce droit de renonciation, le Souscripteur doit adresser une lettre recommandée avec avis de réception à WELCARE, à l'adresse suivante : WELCARE, BP 30, 41914 Blois Cedex 9, France.

Le Souscripteur peut utiliser le modèle de lettre ci-après proposé :

« Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse), déclare renoncer à ma souscription au contrat PACK EXPAT CFE SALARIE – NON SALARIE HA164001P. Fait à, le..... Signature ».
--

3.6 Durée, renouvellement et cessation de l'adhésion

3.6.1 Durée et renouvellement de l'adhésion

L'adhésion au présent contrat se termine le 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle a pris effet. Elle se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction, sauf résiliation par l'Assureur ou le Souscripteur.

Le renouvellement s'effectue selon les éventuelles nouvelles conditions tarifaires et/ou de garanties, dont le Souscripteur sera tenu préalablement informé au plus tard deux mois avant sa date de renouvellement.

3.6.2 Cessation de l'adhésion

L'adhésion du Souscripteur au présent contrat cesse :

- de plein droit :

- à la date à laquelle il ne fait plus partie de la catégorie assurable, et notamment en cas de retour en France résultant de la fin de la période d'expatriation, telle que définie à l'article 3.1 des présentes Conditions Générales, exception faite de son âge,
- à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse française (CNAV) ou du Régime Social des Indépendants (RSI) ou de tout autre régime de base obligatoire français et en tout état de cause à la date de liquidation d'une retraite complémentaire française;
- en cas de retrait total de l'agrément de l'Assureur. La résiliation sera effective le 40^{ème} jour à compter de la publication au Journal Officiel du retrait de l'agrément;

- En cas de décès du Souscripteur, l'Assureur rembourse prorata temporis la partie de cotisation réglée, relative au Souscripteur, correspondant à la période d'assurance non courue postérieure au décès et ce, à compter de la date de l'évènement.

- à la demande du Souscripteur :

- au 31 décembre de chaque année, par lettre recommandée avec avis de réception, sous réserve que cette demande soit envoyée à l'Assureur au plus tard le 30 novembre.
- à tout moment, dans les conditions prévues à l'article 113-16 du Code des assurances français.

La dénonciation par le Souscripteur de son adhésion est définitive, de telle sorte qu'il ne pourra plus formuler de demande d'adhésion au présent contrat, sauf dérogation par l'Assureur.

- à la demande de l'Assureur :

- en cas de non-paiement des cotisations, selon les dispositions prévues à l'article 4.4 des présentes Conditions Générales,
- en cas de refus de la part du Souscripteur d'une révision de cotisation dans les conditions décrites à l'article 4.5.2 des présentes Conditions Générales,
- en cas de fausse déclaration non intentionnelle du Souscripteur ou d'un bénéficiaire constatée avant réalisation du risque, dans les conditions décrites à l'article 3.3.3 des présentes Conditions Générales.
- à tout moment dans les conditions prévues à l'article 113-16 du Code des assurances français.

La cessation de l'adhésion prive de tout droit à prestation le Souscripteur ou tout autre bénéficiaire pour les frais exposés postérieurement à la date de cessation de l'adhésion.

Article 4 - COTISATIONS**4.1 Montant des cotisations****4.1.1 Montant des cotisations applicables aux garanties Décès**

A la souscription, les cotisations, exprimées en euros, sont fixées aux Conditions Particulières, elles sont déterminées en fonction :

- du niveau de capital Décès retenu et des garanties effectivement souscrites,
- de la tranche d'âge du Souscripteur à la date d'effet du contrat.
Les cotisations évoluent au 1^{er} janvier qui suit un changement de tranche d'âge du Souscripteur.
- le cas échéant, des réponses apportées sur le questionnaire de santé dans les conditions décrites à l'article 3.2 des présentes Conditions Générales.

4.1.2 Base et montant des cotisations applicables aux garanties Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité

Cette base est limitée à une ou plusieurs tranches de salaire, précisées aux Conditions Particulières, et **ne peut excéder 8 Plafonds Annuels de la Sécurité sociale française.**

La base des cotisations retenue à la date d'effet de l'adhésion au contrat est le traitement annuel brut du Souscripteur déclaré à l'Assureur. Lorsque le Souscripteur a souscrit une retraite complémentaire française (Agirc/Arrco), le salaire déclaré à la date d'effet de l'adhésion doit être égal à celui pris en compte par la ou les Institutions dont il relève, à cette même date.

La base des cotisations retenue à la date d'effet de l'adhésion est précisée aux Conditions Particulières.

La base des cotisations est révisable, en cours de contrat, en cas d'évolution de carrière.

Toute augmentation de salaire inférieure à 20 % devra faire l'objet d'une attestation de la part de l'employeur, les augmentations de salaire supérieures à 20 % seront soumises à un questionnaire de santé.

Les augmentations de salaire au cours d'un arrêt de travail ne permettront pas la révision de la base des cotisations.

La modification de la base des cotisations prend alors effet au 1^{er} jour du trimestre qui suit l'acceptation par l'Assureur de la demande de modification du Souscripteur.

A la souscription, le montant des cotisations, exprimé en pourcentage de la base des cotisations, est fixé aux Conditions Particulières.

4.2 Paiement des cotisations

Les cotisations doivent être réglées, d'avance, en euro, trimestriellement, par le Souscripteur.

Le Souscripteur s'engage formellement à payer ses cotisations selon cette périodicité. Cette obligation n'est pas subordonnée à la réception par le Souscripteur d'un avis d'échéance émis par l'Assureur.

Par dérogation à ce qui précède, les cotisations peuvent être payées par une entreprise mandataire désignée par le Souscripteur.

Cette entreprise, employant le Souscripteur salarié expatrié, peut être désignée en tant que mandataire responsable du versement des cotisations dues aux échéances au titre du présent contrat.

L'Assureur met à la disposition du Souscripteur un formulaire type « Désignation de l'entreprise mandataire ». Le Souscripteur ou l'entreprise mandataire doit remettre à l'Assureur le formulaire dûment rempli et signé et y joindre un extrait Kbis (ou document équivalent pour les sociétés étrangères) datant de moins de 3 mois.

Par la signature du mandat, l'entreprise mandataire s'engage à :

- effectuer le paiement des cotisations aux échéances prévues,
- informer l'Assureur en cas de cessation d'activité du Souscripteur (et notamment en cas de rupture du contrat de travail ou départ en retraite),
- informer l'Assureur de toute modification de situation ayant des conséquences directes sur la bonne poursuite du mandat.

4.3 Non-paiement des cotisations

Conformément aux dispositions légales (art. L. 113-3 du Code des assurances français), à défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'Assureur adressera au Souscripteur, ou à l'entreprise mandataire désignée dans les conditions de l'article 4.2, responsable du paiement des cotisations, une lettre recommandée de mise en demeure de payer.

Le contrat sera suspendu à l'expiration d'un délai de 30 jours, à compter du lendemain à 0 heure de la date d'envoi de la mise en demeure.

Le contrat sera résilié à l'expiration d'un nouveau délai de dix jours, au-delà du trentième jour, et ce sans autre avis de l'Assureur.

En cas de défaut de paiement des cotisations par l'entreprise mandataire désignée dans les conditions prévues à l'article 4.2, l'Assureur informe le Souscripteur du contrat de la défaillance de paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de l'échéance du paiement.

En tout état de cause, les cotisations impayées restent dues, dans leur intégralité, à l'Assureur qui peut procéder à leur recouvrement par tout moyen à sa convenance.

Le contrat suspendu reprend ses effets pour l'avenir à midi le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension des garanties.

Les dépenses engagées pendant la période de suspension des garanties ne pourront donner lieu à remboursement au titre du présent contrat, même après règlement de la cotisation.

Tout paiement de cotisation après la résiliation du contrat, qu'il soit partiel ou total, ne constituera qu'une régularisation du compte entre les Parties et ne pourra, sauf demande expresse du Souscripteur acceptée par courrier de l'Assureur, constituer un renouvellement tacite du contrat et par conséquent une remise en vigueur des garanties.

4.4 Evolution et indexation du montant des cotisations

En cas de modification du niveau de garanties dans les conditions prévues à l'article 12 des présentes Conditions Générales, il sera tenu compte de la tranche d'âge, calculée par millésime, du Souscripteur pour le calcul des cotisations à la date de prise d'effet de ladite modification.

Au cours du contrat, le montant des cotisations varie automatiquement en fonction du changement de tranche d'âge du Souscripteur. L'âge du Souscripteur pris en compte pour le calcul de la cotisation est l'âge atteint au cours de l'année du renouvellement.

Les évolutions de cotisations énumérées ci-dessus sont automatiques. Elles s'imposent au Souscripteur sans qu'il soit besoin d'établir un avenant au présent contrat.

4.5 Révision des cotisations et/ ou des garanties

4.5.1 Le montant des cotisations est réexaminé par l'Assureur en fin d'année et peut être modifié en fonction des résultats du contrat.

La modification du montant doit être notifiée au Souscripteur au plus tard deux mois avant la date du renouvellement. Il prend effet à la date de renouvellement du contrat.

En cas de désaccord, le Souscripteur doit en aviser l'Assureur au plus tard un mois avant la date du renouvellement, ce refus entraînant la résiliation du contrat le dernier jour de l'année.

A défaut de manifestation dans le délai imparti, le Souscripteur est réputé avoir accepté la modification du montant des cotisations.

4.5.2 Le montant des cotisations et/ ou les garanties peuvent également être **modifiés à tout moment** par l'Assureur en fonction de **l'évolution de la réglementation, notamment sociale et fiscale.**

Cette modification doit être notifiée au Souscripteur au plus tard deux mois avant la date souhaitée de prise d'effet.

En cas de désaccord, le Souscripteur doit en aviser l'Assureur au plus tard un mois avant la date souhaitée de prise d'effet, ce refus entraînant la résiliation du contrat le dernier jour du mois qui suit le refus.

A défaut de manifestation dans le délai imparti, le Souscripteur est réputé avoir accepté la modification du montant des cotisations et/ou des garanties.

Article 5 - PRESCRIPTION

Toute action dérivant du contrat est prescrite par deux ans, à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court:

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

Quand l'action d'un bénéficiaire ou du Souscripteur 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 le bénéficiaire ou le Souscripteur ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription. Ces dernières sont prévues aux articles 2240 à 2246 du Code civil français, à savoir :

- la demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure ;
- l'acte d'exécution forcé ;
- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.

L'interruption de la prescription peut, en outre, résulter de la désignation d'experts à la suite d'un sinistre et de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Assureur au Souscripteur en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le bénéficiaire à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de la prestation.

Article 6 - SUBROGATION

L'Assureur qui a versé à un bénéficiaire des prestations ayant un caractère indemnitaire, est subrogé, jusqu'à concurrence de cette prestation, dans les droits et actions du bénéficiaire ou de ses ayants droit contre le tiers responsable.

Il est précisé que lorsque du fait de la victime ou de ses ayants droit, l'Assureur n'a pu faire valoir ses droits, celui-ci dispose d'un recours contre la victime ou ses ayants droit.

Par dérogation aux dispositions précédentes, l'Assureur n'a aucun recours contre les enfants, descendants, ascendants, alliés en ligne directe, préposés, employés, ou domestiques, et généralement toute personne vivant habituellement au foyer du bénéficiaire, sauf cas de malveillance commise par une de ces personnes.

Article 7 - RECLAMATION - MEDIATION

Le Souscripteur ou le bénéficiaire qui souhaite formuler une réclamation peut d'abord consulter son interlocuteur habituel.

Si les réponses apportées ne donnent pas satisfaction, l'intéressé peut adresser sa réclamation à :

Humanis Assurances
Service Satisfaction Clients
303 rue Gabriel Debacq
45777 SARAN Cedex France
Tél (appel non surtaxé) : numéro mentionné sur les
correspondances adressées par l'Assureur

A compter de la réception de la réclamation, l'Assureur apporte une réponse circonstanciée au demandeur dans un délai de 10 jours ouvrés.

Dans l'hypothèse où la réponse ne pourrait être fournie dans ce délai, l'Assureur lui adresse un courrier précisant le délai sous lequel une réponse circonstanciée pourra lui être apportée, sans pouvoir excéder au total un délai de deux mois.

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'Assureur et après épuisement des voies de recours internes, le Souscripteur ou le bénéficiaire, ou avec l'accord de ceux-ci, l'Assureur, peuvent saisir le Médiateur de l'Association Française de l'Assurance (AFA), sans préjudice d'une action ultérieure devant le tribunal compétent :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50010
75441 PARIS CEDEX 09 France
www.mediation-assurance.org

Article 8 - AUTORITE DE TUTELLE

L'Assureur est contrôlé par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), dont le siège social est situé 61 rue Taitbout - 75436 PARIS, France.

Article 9 - LOI APPLICABLE

Les Parties déclarent se soumettre à la loi française et renoncer à toute procédure dans tout autre pays que la France.

Article 10- DISPOSITIONS DIVERSES

10.1 Loi Informatique et Libertés

Les données relatives au Souscripteur et aux bénéficiaires, constituent des informations à caractère personnel et sont protégées, à ce titre, par les dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relatives à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi n° 2004-801 du 6 août 2004. Ces données sont destinées aux différents services de l'Assureur ainsi que, le cas échéant, à ses mandataires, ses réassureurs ou aux organismes professionnels concernés par la gestion et l'exécution du contrat.

L'Assureur s'engage à respecter les règles relatives à la protection des données à caractère personnel, auxquelles il a accès pour les besoins de l'exécution du contrat, conformément aux dispositions de la loi précitée. À cette fin, l'Assureur s'engage à faire la déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés (CNIL) des traitements, automatisés ou non, qu'il met en œuvre pour cette exécution.

En application des articles 38, 39 et 40 de la loi susmentionnée, le Souscripteur et les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de rectification et de suppression, relatif aux données à caractère personnel les concernant, à exercer par courriel à contact-cnil@humanis.com ou par lettre à l'adresse suivante :
Groupe HUMANIS – Cellule CNIL – Satisfaction clients – 303 rue Gabriel Debaq – 45777 Saran Cedex.

Toute demande doit être accompagnée d'une copie d'un titre d'identité en cours de validité.

Le Souscripteur et les bénéficiaires disposent également d'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, au traitement de leurs données à caractère personnel.

Conformément à l'article 34 de la même loi, l'Assureur s'engage à prendre toute précaution utile afin de préserver la sécurité, la confidentialité et l'intégrité des informations collectées et traitées et notamment d'empêcher qu'elles soient déformées, endommagées ou communiquées à des tiers non autorisés.

10.2 Valeur contractuelle

Ont valeur contractuelle et constituent le contrat :

- les présentes Conditions Générales,
- les Conditions Particulières,
- les avenants et lettres avenants.

En cas de contradiction entre les dispositions des Conditions Générales et celles des Conditions Particulières, ce sont celles qui figurent dans les Conditions Particulières qui l'emportent.

Les titres des articles du contrat n'ont qu'une valeur classificatoire.

Le contrat exprime l'intégralité de l'accord conclu entre les Parties. Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les Parties se rapportant à l'objet du contrat.

Dans l'hypothèse où l'une quelconque des dispositions de ce contrat serait considérée comme nulle ou non applicable par une décision de justice ayant autorité de la chose jugée, cette disposition sera dans la limite d'une telle nullité ou inapplicabilité réputée non écrite sans que cela ne remette en cause la validité ou l'applicabilité des autres dispositions du contrat.

Article 11 – SOUSCRIPTION A DISTANCE – INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

11.1 Coût lié à l'utilisation de la technique de commercialisation à distance

La souscription du contrat par le biais d'une ou plusieurs techniques de communication à distance est soumise aux conditions tarifaires en vigueur applicables à la technique de communication utilisée par le candidat à la souscription, dont le coût est à sa charge.

11.2 Langue utilisée

Les parties conviennent de l'utilisation de la langue française pendant toute la durée du contrat.

11.3 Fonds de garantie

Le Souscripteur est informé par la présente disposition de l'existence du fonds de garantie des assurés contre la défaillance de sociétés d'assurance de personnes visé aux articles L.423-1 et suivants du Code des Assurances.

TITRE II – GARANTIES

Article 12 – CHOIX ET CHANGEMENT DES GARANTIES

12.1 Choix des garanties à la souscription

Le choix du niveau des garanties est laissé au Souscripteur lors de la souscription parmi les options prévues par le contrat. Il indique sur son Bulletin d'Adhésion le niveau des garanties dont il souhaite bénéficier.

Le Souscripteur, expatrié non salarié ou expatrié sans activité rémunératrice, ne peut pas souscrire les garanties Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité Permanente définies aux articles 21 et 22. Il bénéficie des garanties Décès, prévues aux articles 14 et suivants, au titre du présent contrat.

Les garanties Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité Permanente ne peuvent être souscrites seules. Elles sont indissociables des garanties Décès prévues aux articles 14 et suivants des présentes Conditions Générales.

Au titre des garanties Arrêt de Travail telles que prévues au Chapitre 2 du présent titre, le Souscripteur peut souscrire :

- la garantie Incapacité Temporaire de Travail et la garantie Invalidité Permanente.
Le Souscripteur choisit ensuite la formule de garanties dont il souhaite bénéficier parmi les 3 formules : Indispensable, Complète ou Maximale, proposées par l'Assureur.

- ou, la seule garantie Invalidité Permanente.
Le Souscripteur choisit alors le niveau de garantie dont il souhaite bénéficier au titre du contrat parmi les montants proposés par l'Assureur.

12.2 Changement du niveau des garanties

Le Souscripteur peut changer le niveau des garanties tous les 3 ans à la hausse ou à la baisse, à effet du 1^{er} janvier, par demande adressée à l'Assureur en recommandé, au plus tard le 31 octobre précédant la prise d'effet du changement.

Il peut dans les mêmes conditions souscrire à l'Option « Décès et PTIA par accident » s'il ne l'a pas fait lors de la souscription du contrat.

En cas de modification des garanties à la hausse, l'Assureur peut accepter l'augmentation sous réserve de l'état de santé du Souscripteur. Celui-ci doit remplir un questionnaire de santé à adresser au service médical de l'Assureur. Il pourra, sur demande du service médical, être soumis à un examen médical aux frais de l'Assureur. Le changement du niveau des garanties, accepté par l'Assureur, prend effet à la date d'effet choisie par le Souscripteur, et au plus tôt, le premier jour du mois qui suit la demande.

En cas de changement de situation de famille (mariage, conclusion d'un PACS, concubinage, naissance, adoption, divorce, dissolution du PACS, séparation, décès du conjoint ou partenaire lié par un PACS ou concubin ou d'un enfant), le Souscripteur peut demander à modifier le niveau des garanties sur justificatif et sans formalités médicales.

Dans ce cas, le changement du niveau des garanties prend effet au jour de la modification de la situation familiale, dès lors que le Souscripteur a effectué sa demande de modification dans les 3 mois suivant l'évènement y donnant naissance et qu'il a fourni l'ensemble des justificatifs nécessaires à la juste appréciation de sa nouvelle situation par l'Assureur. A défaut, le changement de niveau des garanties prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la demande et la fourniture de l'ensemble des justificatifs.

Par dérogation à ce qui précède, le Souscripteur qui réside ou séjourne aux Etats-Unis d'Amérique ne peut pas changer de niveau de garanties en cours d'adhésion tant qu'il est sur ce territoire.

La demande de changement de niveau des garanties donne lieu, en cas d'acceptation par l'Assureur, à l'établissement d'un avenant aux Conditions Particulières.

Chapitre I – GARANTIES EN CAS DE DECES OU PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

Article 13 – OBJET DE LA GARANTIE

La garantie a pour objet :

1. le versement d'un capital en cas de décès du souscripteur, ou le versement anticipé de ce capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie du souscripteur,
2. si cette option a été souscrite, le versement d'un capital en cas de décès par accident du souscripteur, ou le versement anticipé de ce capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie du souscripteur par accident,
3. le versement d'un capital complémentaire, en cas de décès du conjoint ni remarié ni pacsé du souscripteur, survenu simultanément ou postérieurement au décès dudit souscripteur.

Pour l'application des présentes garanties sont assimilés au conjoint (non divorcé, ni séparé de corps judiciairement) :

- le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) au sens des articles 515-1 et suivants du Code civil, à la date du sinistre, avec ou sans enfant à charge,
- le concubin au sens l'article 515-8 du Code civil, à la date du sinistre, avec ou sans enfant à charge.

Article 14 – GARANTIE DECES

14.1 Montant du capital Décès « Toutes Causes »

Le montant du capital est fixé aux conditions particulières, il est exprimé en euros en fonction du choix du niveau de garantie effectué par le Souscripteur sur son Bulletin d'Adhésion.

Le capital ainsi déterminé est versé aux bénéficiaires désignés dans les conditions prévues à l'article 14.4 des présentes Conditions Générales.

14.2 Option capital Décès par accident

L'Assureur verse, lorsque l'option « Décès et PTIA par accident » a été souscrite par le Souscripteur, en cas de décès consécutif à un accident, tel que défini à l'article 2 des présentes Conditions Générales, un capital supplémentaire au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) sous réserve :

- que le décès survienne au plus tard dans les 12 mois suivant l'accident,
- et que le contrat soit toujours en vigueur à cette date.

Le capital complémentaire versé est égal au Capital Décès « Toutes Causes » défini à l'article 14.1 des présentes Conditions Générales.

La preuve du caractère accidentel du décès incombe au(x) bénéficiaire(s).

14.3 Définition des enfants à charge

Sont considérés comme enfants à charge au sens du présent contrat :

· qu'ils soient légitimes, reconnus ou adoptifs, les enfants du souscripteur et ceux de son conjoint, de son partenaire lié par un PACS ou de son concubin s'ils sont effectivement à la charge du souscripteur, c'est-à-dire si celui-ci pourvoit à leur besoin et assure leur entretien, et s'ils remplissent l'une des conditions suivantes :

- être à charge au sens de la CFE,
- être atteint, quel que soit leur âge, d'une infirmité telle qu'ils ne peuvent se livrer à aucune activité rémunératrice et que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21ème anniversaire,

- être âgés de moins de 28 ans, être non salarié, non imposable, et justifier de la poursuite d'études secondaires ou supérieures à temps plein dans un établissement public ou privé,

- les enfants remplissant l'une des conditions énumérées ci-dessus au titre desquels le souscripteur verse une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu.
- les enfants à naître au moment du décès du souscripteur. Ne peuvent être considérés comme enfants à naître que les enfants qui sont nés, vivants et viables, dans les 300 jours du décès du souscripteur.

Dans les conditions telles que précédemment définies, les enfants sont considérés comme étant à charge jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel ils atteignent leur 20^{ème} ou 28^{ème} anniversaire ou jusqu'à la fin du trimestre civil suivant la fin des études ou suivant la fin de l'infirmité les privant d'exercer une activité rémunératrice.

14.4 Bénéficiaires

Le capital garanti en cas de décès du souscripteur est versé, sauf désignation particulière non caduque effectuée par le souscripteur à l'affiliation ou en cours de contrat :

- au conjoint survivant du souscripteur ni divorcé ni séparé de corps judiciairement ou à son partenaire lié par un PACS ou à son concubin, ou justifiant de cette qualité au moment du décès,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants du souscripteur, reconnus, adoptés, nés ou à naître, vivants ou représentés, à charge ou non du souscripteur,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux père et mère biologiques ou adoptifs du souscripteur ou au survivant d'entre eux,
- à défaut, aux héritiers du souscripteur, en proportion de leurs parts héréditaires et indépendamment de toute renonciation à la succession.

A tout moment, le souscripteur peut modifier l'ordre ci-dessus ou désigner toute autre personne par acte sous seing privé, c'est-à-dire par un avis écrit désignant le ou les nouveaux bénéficiaires de son choix, adressé à l'Assureur ou par acte authentique qui sera porté à la connaissance de l'Assureur.

Toute désignation ou tout changement de désignation non porté à la connaissance de l'Assureur est inopposable à celui-ci.

L'Assureur attire cependant l'attention du souscripteur sur le fait que la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le ou les bénéficiaires. Cette acceptation doit être effectuée avec l'accord du souscripteur.

Lorsque le ou les bénéficiaires sont nommément désignés, soit à l'affiliation, soit en cours de contrat, le souscripteur peut indiquer les coordonnées de ce ou ces bénéficiaires, lesquelles seront utilisées par l'Assureur en cas de décès du souscripteur.

Sous réserve de dispositions contraires prévues par la loi, la désignation personnelle est annulée et l'ordre de préférence ci-dessus s'applique en cas de décès du seul bénéficiaire ou de la totalité des bénéficiaires désignés par le souscripteur, sous réserve de leur représentation.

- En cas de décès du souscripteur et du ou des bénéficiaires au cours d'un même évènement, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, le souscripteur est présumé avoir survécu le dernier, sauf pour l'application de la garantie « double effet conjoint ».

Si le représentant légal n'est pas une personne physique, les prestations sont bloquées sur un compte particulier jusqu'à la majorité de l'enfant, les démarches d'ouverture de ce compte étant à la charge de la personne morale.

- Au cas où le bénéficiaire désigné est un organisme prêteur, le capital décès sera versé à l'organisme prêteur à hauteur du prêt restant dû, le solde revenant aux autres bénéficiaires.

Article 15 – PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

La garantie perte totale et irréversible d'autonomie est complémentaire aux garanties décès « toutes causes ».

Le Souscripteur est reconnu comme atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie lorsque le médecin conseil de l'Assureur a reçu la preuve que le souscripteur est dans l'impossibilité totale d'exercer une profession quelconque, et ceci de façon irréversible ; il doit notamment être dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Le souscripteur, bénéficiaire de la Caisse des Français de l'Étranger, doit être en outre classé par celle-ci en invalidité 3^{ème} catégorie, ou se voir attribuer, en cas d'accident de travail, une rente correspondant à un taux de 100% résultant du barème des accidents du travail, et bénéficiaire de la majoration de l'allocation pour l'assistance d'une tierce personne.

Lorsque le Souscripteur a souscrit à l'Option « Décès et PTIA par accident », la perte totale et irréversible d'autonomie par accident peut donner lieu au versement de la majoration décès par accident définie à l'article 14.2 des présentes Conditions Générales.

La preuve de la perte totale et irréversible d'autonomie « Toutes causes » ou « Par accident » incombe au Souscripteur.

L'état de perte totale et irréversible d'autonomie doit être constaté par le médecin conseil de l'Assureur avant la date de liquidation de la pension vieillesse de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse, et/ou d'une ou plusieurs retraites complémentaires du souscripteur.

La date de reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie est la date d'envoi du document par lequel l'Assureur accepte de verser par anticipation le capital.

Il est précisé que la situation de famille retenue pour le calcul du capital est celle existant à la date de la reconnaissance par l'Assureur de la perte totale et irréversible d'autonomie du souscripteur.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie du Souscripteur reconnue par le médecin-conseil de l'Assureur, celle-ci lui verse :

- le Capital Décès « toutes causes »,
- le cas échéant, en cas d'Accident le capital Décès versé en cas d'accident définis ci-dessus, lorsque l'option a été souscrite,

sous réserve que le présent contrat soit toujours en vigueur à la date de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Le versement de ce capital met fin aux garanties Capital décès.

Article 16 – DOUBLE EFFET CONJOINT

Cette garantie est complémentaire à la garantie décès « toutes causes ».

L'Assureur verse aux enfants à charge par parts égales entre eux, ou à leur représentant légal, en cas de décès du conjoint ou assimilé du souscripteur simultanément ou postérieurement au souscripteur, un capital dont le montant figure aux Conditions Particulières.

Le montant du capital, réparti par parts égales entre les enfants à charge, est égal à un pourcentage du capital versé au décès du souscripteur.

La garantie est accordée sous réserve des conditions cumulatives suivantes :

- le conjoint ou assimilé décède au plus tôt le jour du décès du souscripteur et au plus tard à l'âge légal d'ouverture du droit à la pension vieillesse française,
- il satisfait, au jour du décès, à la définition du conjoint ou assimilé au titre du présent contrat,
- il laisse un ou plusieurs enfants, à sa charge au moment du décès, et initialement à la charge du souscripteur.

Si le représentant légal des enfants à charge n'est pas une personne physique, les prestations sont bloquées sur un compte particulier jusqu'à la majorité de l'enfant, les démarches d'ouverture de ce compte étant à la charge de la personne morale.

Article 17 – FRAIS D'OBSEQUES

Cette garantie est complémentaire à la garantie décès « toutes causes ».

L'Assureur verse une allocation dont le montant, exprimé en pourcentage du Plafond de la Sécurité sociale française, est fixé aux Conditions Particulières :

- au souscripteur, en cas de décès :
 - de son conjoint ou assimilé avant l'âge légal d'ouverture du droit à la pension vieillesse française,
 - ou d'un enfant à charge,
- à la personne justifiant avoir exposé les frais d'obsèques du souscripteur en cas de décès de celui-ci.

En cas de décès d'un enfant à charge de moins de douze ans, d'un majeur sous tutelle ou d'une personne placée en établissement psychiatrique, l'allocation est limitée aux frais d'obsèques réellement engagés. Elle est versée dans la limite du plafond prévu dans les Conditions Particulières.

Chapitre II – GARANTIES EN CAS D'ARRET DE TRAVAIL

Article 18 – OBJET DES GARANTIES

La souscription des garanties en cas d'arrêt de travail, intervenant en complément des prestations de la CFE, est réservée aux Souscripteurs expatriés salariés affiliés à celle-ci.

18.1 Droits ouverts à la Caisse des Français de l'Étranger

Les garanties ont pour objet, dans les conditions prévues ci-après, et lorsque les conditions particulières le prévoient :

- le versement d'une indemnité journalière pour chaque journée d'incapacité totale temporaire de travail du souscripteur ouvrant droit aux prestations en espèces de la Caisse des Français de l'Étranger, au titre de l'assurance maladie,
- le versement d'une rente, en cas d'invalidité permanente du souscripteur ouvrant droit à la pension d'invalidité de la Caisse des Français de l'Étranger,
- le versement d'une indemnité journalière ou d'une rente en cas d'incapacité temporaire ou d'incapacité permanente ouvrant droit aux prestations de la Caisse des Français de l'Étranger au titre de la législation française sur les accidents du travail et maladies professionnelles.

18.2 Droits non ouverts à la Caisse des Français de l'Étranger

Durant le délai de carence appliqué par la Caisse des Français de l'Étranger pour ouvrir droit à la garantie « maladie – maternité – invalidité », « option indemnités journalières – capital décès – accident du travail – maladie professionnelle », les prestations complémentaires d'incapacité et d'invalidité, telles que définies aux conditions particulières, sont calculées sous déduction du remboursement théorique des prestations du régime de base de la Caisse des Français de l'Étranger.

Le cumul des prestations versées par l'Assureur, la Caisse des Français de l'Étranger ou tout autre organisme et le salaire versé par l'employeur, ne peut excéder 100 % du salaire brut qu'aurait perçu le souscripteur, s'il n'avait pas eu d'arrêt de travail.

Les éventuelles prestations servies au même titre par tout régime dont pourrait relever le souscripteur seront déduites des prestations versées dans le cadre du présent contrat.

Article 19 – BASE DES PRESTATIONS

La base des prestations pour les garanties Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité Permanente est égale au traitement retenu pour l'assiette des cotisations (article 4.1.2 des présentes Conditions Générales) tel que déclaré par le Souscripteur à l'Assureur et ayant donné lieu à paiement des cotisations.

Pour les Souscripteurs titulaires d'une pension de vieillesse de la CNAV ou de tout autre régime de base français (RSI,...) reprenant une activité professionnelle salariée, la base des prestations est constituée par la seule rémunération brute perçue au titre de l'activité salariée, au cours des douze mois civils ayant précédé l'arrêt de travail ou le décès.

Si la période de référence est inférieure à douze mois, la rémunération servant de base des prestations reste celle déclarée par le Souscripteur à l'Assureur lors de son adhésion au présent contrat. .

En cas de décès survenant au cours d'un arrêt de travail, les rémunérations prises en considération pour le calcul de la base des prestations sont celles précédant la date de l'arrêt de travail, revalorisées dans les conditions prévues ci-après.

Pour les garanties Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité, la base des prestations servant au calcul des prestations est divisée par 365.

La revalorisation de la base des prestations s'effectue sur la base du pourcentage du point de retraite AGIRC constaté entre le 31 décembre de l'exercice au cours duquel s'est produit le Sinistre et le 1^{er} janvier, date de la revalorisation.

Article 20 – REVALORISATION DES PRESTATIONS

20.1 Revalorisation des prestations

La revalorisation des prestations indemnités journalières et rentes intervient le 1er janvier suivant la date anniversaire du sinistre générateur des prestations. La revalorisation est effectuée sur la base du pourcentage d'augmentation du point de retraite AGIRC constaté entre le 31 décembre de l'exercice au cours duquel s'est produit le sinistre et le 1er janvier, date de la revalorisation.

20.2 Plafond de revalorisation

Le taux de revalorisation des Prestations, tel que mentionné ci-dessus, est limité au fonds général de revalorisation de l'Assureur.

Article 21 – INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Cette garantie est indissociable de la garantie Invalidité Permanente prévue à l'article 22. Elle ne peut être souscrite seule.

21.1 Définition

L'incapacité temporaire de travail correspond à l'incapacité physique totale, constatée médicalement, d'exercer une activité professionnelle par suite de maladie, de maternité ou d'accident. Elle doit être reconnue par l'Assureur avant la date de liquidation de toute pension de vieillesse, qu'elle provienne de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse française, et/ou d'une ou plusieurs pensions de retraite complémentaire du souscripteur. Le Souscripteur doit, en outre, bénéficier des prestations Indemnités Journalières versées par la CFE sous réserve des dispositions de l'article 18.2.

21.2 Montant de l'Indemnité Journalière

Le montant de l'indemnité journalière est fixé en pourcentage de la base des prestations appréciée à la date de l'arrêt de travail du souscripteur, sous déduction de la prestation versée au même titre par la Caisse des Français de l'Etranger à la date de l'arrêt de travail.

Le pourcentage est défini aux conditions particulières.

Lorsqu'un souscripteur reprend une activité à temps partiel dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique et à condition que la Caisse des Français de l'Étranger maintienne le versement d'une indemnité journalière, **ce montant est limité à la différence entre :**

- d'une part, la base annuelle des prestations déterminée à la date de l'arrêt de travail,
- et d'autre part, le cumul de l'indemnité journalière maintenue par la Caisse des Français de l'Étranger, reconstituée en brut, et du salaire versé par l'employeur au titre de l'activité partielle du salarié.

21.3 Franchise

L'indemnité journalière est versée à l'expiration d'une période d'arrêt continu et total de travail appelée " franchise ".

Cette franchise est fixée aux conditions particulières.

Il est toutefois précisé que :

- toute période de travail dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique prise en charge en totalité par la Caisse des Français de l'Étranger est considérée comme période d'interruption de travail prise en compte pour le calcul de la franchise,
- la période du congé légal ou conventionnel de maternité, de paternité ou d'adoption n'est pas prise en considération pour la détermination de la franchise, ni pour le délai de deux mois ci-après,
- lorsque le souscripteur ayant commencé à bénéficier de l'indemnité reprend son activité professionnelle et doit l'interrompre moins de **deux mois** après pour la même cause, le service de l'indemnité journalière reprend sans application de la franchise,
- la période de franchise débute le lendemain de l'achèvement du congé de maternité, de paternité ou d'adoption,
- **l'indemnité journalière n'est jamais due pendant la période de congé légal ou conventionnel de maternité, de paternité ou d'adoption.**

21.4 Règle de cumul

Les Indemnités Journalières versées par l'Assureur viennent en complément :

- des prestations servies par la Caisse des Français de l'Étranger,
- du salaire versé au titre d'une activité à temps partiel. Dans ce cas, le salaire sera reconstitué par application du taux d'activité à temps partiel à la base des prestations définie à l'article 19 et revalorisée, s'il y a lieu, en application de l'article 20,
- de la fraction de salaire total ou partiel dans le cas d'un maintien de salaire total ou partiel de l'employeur,
- des prestations versées au titre de tout autre régime obligatoire français.

Ces éléments sont retenus pour leur montant brut excepté en cas de versement direct par l'Assureur au Souscripteur. Dans ce dernier cas, le montant net sera pris en compte pour l'application de la règle de cumul ci-dessus.

Le cumul de ces éléments ne peut en aucun cas dépasser 100 % de la Rémunération nette telle que définie à l'article 2 des présentes Conditions Générales, à la date d'arrêt de travail, revalorisé éventuellement en application des dispositions de l'article 20.

Le montant des Indemnités Journalières versées par l'Assureur sera réduit en conséquence si cette limite est dépassée.

21.5 Versement des Indemnités Journalières

Les indemnités sont payables sur présentation et après acceptation du dossier complet, défini dans la troisième partie des présentes Conditions Générales comportant notamment un certificat médical à l'attention du médecin-conseil de

l'Assureur sous pli confidentiel cacheté et les décomptes originaux d'indemnités journalières établis par la Caisse des Français de l'Étranger, au fur et à mesure de leur réception par l'Assureur.

L'indemnité acquise, dans les conditions précitées, jour par jour est payable au souscripteur mensuellement à terme échu.

Dans tous les cas et à toute époque, même lorsque la garantie n'est plus en vigueur, le médecin-conseil de l'Assureur se réserve le droit de faire visiter à ses frais et éventuellement soumettre à expertise médicale le souscripteur afin de constater son état.

21.6 Cessation du versement

La période d'indemnisation du souscripteur commence à l'expiration du délai de franchise précisé ci-dessus et elle cesse à la survenance de l'un des événements suivants :

- en cas de cessation de l'adhésion au contrat dans les conditions prévues à l'article 3.6.2,
- dès que la Caisse des Français de l'Étranger cesse de verser des prestations en espèces,
- au plus tard, au terme de la période de 3 ans qui suit l'arrêt de travail,
- à la veille de la date à laquelle la Caisse des Français de l'Étranger reconnaît l'invalidité permanente du souscripteur ouvrant droit à pension,
- Au jour fixé par un éventuel contrôle de l'état de santé du souscripteur, dans le cadre des dispositions de l'article 29 des présentes conditions générales,
- à la date de liquidation de la pension vieillesse de la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse française ou de tout autre régime de base français (RSI,...), et/ou d'une ou plusieurs pensions de retraite complémentaire,
- au décès du souscripteur.

Article 22 – INVALIDITE PERMANENTE

22.1 Définition

L'Assureur verse en cas d'invalidité du souscripteur, une prestation sous forme de rente, sous réserve d'un éventuel contrôle médical dans les conditions définies à l'article 29.

Le souscripteur est considéré en état d'invalidité donnant lieu au service de prestations par l'Assureur, lorsque, suite à une maladie ou un accident constaté par un médecin, sa capacité de travail ou de gain est réduite définitivement, dans des proportions déterminées par le Médecin-Conseil de l'Assureur. Le souscripteur doit également percevoir, au titre de son invalidité, une rente ou une pension versée par Caisse des Français de l'Étranger sous réserve des dispositions de l'article 18.2.

Le Médecin-Conseil de l'Assureur procède au classement des invalides dans l'une des trois catégories ci-après :

- Invalidité de 1^{ère} catégorie : Invalides capables d'exercer une activité rémunérée,
- Invalidité de 2^{ème} catégorie : Invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque,
- Invalidité de 3^{ème} catégorie : Invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Le Médecin Conseil de l'Assureur n'est pas tenu par les constatations de la Caisse des Français de l'Étranger. L'Assureur se base sur les conclusions de son Médecin Conseil pour procéder au classement des invalides.

Dans ce cas, une rente se substitue aux indemnités journalières versées jusqu'alors et est servie dès la reconnaissance de l'invalidité ou de l'incapacité permanente de travail au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles.

22.2 Montant de la rente ou de la pension d'invalidité

22.2.1 Invalidité permanente consécutive à une maladie ou à un accident.

Le montant annuel de la rente est fixé en fonction de la catégorie d'invalidité dans laquelle le souscripteur a été classé par le Médecin-Conseil de l'Assureur et du pourcentage de la base des prestations appréciée à la date de l'arrêt de travail du souscripteur, sous déduction de la prestation versée par la Caisse des Français de l'Etranger.

Les prestations de l'Assureur figurent aux conditions particulières, selon la formule effectivement souscrite.

22.2.2 Cas particulier de l'incapacité permanente consécutive à une maladie professionnelle ou à un accident du travail

En cas d'incapacité permanente relevant de la législation sur les accidents de travail ou les maladies professionnelles, le montant annuel de la rente est fixé en pourcentage de la base des prestations appréciée à la date de l'arrêt de travail du souscripteur selon le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par Caisse des Français de l'Etranger, sous déduction de la prestation versée par celle-ci.

Les prestations prévues pour la 2^{ème} catégorie et la 3^{ème} catégorie d'invalides peuvent être accordées aux Souscripteurs reconnus invalides à la suite d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, sous réserve que le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par la Caisse des Français de l'Etranger soit au moins égal à 66%.

Lorsque le taux d'incapacité fonctionnelle déterminé par la CFE est compris entre 33% et 66 %, l'Assureur verse le montant de la rente prévu pour la 2^{ème} catégorie d'invalides affecté du coefficient minorant de $3N/2$ (N étant le taux d'incapacité fonctionnelle).

En deçà de 33%, le versement des prestations par l'Assureur est suspendu.

Les prestations effectives de l'Assureur figurent aux conditions particulières, selon la formule souscrite.

22.2.3 Mi-temps thérapeutique

Lorsqu'un souscripteur reprend une activité à temps partiel, dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique et à condition que la Caisse des Français de l'Etranger maintienne le versement d'une rente, le montant de la rente **est limité à la différence entre** :

- d'une part, la base annuelle des prestations déterminée à la date de l'arrêt de travail,
- et d'autre part, le cumul de la rente maintenue par la Caisse des Français de l'Etranger, reconstituée en brut, et du salaire versé par l'employeur au titre de l'activité partielle du salarié.

22.3 Modalité de règlement

La rente annuelle est payable par quart, au souscripteur, à la fin de chaque trimestre civil.

En cas de décès, la rente n'est due que jusqu'au dernier jour du trimestre civil précédant le décès, un prorata étant dû pour le trimestre civil en cours.

22.4 Règle de cumul

La rente versée par l'Assureur vient en complément :

- des prestations servies par la Caisse des Français de l'Etranger,
- du salaire versé au titre d'une activité à temps partiel. Dans ce cas, le salaire sera reconstitué par application du taux d'activité à temps partiel à la base des prestations définie à l'article 19 et revalorisée, s'il y a lieu, en application de l'article 20,
- de la fraction de salaire total ou partiel dans le cas d'un maintien de salaire total ou partiel de l'employeur,
- des prestations versées au titre de tout autre régime obligatoire.

Ces éléments sont retenus pour leur montant net excepté en cas de versement direct par l'Assureur au souscripteur. Dans ce dernier cas, le montant brut sera pris en compte pour l'application de la règle de cumul ci-dessus.

Le cumul de ces éléments ne peut en aucun cas dépasser 100 % de la Rémunération nette telle que définie à l'article 2 des présentes Conditions Générales, à la date d'arrêt de travail, revalorisé éventuellement en application des dispositions de l'article 20.

Le montant des Prestations versées par l'Assureur sera réduit en conséquence si cette limite est dépassée.

22.5 Cessation de l'indemnisation

Outre les cas de cessation prévus à l'article 3.6.2 des présentes Conditions Générales, le versement de la rente par l'Assureur cesse :

- dès que le souscripteur reprend une activité professionnelle sans diminution de sa Rémunération brute,
- dès que la Caisse des Français de l'Étranger cesse elle-même de verser une pension d'invalidité, ou une rente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles,
- au jour fixé par un éventuel contrôle médical réalisé dans les conditions prévues à l'article 29,
- à la date de liquidation de la pension de vieillesse, y compris au titre de l'incapacité au travail.

Si la rente ou pension d'invalidité de la Caisse des Français de l'Étranger est ou devient nulle, l'Assureur suspend ses prestations.

Article 23 – EXONERATION DES COTISATIONS

L'Assureur exonère du paiement des cotisations arrivant à échéance :

- le Souscripteur indemnisé par l'Assureur au titre de la garantie Incapacité Temporaire de Travail définie à l'article 21 et dans la limite d'une durée maximum de de 3 ans ;
- le Souscripteur indemnisé par l'Assureur au titre de la garantie Invalidité Permanente définie à l'article 22.

Les cotisations cessent d'être dues à compter du premier versement des prestations correspondantes par l'Assureur.

L'exonération s'arrête à la date où le versement des prestations Incapacité Temporaire de Travail (article 21) ou Invalidité Permanente (article 22) par l'Assureur cesse et, en tout état de cause, en cas de cessation de l'adhésion (article 3.6.2).

TITRE III – EXCLUSIONS

Article 24 – EXCLUSIONS APPLICABLES AUX RISQUES DECES, INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL ET INVALIDITE

Ne donnent pas lieu aux garanties Décès, Invalidité et Incapacité temporaire de travail et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Assureur, les sinistres qui résultent :

- **d'accidents, de blessures, mutilations ou maladies qui sont le fait volontaire du Souscripteur ou du bénéficiaire,**
 - **de faits de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, d'insurrections, d'attentats, d'actes de terrorisme, quel que soit le lieu où se déroulent les faits et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que le souscripteur y prend une part active. Lorsque la France est partie belligérante à des faits de guerre étrangère, la prise en charge intervient dans les conditions définies par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre,**
 - **des conséquences de la participation volontaire et violente du Souscripteur à des rassemblements, manifestations sur la voie publique, à des mouvements populaires, rixes, jeux et paris,**
- d'un déplacement ou d'un séjour du Souscripteur dans une des régions ou un des pays formellement déconseillé par le Ministère Français des affaires étrangères, excepté si l'Assureur accepte de couvrir le dit déplacement ou séjour dans les conditions visées au contrat,**
- **directement ou indirectement d'explosion, de dégagement de chaleur ou d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome.**

Article 25 – EXCLUSIONS AUX RISQUES INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL OU INVALIDITE

Ne donnent pas lieu aux garanties Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Assureur :

- **les sinistres qui résultent des troubles mentaux organiques, des troubles de la personnalité et du comportement, des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives, de la schizophrénie, des troubles délirants, des troubles de l'humeur et affectifs y compris des troubles bipolaires, des épisodes ou troubles dépressifs, des troubles névrotiques, des troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes, des syndromes de fatigue chronique, du burn-out, des syndromes de stress post-traumatique, des troubles obsessionnels compulsifs, des douleurs chroniques (fibromyalgie), des troubles de l'alimentation, des troubles du sommeil, de l'état Border Line et des troubles de l'adaptation,**
- **les affections résultant d'une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire (lumbago, lombalgie, sciatique, sciatalgie, cruralgie, névralgie cervico-brachiale, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, et atteintes nerveuses périphériques à ces affections), excepté lorsque ces affections ont donné lieu à un acte chirurgical suivi d'une hospitalisation d'au moins 48 heures. La prise en charge de l'Assureur est, dans ce cas, limitée à 6 mois à compter du premier jour d'hospitalisation.**
- **Les arrêts de travail ou invalidités déclarés par le Souscripteur expatrié non salarié ou sans activité,**

- Les arrêts de travail ou invalidités déclarés par le Souscripteur expatrié salarié ne bénéficient pas des prestations de la CFE pour ces mêmes risques pour quelque motif que ce soit.

Article 26 – EXCLUSIONS AU RISQUE DECES SEUL

Ne donnent pas lieu aux garanties Décès et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Assureur, les sinistres qui résultent :

- du suicide survenant dans le délai d'un an suivant la date de prise d'effet du contrat sauf si le Souscripteur était, à la date de son décès, assuré depuis au moins un an au titre du contrat et/ou au titre d'une affiliation au contrat souscrit antérieurement par ailleurs, si ce contrat comportait une garantie Décès équivalente à celle visée au contrat,
- du meurtre commis sur la personne du Souscripteur dont le bénéficiaire est l'auteur ou le complice et a été condamné de ce fait par une décision de justice devenue définitive.

Article 27 – EXCLUSIONS APPLICABLES A LA SEULE MAJORATION « DECES ACCIDENTEL »

Ne donnent pas lieu à majoration pour «Décès Accidentel» et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Assureur :

- les sinistres consécutifs à un état d'imprégnation alcoolique, s'il est révélé qu'au moment de l'accident, le Souscripteur avait une concentration d'alcool dans le sang égale ou supérieure au taux d'alcoolémie défini dans le Code de la route pour la conduite d'un véhicule, sauf si le(s) bénéficiaire(s) apporte(nt) la preuve que cette concentration d'alcool n'a eu aucun lien de cause à effet avec la réalisation dudit accident,
- les sinistres qui résultent de l'usage de stupéfiants, de tranquillisants ou de produits toxiques non prescrits médicalement,
- de risques aériens se rapportant à :
 - des compétitions organisées dans un cadre officiel ou privé, démonstrations, acrobaties, tentatives de records, raids,
 - des vols d'essai, vols sur prototype,
 - des vols effectués avec un deltaplane ou un engin Ultra Léger Motorisé (ULM),
 - des sauts effectués avec un élastique, un parachute ou un parapente,
 - des vols ou sauts effectués avec tout autre matériel si le matériel ou le vol ou le saut ne sont pas homologués,
 - des vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valides,
- de risques provenant de l'usage de véhicules à moteur, encourus à l'occasion de compétitions organisées dans un cadre officiel ou privé, de courses de vitesse, démonstrations ou acrobaties.

Le fait que l'Assureur ait payé des prestations correspondant à la réalisation d'un risque exclu, même à plusieurs reprises, ne saurait impliquer, de sa part, une renonciation tacite au droit de se prévaloir de ces exclusions.

TITRE IV – VERSEMENT DES PRESTATIONS

Article 28 – CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

Païement des cotisations

Pour que l'Assuré ou les bénéficiaires puissent bénéficier des prestations, le Souscripteur doit avoir payé l'intégralité des cotisations et des sommes qu'il pourrait devoir au titre du présent contrat.

Déclaration des sinistres

Le Souscripteur et plus généralement tous les bénéficiaires des garanties sont tenus, pour bénéficier des prestations correspondant aux garanties du présent contrat, de fournir à l'Assureur les déclarations et pièces justificatives listées ci-dessous.

L'Assureur se réserve le droit de demander au Souscripteur ou au(x) bénéficiaire(s) toute autre pièce justificative pour tenir compte notamment de la situation particulière de l'Assuré à la date du sinistre (travail à temps partiel, licenciement, ...), de la nature du sinistre (accident,...), ou de certaines spécificités dans les garanties souscrites (majorations pour personne(s) à charge, ...).

Les frais liés à l'obtention des pièces justificatives nécessaires au versement des prestations sont à la charge du ou des bénéficiaires de la prestation.

En cas de déclaration frauduleuse de sinistre, l'Assureur n'est redevable d'aucune prestation même pour la part correspondant le cas échéant à un sinistre réel.

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de ...	Décès	PTIA	Double Effet Conjoint	Frais d'obsèques	Incapacité temporaire de Travail	Invalidité
Photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du Souscripteur ou copie de la carte consulaire du Souscripteur	x	x	x			x
Certificat médical précisant la cause du Décès : origine de la maladie, date et nature du décès	x		x			
Certificat médical précisant la cause de l'arrêt de travail ou de l'invalidité : origine de la maladie, contexte de l'Accident					x	x
Certificat de scolarité ou toutes pièces justificatives prouvant que l'enfant répond à la définition d'enfant à charge prévue à l'article 15.3 des Conditions Générales	x	x	x	x		
Extrait d'acte de décès	x		x	x		
Extrait d'acte de naissance de chaque bénéficiaire	x		x			
Extrait d'acte de naissance établie au nom du conjoint décédé			x			
Attestation indiquant la date initiale de l'arrêt de travail du Souscripteur ou, en cas de décès, précisant que le Souscripteur n'était pas en arrêt de travail	x	x			x	x
Décomptes originaux de la CFE ou de la Sécurité Sociale française, ou à défaut attestation portant paiement de ses Prestations en cas d'arrêt de travail, à compter du début de l'indisponibilité	x	x			x	x
Acte de dévolution successorale ou certificat d'hérédité	x		x			
En cas d'accident ou de suicide, rapport de la gendarmerie	x		x			

Protéger c'est s'engager
humanis.com

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de ...

	Décès	PTIA	Double Effet Conjoint	Frais d'obsèques	Incapacité temporaire de Travail	Invaliddité
Photocopie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité		x				x
Photocopie de la notification d'attribution de l'allocation pour tierce personne en cas d'invalidité de 3ème catégorie, ou d'incapacité permanente d'un taux de 100%		x				
Copie de la pièce d'identité du bénéficiaire en cours de validité signée (carte d'identité, passeport...)	x	x	x	x	x	x
Copie intégrale du livret de famille du Souscripteur	x	x	x	x		
Attestation d'engagement dans les liens d'un PACS	x			x		
Justificatif de domicile commun en cas de concubinage	x			x		
Attestation sur l'honneur de non séparation et de non remariage	x					
Facture acquittée concernant les frais d'obsèques				x		
RIB au nom du ou des bénéficiaires des prestations	x	x	x	x	x	x

Obligations du Souscripteur

Le Souscripteur s'engage à informer, sans délai, l'Assureur de tout changement de situation (professionnelle ou personnelle) ayant des conséquences sur les prestations versées par l'Assureur et en particulier :

- La reprise de son activité professionnelle suite à un arrêt de travail,
- Son inscription au Pôle emploi (Services),
- La radiation totale ou partielle de son affiliation à la Caisse des Français de l'Étranger,
- Et le bénéfice des prestations d'un régime de prévoyance.

Par ailleurs, dans le cas d'un sinistre Incapacité Temporaire de Travail, si le Souscripteur perçoit un salaire d'un employeur, le Souscripteur doit communiquer à l'Assureur le montant exact de la rémunération brute qu'il perçoit d'un employeur. A défaut, l'Assureur se réserve le droit de suspendre ses prestations.

Délai d'envoi des dossiers : déchéance partielle

Les demandes de prestations Décès et Invalidité accompagnées des documents justificatifs visés à l'article 28 des présentes Conditions Générales doivent, sous peine de déchéance des droits à indemnisation, être produites à l'Assureur dans un délai maximum de quatre-vingt-dix jours suivant la survenance du sinistre ou sa connaissance par le Souscripteur ou le bénéficiaire.

Si ce délai n'est pas respecté, la date d'effet de la garantie sera fixée au jour de la réception par l'Assureur de la déclaration de sinistre ; le cachet de la poste sur le courrier de déclaration, faisant foi de cette date.

L'Assureur ne pourra se prévaloir de la déchéance que si elle prouve avoir subi un préjudice du fait de la déclaration tardive du Souscripteur ou du bénéficiaire.

Pour la garantie Incapacité Temporaire de Travail, la déclaration devra parvenir à l'Assureur au plus tard quatre-vingt-dix jours après la date d'arrêt de travail.

Tout retard dans cette déclaration cause un préjudice à l'Assureur qui n'est pas en mesure de diligenter son contrôle médical. De ce fait, si la déclaration est faite après le délai évoqué ci-avant, sauf en cas de force majeure dont la preuve reste à la charge du Souscripteur, les prestations ne prennent effet qu'au lendemain de cette déclaration.

Revalorisation des capitaux post-mortem

En cas de décès du Souscripteur (ou du conjoint pour la garantie Double Effet Conjoint), le capital versé est revalorisé à compter de la date du décès jusqu'à la réception de l'intégralité des pièces justificatives nécessaires au règlement des prestations telles que prévues dans les présentes Conditions Générales ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt de ce capital à la Caisse des Dépôts et Consignations (article L.132-27-2 du Code des Assurances français).

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

- La moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente,
- Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

Le taux moyen des emprunts de l'Etat français est consultable sur le site internet de la Banque de France.

Délai de versement des prestations des capitaux décès

L'Assureur verse les prestations en cas de décès au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans les trente jours qui suivent la réception de l'intégralité des pièces nécessaires à leur règlement. Au-delà de ce délai, les sommes non versées produisent de plein droit intérêt au double du taux légal pendant deux mois puis à l'expiration des deux mois, au triple du taux légal.

Article 29 – CONTROLE MEDICAL

Le service médical de l'Assureur se réserve le droit de demander au Souscripteur un certificat médical dûment rempli par le médecin traitant en cas d'Incapacité de Travail ou d'Invalidité Permanente donnant lieu au versement de prestations de la part de l'Assureur. Cette demande du service médical de l'Assureur peut intervenir à tout moment aussi bien avant le versement des premières prestations qu'en cours de versement.

Le certificat médical est étudié par le Médecin-conseil de l'Assureur qui peut convoquer le Souscripteur à une expertise médicale pour un contrôle. Selon les conclusions du médecin expert, l'Assureur pourra remettre en cause le versement ou le montant des prestations.

Le service médical de l'Assureur peut faire procéder par un médecin désigné par lui, au contrôle médical du bénéficiaire qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre des garanties prévues au contrat, lorsque ces prestations sont liées à l'état de santé.

Si le bénéficiaire se refuse à un contrôle médical ou si, n'ayant pas notifié à l'Assureur son changement d'adresse, il ne peut être joint, les garanties et les prestations sont suspendues à son égard, après envoi d'une mise en demeure envoyée à la dernière adresse connue figurant au dossier du bénéficiaire.

Si le résultat de l'examen médical effectué est contesté par le médecin du bénéficiaire, il est fait appel à un troisième praticien pour les départager. A défaut d'entente sur la désignation de ce dernier, le choix sera fait à la diligence de l'Assureur par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant par ordonnance de référé, dans le ressort duquel se situe le siège social de l'Assureur.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Ceux du tiers arbitre ainsi que les frais que comporte l'exercice de sa mission sont supportés par les deux parties à parts égales.

Si les conclusions du contrôle médical conduisent à une remise en cause de l'attribution des prestations, leur versement cessera dès notification à l'intéressé par lettre recommandée avec avis de réception. Les sommes indûment versées au bénéficiaire devront être restituées à l'Assureur.