



Société de courtage d'assurances

zéphir prévoyance

NOTICE D'INFORMATIONS

INDEMNITÉS JOURNALIÈRES
RENTE D'INVALIDITÉ • DÉCÈS

► ARTICLE 1-1 : OBJET DU CONTRAT - DEFINITION

Il a été conclu une convention de groupe à adhésion facultative entre l'Association des Assurés du Groupe Zéphir Assurances "La Caisse de Prévoyance Régionale" - Association Loi 1901 - Rue du Président Wilson 44110 CHATEAUBRIANT et La Société QUATREM - Assurances Collectives - BP 46009 - 75423 PARIS Cedex 09.

Cette convention porte le numéro 0010967/00001. La gestion de ce contrat groupe a été confiée au Groupe Zéphir Assurances - Société de Courtage d'Assurances BP 137 - 44144 CHATEAUBRIANT cedex 09

A - Objet du Contrat

Le présent contrat d'Assurance de Groupe est souscrit par l'Association en vue de faire bénéficier les assurés du Groupe Zéphir Assurances de garanties en cas :

- d'incapacité temporaire totale de travail
- d'invalidité - incapacité permanente
- de décès

B - Définition

Le présent contrat est soumis aux règles des contrats d'Assurance Groupe, article L 140-4 du CODE DES ASSURANCES : "Information de l'adhérent" - * Introduit par l'article 16 de la loi n° 89-1014 du 31 décembre 1989 (JO du 3 janvier 1990).

« Le souscripteur est tenu :

- de remettre à l'adhérent une notice établie par l'assureur qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre ;
- d'informer par écrit les adhérents des modifications qu'il est prévu, le cas échéant, d'apporter à leurs droits et obligations.

L'adhérent peut dénoncer son adhésion en raison de ces modifications dès que celles-ci sont portées à sa connaissance et au plus tard dans un délai de 30 jours.

Après cette période, l'assuré accepte les nouvelles conditions.

L'adhérent doit être informé des modifications apportées à ses droits et obligations. A cette condition, la modification lui est opposable. Caducité de la jurisprudence antérieure.

► ARTICLE 1-2 : CHAMP D'APPLICATION DE L'ASSURANCE

Il est précisé qu'il ne peut y avoir assurance sans adhésion à l'Association, et que l'Assurance ne peut être maintenue si l'adhésion à l'Association n'est pas poursuivie.

Toute personne adhérent à l'Association est dénommée ci-après l'Adhérent.

L'Assurance ne peut prendre effet, en tout état de cause, qu'après acceptation par l'Assureur des risques à garantir ; cette acceptation dépend de l'état de santé des personnes à assurer tel qu'apprécié en considération des réponses faites à un questionnaire médical ou, si besoin est, des conclusions d'un examen médical passé devant un médecin agréé par l'Assureur.

Ce dernier se réserve le droit de rejeter les risques présentés qui ne lui paraîtraient pas satisfaisants ; ou de les accepter avec réserve et/ou de les supprimer sans avoir à justifier sa décision.

Toute personne sans emploi ou inscrite à l'A.N.P.E., ou n'exerçant aucune activité professionnelle ou en arrêt d'activité pour maladie ou accident ne peut devenir adhérent.

Toute personne recevable dans l'Assurance et dont l'affiliation au présent contrat est demandée par l'Association doit remplir un bulletin individuel du modèle fourni par l'Assureur. Après acceptation par l'Assureur, l'Association adressera l'accord de garantie à l'Adhérent.

Il est précisé qu'aucune garantie n'est accordée tant que les formalités ici prévues n'ont pas été accomplies, et tant que la cotisation n'a pas été réglée par l'Adhérent.

Après acceptation de l'Assureur, l'Adhérent est dénommé ci-après l'Assuré.

L'Assurance est applicable aux assurés âgés au maximum de 60 ans et exerçant une activité professionnelle.

Toutefois, l'entrée dans l'assurance n'est possible qu'avant le cinquantième anniversaire de l'adhérent.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle ou non intentionnelle, il sera fait application de l'article L 113-8 du Code des assurances (l'assuré s'expose à la nullité de son contrat et en cas d'omission ou de déclaration inexacte, il sera fait application des articles L 113-9 et L 132-26 du Code des Assurances).

Il est précisé que tout changement d'option en augmentation entraîne une nouvelle demande d'acceptation. Cette demande ne peut se faire pendant une période d'arrêt de travail.

► ARTICLE 1-3 : PRISE D'EFFET - DUREE - RESILIATION

Le présent contrat prend effet après signature des documents ci-dessus indiqués et accord de l'Assureur.

Il se renouvellera ensuite annuellement à l'échéance du contrat de chaque année par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'une des parties, par lettre recommandée, avec un préavis de 2 mois.

Son renouvellement est en particulier subordonné au respect des dispositions de l'Article R 140-3 du Code des Assurances (effectif minima conditionnant l'existence d'une Assurance de Groupe à adhésion facultative).

L'affiliation personnelle de chaque Assuré au présent contrat peut être dénoncée dans les mêmes conditions que le contrat lui-même.

Les garanties cessent au plus tard :

- lorsque l'adhérent atteint son soixantième anniversaire,
- en cas de cessation d'activité professionnelle ou de départ à la retraite,

L'adhésion se trouve résiliée de plein droit. L'adhérent s'oblige à en informer l'Association. Dans le cas contraire, le paiement des prestations ne pourra avoir lieu même si les cotisations ont été réglées.

Si cet événement survient en cours d'année, la cotisation sera remboursée au prorata temporis.

Les Assurés recevant des prestations au moment de la résiliation continueront à les percevoir selon les dispositions du contrat ; toutefois la revalorisation cesse au jour de la résiliation.

« L'Assuré s'engage à tenir informé l'Assureur de tout changement de profession et/ou d'aggravations de l'activité professionnelle déclarée, au plus tard dans le mois qui suit cet état de fait, faute de quoi, la garantie ne serait pas acquise à l'Assuré ».

► ARTICLE 1-4 : RISQUES GARANTIS

L'Assureur garantit aux Assurés le paiement :

- d'une indemnité journalière, après application des franchises et délais fixés sur le certificat de garantie, en cas d'INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL par suite de maladie et ou accident.
- d'une rente en cas d'INVALIDITE 1^{ère}, 2^e ou 3^e catégorie, ou d'INCAPACITE PERMANENTE d'un taux supérieur à 33 %, (uniquement si cette garantie a été souscrite, se reporter au certificat de garantie),
- d'un capital en cas de DECES,
- d'un capital en cas d'INVALIDITE TOTALE OU PARTIELLE par suite d'un accident, après application d'une franchise atteinte rappelée au certificat de garantie (uniquement si cette garantie a été souscrite).

Ces garanties seront accordées sous réserve des dispositions du Code des Assurances et des restrictions énumérées ci-après

DÉCÈS

- Le suicide n'est couvert que s'il survient plus de 2 ans après l'entrée dans l'assurance,
- En cas de guerre les garanties seront déterminées par la législation.
- Garantie exclue si le décès est causé volontairement par le ou les héritiers.

INDEMNITES JOURNALIERES - RENTE D'INVALIDITE

- Elles ne pourront faire en sorte que l'Assuré ait, avec ses autres régimes de prévoyance, un revenu supérieur à celui qu'il avait en activité.

Le cumul des indemnités versées par l'assureur, la Sécurité sociale et tout autre organisme, ne peut excéder le revenu de l'assuré.

► ARTICLE 1-5 : RISQUES EXCLUS

« Il est précisé que toutes les suites, conséquences, séquelles et aggravations de toutes les affections portées ou non à la connaissance de l'Assureur, et trouvant leur origine avant la souscription du contrat, sont exclues de nos garanties ».

NE SONT PAS GARANTIES les suites, conséquences ou aggravations d'un état pathologique ou traumatique résultant de :

- Etat alcoolique aigu ou chronique (taux d'alcoolémie supérieur ou égal au taux légal), usage de stupéfiants, barbituriques et tranquillisants non prescrits médicalement, des stimulants, anabolisants et hallucinogènes.
- Participation à une rixe (sauf cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger), à des émeutes ou mouvements populaires.
- Toute faute intentionnelle ou dolosive de la part de l'Assuré ou d'un bénéficiaire du contrat.
- La guerre civile ou étrangère, les catastrophes naturelles, la désintégration du noyau atomique et tout phénomène de radioactivité, la détention et la manipulation d'engins de guerre.

- La pratique par l'assuré :
- de tout sport en qualité de professionnel ou d'amateur ayant le statut de haut niveau reconnu par une Fédération Sportive*,
- des sports aériens, sports de glisse (mer, terre, neige et glace), sports de combat*,
- d'exercices acrobatiques, sauts dans le vide, paris ou défis, raids*,
- de compétitions motocyclistes comme pilote ou passager*.
- Le pilotage par l'Assuré de tout véhicule sans permis ou certificat en état de validité, d'appareil de navigation aérienne. Les risques résultant d'un accident d'aviation ne sont couverts que si l'assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat de navigabilité en cours de validité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmée correspondant au type d'appareil concerné.

Autres risques aériens :

Sont exclus les risques liés aux compétitions, démonstrations, records et tentatives de records aériens, aux vols acrobatiques, vols d'apprentissage, vols d'essais, vols à voile, vols en prototype, montgolifières, dirigeables, deltaplane, parapente, U.L.M. et parachutisme sous toutes ses formes que n'exigerait pas la situation critique de l'appareil.

- Ces exclusions s'appliquent tant à l'entraînement qu'aux compétitions.

SONT EGALEMENT EXCLUS :

- L'incapacité, les séjours et frais d'hébergement et de voyage y afférents :
- en cures thermales,
- en maisons de retraite, hospices, sources de gérontologie ou gériatrie ou de tout autre établissement dit à long séjour "au sens de la Sécurité Sociale",
- en centre de rééducation professionnelle (En cas de rééducation fonctionnelle, les garanties sont acquises s'il y a prise en charge par le régime obligatoire).
- L'incapacité due à une grossesse normale et aux congés pré et post natus.
- Les cures de désintoxication, de psychanalyse.
- Les cures de rajeunissement, diététiques ou esthétiques non réparatrices ainsi que les séjours en milieu spécialisé correspondant.
- La thalassothérapie.
- Les périodes passées sous les drapeaux (y compris périodes de réserve) sauf lors des "permissions".

SONT ENFIN EXCLUS sauf s'ils sont la conséquence directe d'un accident garanti :

- Les traitements de la stérilité, l'interruption volontaire de grossesse (excepté en cas de viol constaté judiciairement).
- Les maladies mentales caractérisées :
- névroses chroniques obsessionnelles, hystéri-formes, l'anorexie mentale,
- dépression endogène ou mélancolique,
- psychoses schizophréniques, paranoïaques et maniaco-dépressives,
- autisme.

PARTICULARITES

A - En cas de grossesse à haut risque, les prestations ne pourront être versées que si l'incapacité entraîne une hospitalisation (après application des franchises prévues).

Toutefois, même s'il y a hospitalisation, les prestations ne pourront être versées pendant les 30 jours qui précèdent la date présumée de l'accouchement, et ne reprendront, au plus tard, que 45 jours après l'accouchement.

En cas d'accouchement prématuré, le versement des prestations cessera, au plus tard, le jour de l'accouchement.

B - Pour les maladies de type névrotique, asthénique, neuropsychiatrique, neuropsychique, dépression nerveuse ou fatigue, le versement des prestations ne pourra excéder 365 jours pour un même adhérent versées en une ou plusieurs fois pendant la vie du contrat.

De plus, ces affections sont toujours assorties d'une franchise de 90 jours.

C - Toutes les maladies de type :

- lombagos, lombalgies, sciatiques et affections dites « tour de rein », cervicalgies,
- déchirures musculaires et élongations,
- toutes les hernies, quelles que soient leur origine, leur cause et leur nature,
- les névrites atteignant un nerf de la région traumatisée.

Sont toujours indemnisées comme une maladie même si la manifestation a lieu d'une façon soudaine ou imprévisible, jamais considérées comme accident, même en cas de chute ou d'accident caractérisé (avec application de la franchise maladie).

De plus les indemnités journalières concernant les affections citées aux paragraphes B et C ci-dessus ne pourront être versées, en une ou plusieurs fois, pendant la vie du contrat, pendant plus de 365 jours avec application de la franchise maladie prévue au certificat de garantie.

Pour les affections décrites au paragraphes B et C, les prestations seront également uniformément réduites de 30 % en cas d'invalidité.

D - Rechute

Pour tout assuré ayant commencé à bénéficier des prestations, toute reprise de travail d'une durée inférieure à 2 mois n'entraînera qu'une suspension du paiement des prestations, sans application d'un nouveau délai de franchise, en cas de nouvel arrêt de travail pour la même cause.

En revanche, toute rechute survenant après une reprise supérieure à 2 mois sera considérée comme un nouvel arrêt de travail.

Toutes les fois que les conséquences d'un accident sont aggravées par un manque de soins constaté ou un traitement empirique, l'indemnité est calculée non sur les suites effectives du cas, mais sur celles qu'il aurait eues chez un sujet de santé normale soumis à un traitement médical rationnel.

► ARTICLE 1-6 : CLAUSE D'ARBITRAGE

Le présent contrat étant fait et souscrit de bonne foi, les parties contractantes déclarent, tant pour elles-mêmes que pour les autres parties intéressées à son application, s'en reporter en cas de difficulté à la sentence rendue par deux arbitres désignés par chacune d'elles.

Si ces deux arbitres ne se trouvaient pas d'accord sur la sentence à rendre, ils devraient s'entendre sur le choix d'un tiers arbitre.

Au cas où ils ne pourraient pas y parvenir, le tiers arbitre serait nommé par l'Autorité Judiciaire compétente, sur simple requête de la partie la plus diligente.

La sentence du tiers arbitre sera obligatoire pour les parties qui s'engagent à supporter, par parts égales, tant les frais de sa nomination que le montant de ses honoraires.

PRESCRIPTIONS

Il sera fait application de l'article L.114-1 du Code des Assurances (toutes actions dérivant du contrat d'assurance sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance).

TITRE 2 - REGLEMENTS DES RISQUES COUVERTS PAR L'ASSURANCE

► ARTICLE 2-1 : GARANTIE INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL

Toute fausse déclaration effectuée sciemment sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences d'un sinistre entraîne déchéance de tout droit à la garantie.

En cas d'incapacité temporaire totale de travail consécutive à une maladie ou un accident, l'Assureur verse à l'Assuré une indemnité suivant les conditions fixées sur le certificat de garantie.

L'Assuré est exonéré de ses cotisations après 90 jours d'arrêt total de travail (sauf précisions complémentaires portées au certificat de garantie).

Il est rappelé que les garanties ne prennent effet, sauf pour un arrêt d'origine accidentelle, qu'au 91^e jour suivant la date d'entrée acceptée par l'Assureur.

Les suites et conséquences de maladie intervenant pendant le délai d'attente ne peuvent, en aucun cas, donner lieu à la mise en jeu des garanties.

En cas d'augmentation des garanties, il est fait à nouveau application des délais d'attente.

Il est toutefois précisé que les affections antérieures sont exclues.

L'Assuré est tenu de déclarer l'arrêt de travail dans les trois jours, en faisant parvenir à l'Assureur une déclaration signée par lui-même, accompagnée d'un certificat médical précisant la cause de l'arrêt et la date d'apparition des premiers symptômes.

Il est également tenu de transmettre à l'Assureur, dans le même délai les certificats de prolongation ou de guérison. Si la déclaration ou la prolongation n'est pas transmise dans ces délais, l'Assureur pourra refuser ou interrompre la prise en charge du sinistre.

En cas d'incapacité complète de travail susceptible d'ouvrir droit aux prestations prévues par le contrat, le sociétaire doit en faire la déclaration à l'assureur (sauf cas fortuit ou de force majeure), dès qu'il en a

connaissance et, au plus tard, dans le délai de franchise fixé pour cette garantie. Au-delà de cette limite, le délai de franchise est appliqué à compter de la date de réception de la déclaration.

Le règlement des prestations cesse au plus tard :

- à la fin du délai fixé par le contrat choisi,
- à la reprise même partielle d'une activité,
- au soixantième anniversaire de l'Assuré,
- à la date de consolidation dûment constatée et reconnue par un médecin expert désigné par l'Assureur.

L'Assuré ne peut percevoir pour la même période, d'indemnités au titre de plusieurs événements garantis (accident, maladie).

► ARTICLE 2-2 : GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE

(Lorsque cette garantie a été souscrite)

Important :

- Le service de la rente est interrompu à la fin de l'état d'invalidité ou incapacité permanente et, au plus tard, la date à laquelle l'Assuré commence à percevoir les arrérages de la pension vieillesse de la Sécurité sociale ou de tout organisme, sans pouvoir excéder la date à laquelle l'Assuré atteint son 60^e anniversaire.
- Le paiement de la rente débute à la date de consolidation dûment constatée et reconnue par un médecin expert.

A – Invalidité Permanente Totale

Est considéré comme en invalidité permanente totale un Assuré atteint d'un taux d'invalidité de plus de 66 % d'après le barème des accidents du travail.

Dans ce cas l'Assureur verse, par trimestre civil échu, une rente d'invalidité correspondant à l'option choisie.

B – Invalidité Permanente Partielle

Est considéré comme en invalidité permanente partielle un Assuré atteint d'un taux d'invalidité « N » compris entre 33 % et 66 % d'après le barème des Accidents du Travail.

Dans ce cas l'Assureur verse, par trimestre civil échu, une rente d'invalidité correspondant à N – 33/33 de la rente versée en cas d'invalidité permanente totale.

C – Dispositions communes

A toute époque, les médecins de l'Assureur doivent, sous peine de déchéance de garantie et de suspension des prestations en cours, pouvoir contrôler médicalement l'état de l'Assuré. Ce dernier pourra toutefois exiger la présence de son médecin traitant. Tout litige d'ordre médical entraînera une expertise contradictoire du médecin de l'Assuré et de celui de l'Assureur (médecin tiers arbitre au besoin).

La rente sera supprimée, réduite ou augmentée selon l'état d'invalidité de l'Assuré au moment de l'expertise et à compter de la date de celle-ci. Aucune rente n'est versée si le taux est inférieur ou égal à 33 %.

L'Assuré est exonéré du paiement de ses cotisations :

- totalement s'il est en invalidité permanente totale
- partiellement, dans la même proportionnalité que le taux de versement de la rente s'il est en invalidité partielle.

► ARTICLE 2-3 : GARANTIE DECES

A - En cas de décès d'un Assuré.

L'Assureur paie au bénéficiaire désigné le capital garanti correspondant à l'option choisie par l'Assuré.

Cette garantie cesse, en tout état de cause, au SOIXANTIEME anniversaire.

En application des dispositions au présent contrat, le bénéfice du capital décès revient à défaut de désignation expresse :

- au conjoint de l'Assuré non divorcé, ni séparé de corps, de droit ou de fait.
- à défaut, aux héritiers de l'assuré (c'est à dire en premier lieu aux enfants de l'assuré vivants ou représentés).

En tout état de cause, le paiement des sommes dues est indivisible à l'égard de l'assureur qui règle sur quittance conjointe des intéressés.

Le paiement des sommes dues par l'assureur intervient dans les 15 jours suivants la réception par l'assureur des pièces suivantes :

- un acte de décès,
- copies du livret de famille précisant si besoin les mentions marginales de l'assuré et des bénéficiaires,
- un certificat médical du médecin ayant constaté le décès et indiquant la cause exacte : mort naturelle, accidentelle ou suicide,
- le cas échéant, PV de police et pièces officielles...

B - Invalidité absolue et définitive

En cas d'invalidité absolue et définitive d'un Assuré (*3^e catégorie de la Sécurité Sociale) et quand cette garantie a été souscrite (se reporter au certificat de garantie), ce dernier devant fournir à l'appui tous documents probatoires ou leurs photocopies, six mois après la preuve de l'état d'invalidité absolue et définitive, l'Assureur paie, en quatre trimestrialités le capital pour lequel l'Assuré était garanti en cas de décès lors de l'accident ou de la maladie ayant provoqué cet état.

- La 3^e catégorie définie par l'article 310 du Code de la Sécurité Sociale : 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 versement de ce capital met fin au contrat et ne peut se cumuler avec l'article 2-3 « GARANTIE DECES ».

► ARTICLE 2-4 : CAPITAL INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE ACCIDENT (Contrats SAPHIR et ETOILE)

Lorsque cette garantie a été souscrite, il est versé un capital dont le montant est stipulé sur le certificat de garantie après application d'une franchise relative (se reporter au certificat de garantie).

► ARTICLE 2-5 : OBLIGATION DE L'ASSURE EN ARRÊT

L'Assuré en arrêt de travail doit IMPERATIVEMENT s'abstenir de toute activité professionnelle.

L'assuré doit également se soumettre aux contrôles médicaux ou administratifs demandés par l'Assureur ; toute réticence entraînera la suspension du paiement des indemnités journalières.

Les médecins et représentants de l'assureur doivent avoir libre accès auprès de l'assuré afin de contrôler son état de santé.

En cas de refus de l'intéressé, celui-ci peut être mis en demeure, par lettre recommandée, d'avoir à se soumettre à ce contrôle.

Si dans un délai de dix jours, le cachet de la poste faisant foi, cette lettre recommandée reste sans réponse de la part de l'assuré (sauf cas de force majeure) ou si celui-ci maintient son refus sans justification valable, il perd tout droit à indemnisation pour le sinistre considéré.

► ARTICLE 2-6 : SUBROGATION

L'Association est subrogée de plein droit à l'Adhérent, victime d'un accident, dans son recours contre le tiers responsable, dans les limites des indemnités journalières qu'elle a versées.

TITRE 3 - FONCTIONNEMENT FINANCIER DU CONTRAT

► ARTICLE 3-1 : COTISATIONS

Les cotisations sont à la charge des Assurés et doivent être réglées dans les 30 jours qui suivent l'échéance.

Les cotisations sont payables annuellement ou semestriellement suivant l'option choisie par l'Assuré et son âge, calculée par différence de millésime entre l'année d'appel et de la cotisation.

Cette cotisation qui change lors de chaque franchissement de classe d'âge, représente seulement 75 % des cotisations contractuelles. En conséquence, les cotisations appelées pourraient être relevées d'un tiers. Les garanties et cotisations seront actualisées chaque 1^{er} janvier.

L'entrée dans l'Assurance est limitée à 50 ans ; les cotisations au-dessus de cet âge sont appliquées aux Assurés ayant adhéré avant leur 50^e anniversaire et toujours présents dans l'Assurance au-delà de cet âge.