
GENERALI PREV TNS

Notice d'information

Sommaire

Glossaire	6
A - Dispositions Générales	8
Préambule	8
Article 1 - Conditions d'adhésion	8
Article 2 - Effet - Durée - Résiliation et Modifications des conventions	8
2.1 Effet - Durée	8
2.2 Résiliation	8
2.3 Modifications des conventions	9
Article 3 - Effet - Durée de l'adhésion - Radiation des adhésions - Évolution des garanties - Sans effet - Cessation des garanties et des prestations	9
3.1 Conclusion de l'adhésion - Date d'effet	9
3.2 Durée de l'adhésion	9
3.3 Radiation des adhésions	9
3.4 Évolution des garanties	9
3.5 Cessation des garanties et des prestations	9
Article 4 - Sanctions en cas de fausse déclaration	10
Article 5 - Exclusions et limitations.....	10
5.1 Risques exclus	10
5.2 Limitations particulières	10
Article 6 - Procédure d'arbitrage	11
Article 7 - Subrogation	11
Article 8 - faculté de renonciation	11
Article 9 - Faculté de renonciation en cas de souscription du contrat dans le cadre d'un démarchage à domicile	12
Article 10 - Délai de prescription	12
Article 11 - Examen des réclamations - Médiation - Autorité de contrôle	13
11.1 Examen des réclamations.....	13
11.2 Médiation.....	13
11.3 Autorité légale chargée du contrôle de l'Assureur	13
Article 12 - Information sur la protection des données personnelles	13
Article 13 - Loi applicable à l'adhésion et régime fiscal	15
B - Définitions des garanties	16
CONVENTION N° 15 000 286	
Article 14 - Garantie décès.....	16
14.1 Garantie décès toutes causes.....	16
14.2 Garantie immédiate	16
14.3 Garantie doublement en cas de décès accidentel	16
14.4 Double effet.....	16
Article 15 - Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	16
15.1 Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie toutes causes	16
15.2 Garantie Doublement en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie accidentelle.....	16
Article 16 - Incidence de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Adhérent sur les garanties « Rente de conjoint » et « Rente éducation ».....	17
Article 17 - Revenu de remplacement	17
19.1 Indemnités journalières en cas d'Incapacité temporaire totale (ITT)	17
19.2 Incapacité temporaire partielle	17
19.3 Rente d'invalidité	18

Sommaire

Article 20 - Frais professionnels	19
20.1 Indemnités journalières en cas d'Incapacité temporaire totale (ITT)	19
20.2 Incapacité temporaire partielle	19
Article 21 - Exonération des cotisations en cas d'arrêt de travail	19
Article 22 - Revalorisation en cas de décès	20
Article 23 - Revalorisation des prestations	20
C - Détermination des garanties et des prestations	20
Article 24 - Classes professionnelles de tarification	20
Article 25 - Calcul et paiement des cotisations - Indexation des garanties	20
25.1 Les cotisations à la date d'effet de l'adhésion.....	20
25.2 À chaque échéance anniversaire	20
25.3 Indexation des garanties	20
Article 26 - Augmentation ou ajout de garanties - Diminution ou suppression de garanties à la demande de l'Adhérent	21
Article 27 - Modification du risque	21
D - Service des prestations	21
Article 28 - Pièces à fournir en cas de décès	21
Article 29 - Pièces à fournir en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	22
Article 30 - Formalités en cas d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente	22
30.1 Pièces à fournir.....	22
30.2 Contrôle et expertise médicale	22

Glossaire

Pour faciliter la compréhension des garanties, sont rassemblées ci-dessous les définitions des termes les plus fréquemment utilisés dans la présente notice d'information. Vous retrouverez ces termes commençant par une majuscule dans le document.

A

ACCIDENT

Toute lésion corporelle médicalement constatée, provoquée par l'action, la réaction ou la résistance d'un élément extérieur à l'Adhérent et résultant d'un événement soudain, imprévu qui est extérieur à ce dernier ou, s'il n'est pas extérieur, qui est involontaire.

Ne constituent pas des accidents, les affections résultant de la contamination ou infection par des agents infectieux biologiques ou non et notamment bactéries, virus, parasites ou prions, ainsi que les infarctus, les hernies, les lumbagos, les sciatiques, et les chocs émotionnels.

ACTE CHIRURGICAL

Intervention pratiquée par un chirurgien, suite à une maladie ou un accident, en clinique ou hôpital (y compris acte chirurgical ambulatoire).

ADHÉRENT(E)/ASSURÉ(E)

La personne physique qui adhère au CERCLE DES EPARGNANTS et s'engage à payer les cotisations. C'est également la personne sur laquelle repose le risque et dont l'état de santé conditionne le versement des prestations garanties.

ASSURABLE

Candidat à l'assurance, pour lequel l'assureur n'a pas encore accepté le risque.

B

BÉNÉFICIAIRE(S)

La (ou les) personne(s) physique(s) ou morale(s) qui reçoit(vent) le capital ou la rente en cas de décès de l'Adhérent. L'Adhérent peut désigner le(s) Bénéficiaire(s) dans le Bulletin d'adhésion ou ultérieurement par avenant à l'adhésion. À tout moment, l'Adhérent peut modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée.

La désignation du (des) Bénéficiaire(s) peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique.

Sauf stipulation contraire de la part de l'Adhérent, les Bénéficiaires en cas de décès désignés sont :

- le conjoint de l'Adhérent,
- à défaut les enfants de l'Adhérent, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales entre eux,
- à défaut, les héritiers de l'Adhérent.

Lorsque le(s) Bénéficiaire(s) est (sont) nommé(s) désigné(s), l'Adhérent doit rédiger sa clause de la manière la plus complète possible en indiquant les nom, prénom, nom de naissance, date et lieu de naissance ainsi que les coordonnées des bénéficiaires désignés. Ces informations seront utilisées par l'Assureur en cas de décès de l'Adhérent afin d'identifier rapidement et d'entrer en relation avec les Bénéficiaires de l'adhésion si ceux-ci ne se sont pas déjà manifestés par eux-mêmes ou par l'intermédiaire du notaire en charge de la succession.

Lorsque l'adhésion ne comporte pas de désignation de Bénéficiaire qui puisse produire effet, il est convenu entre les parties que le(s) Bénéficiaire(s) en cas de décès sont « les héritiers de l'Adhérent ».

Le(s) Bénéficiaire(s) peut(vent) accepter le bénéfice de l'adhésion. L'acceptation ne peut intervenir qu'au bout de trente jours à compter du moment où l'adhésion au contrat est conclue. L'attention de l'Adhérent est attirée sur le fait que la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le(s) Bénéficiaire(s).

Sauf évolution jurisprudentielle et/ou de la réglementation, l'acceptation du bénéfice de l'adhésion par le(s) Bénéficiaire(s) dans le respect des modalités définies à l'article L132-9 du Code des assurances empêche l'Adhérent de procéder, notamment, à la révocation des bénéficiaires acceptants et ce sans leur autorisation

préalable.

En cas d'acceptation du bénéfice de l'adhésion, le(s) Bénéficiaire(s) acceptant(s) doit(vent) donner son (leur) accord exprès, accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité officielle en cours de validité avec photographie et mentions lisibles (carte nationale d'identité, passeport, etc.) à la réalisation de l'opération désignée au paragraphe ci-dessus.

Aucune des dispositions du présent contrat n'a pour effet de conférer un droit particulier à un Bénéficiaire acceptant.

C

CLASSE PROFESSIONNELLE DE TARIFICATION

Les Adhérents sont répartis en 7 classes de tarification pour tenir compte du niveau de risque correspondant à leur activité professionnelle.

CONJOINT DE L'ADHÉRENT

Époux, épouse, ni divorcé, ni séparé de droit, personne liée à l'Adhérent par un Pacte Civil de Solidarité, ou concubin (par production d'un justificatif officiel de vie commune).

CONSOLIDATION

Date à partir de laquelle l'état de santé d'un Adhérent est reconnu par l'Assureur, compte tenu des connaissances scientifiques et médicales, comme ne pouvant plus être amélioré par traitement.

D

DÉLAI D'ATTENTE

Période qui suit la date d'effet de l'adhésion pendant laquelle la survenance d'une maladie ne donne lieu à aucune indemnisation, et ce, de façon définitive.

DÉLAI DE FRANCHISE

Période fixée au Certificat d'adhésion au terme de laquelle débute l'indemnisation en cas de sinistre ouvrant droit à prestations.

E

ÉCHÉANCE ANNIVERSAIRE

Date de renouvellement annuel de l'adhésion.

ÉCHÉANCE PÉRIODIQUE

Date à laquelle une cotisation devient exigible.

Glossaire

ENFANT À CHARGE

On entend par enfant à charge, l'enfant légitime, reconnu, adoptif ou recueilli au foyer de l'Adhérent, qui au moment du sinistre est :

- âgé de moins de 18 ans ;
- ou,
- âgé de 18 et plus mais de moins de 28 ans sous conditions :
 - qu'il poursuive des études secondaires ou supérieures ;
 - ou,
 - qu'il se trouve sous contrat d'apprentissage ;

ou,

- qu'il bénéficie de l'allocation aux adultes handicapés prévue à l'article L821-1 du Code de la Sécurité sociale ou si l'Adhérent perçoit pour cet enfant l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé prévue à l'article L541-1 du Code de la Sécurité sociale.

Est également considéré à charge, l'enfant de l'Adhérent pour lequel celui-ci est tenu de verser une pension alimentaire par décision de justice, sous réserve des conditions prévues exposées ci-dessus.

F

FORFAIT HOSPITALIER

Somme versée au titre des frais d'hospitalisation pour une personne hospitalisée pour une durée supérieure à 24 heures. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie.

H

HOSPITALISATION (En cas d'incapacité de travail)

Séjour en qualité de patient, en clinique ou hôpital, nécessité par une maladie ou un accident et prescrit par un médecin pour y recevoir un traitement ou des soins.

I

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE

Un Assuré est considéré en état d'incapacité temporaire totale de travail lorsqu'à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une grossesse à caractère pathologique, il se trouve dans l'impossibilité absolue, complète et continue pour raisons médicales justifiées, d'exercer l'ensemble de ses activités professionnelles.

La mise en jeu de la garantie est conditionnée par l'exercice effectif, à la date du sinistre, d'une activité professionnelle rémunérée.

INCAPACITÉ TEMPORAIRE PARTIELLE

Un Assuré est considéré en état d'incapacité temporaire partielle de travail lorsqu'à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'une grossesse à caractère pathologique, il se trouve dans l'impossibilité partielle et continue pour raisons médicales justifiées, d'exercer l'ensemble de ses activités professionnelles.

La mise en jeu de la garantie est conditionnée par l'exercice effectif, à la date du sinistre, d'une activité professionnelle rémunérée.

INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE

Un Assuré est considéré en état d'invalidité permanente totale lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie, et après consolidation de son état reconnu par l'Assureur, il se trouve dans l'impossibilité complète et continue pour des raisons médicales justifiées, d'exercer l'ensemble de ses activités professionnelles.

Dans ce cas, le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 66 %.

INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE

Un Assuré est considéré en état d'invalidité permanente partielle lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie, et après consolidation de son état reconnu par l'Assureur, il se trouve dans l'impossibilité partielle et continue pour des raisons médicales justifiées, d'exercer l'ensemble de ses activités professionnelles.

Dans ce cas, le taux d'invalidité est inférieur à 66 % mais supérieur ou égal à 33 %.

M

MALADIE (PATHOLOGIE)

Toute altération pathologique de la santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pour origine ni un accident ni le fait volontaire de l'Assuré ou d'un tiers.

Les infarctus, les hernies, les lombagos, les sciatiques, les chocs émotionnels et les grossesses à caractère pathologique sont considérés comme des maladies.

P

PTIA (Perte Totale et Irréversible d'Autonomie)

Un Assuré est considéré atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie, il est dans l'impossibilité présumée définitive de se livrer à une occupation quelconque lui procurant gain ou profit, et dans l'obligation absolue et présumée définitive d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (faire sa toilette, s'habiller, se nourrir, se déplacer).

R

RECHUTE

Nouvelle manifestation d'une maladie ayant déjà donné lieu à une indemnisation.

REVENUS ANNUELS

Revenus annuels nets imposables et dividendes déclarés en N-1 où la moyenne des revenus annuels nets imposables et dividendes en N-1 et N-2. N étant l'année de référence.

A - Dispositions Générales

Préambule

Le contrat GENERALI PREV TNS est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative régi par le Code des assurances et la législation en vigueur et relevant des branches 1 (Accidents), 2 (Maladie) et 20 (Vie-Décès) définies à l'article R321-1 du Code des assurances. Il a pour objet l'adhésion de personnes physiques à un ensemble de garanties gérées dans le cadre de conventions décrites ci-après.

La présente convention est souscrite par le Cercle des Epargnants (Association sans but lucratif régie par la loi du 1^{er} juillet 1901 - 2-8 rue Luigi Cherubini, 93210, Saint-Denis) ci-après dénommé le Souscripteur auprès de Generali Vie - 2 rue Pillet-Will - 75009 Paris, Société appartenant au Groupe Generali immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 602 062 481 et au registre italien des groupes d'assurances sous le numéro 026. Entreprise régie par le Code des assurances, ci-après dénommée l'Assureur, au profit de ses Adhérents.

Le présent contrat repose sur la bonne foi des déclarations de l'Adhérent.

Il est constitué par :

- la présente Notice d'Information **GENERALI PREV TNS** (référéncée **15 000 286**) contenant notamment un modèle de lettre destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation ;
- la demande d'adhésion ;
- le(s) Certificat(s) d'adhésion ;
- le questionnaire de santé ou le questionnaire de santé simplifié ;
- les avenants éventuels.

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le contrat auquel les parties s'engagent ; elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres.

La qualité d'Adhérent à l'association est une condition d'adhésion aux présentes conventions.

Les personnes physiques sur lesquelles repose le risque constituent l'effectif assuré des conventions et sont dénommés « Adhérents » au sens de la définition figurant au glossaire.

Cette convention a pour objet de proposer à l'Adhérent :

- **La garantie principale Décès/PTIA :**
 - un capital en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Adhérent avec possibilité de conversion en rente viagère,
- **En complément de laquelle peuvent être souscrites les garanties complémentaires optionnelles suivantes :**
 - le doublement du capital en cas de décès accidentel de l'Adhérent (avec possibilité de conversion en rente viagère,
 - une rente en cas d'invalidité permanente de l'Adhérent,
 - le règlement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail
 - les frais professionnels.

Les garanties complémentaires ci-dessus ne peuvent être souscrites qu'en complément de la garantie principale Décès/PTIA.

Article 1 - Conditions d'adhésion

Les personnes physiques peuvent être assurées au titre de la convention sous condition de notamment :

- ne pas être âgé de plus de 65 ans à la date de l'adhésion,
- justifier d'un état de santé jugé satisfaisant par l'Assureur, au moyen d'un questionnaire prévu à cet effet
- être à jour du paiement des cotisations au titre d'un régime obligatoire d'assurance maladie français,
- être TNS (Travailleur Non Salarié) ou mandataire social affilié au régime général ou conjoint collaborateur de TNS
- exercer une activité professionnelle hors emploi saisonnier, rémunérée, régulière et continue dont les revenus sont déclarés à l'administration fiscale
- être en activité et n'avoir liquidé aucune pension dans un régime obligatoire d'assurance vieillesse
- être fiscalement domicilié en France Métropolitaine (hors Corse et Monaco)

L'Assureur pourra à cette occasion soumettre l'Assurable à un examen médical qu'il jugerait nécessaire.

Au vu des déclarations de l'Assurable, l'Assureur peut :

- soit accepter le risque soumis,
- soit l'accepter à conditions spécifiques,
- soit le refuser.

L'acceptation de l'Assureur sera notifiée, en tout état de cause, à l'Assurable.

Article 2 - Effet - Durée - Résiliation et modifications des conventions

> 2.1 Effet - Durée

La convention souscrite par le **CERCLE DES EPARGNANTS** prend effet au 1^{er} novembre 2020.

Elles sont conclues pour une durée indéterminée et sont résiliables par chacune des parties citées en préambule chaque année, par lettre recommandée adressée au moins 2 mois avant la fin de l'exercice civil.

> 2.2 Résiliation

Effet de la résiliation sur les nouvelles adhésions

La résiliation des conventions entraîne le refus de toute nouvelle adhésion.

Effet de la résiliation sur les adhésions en cours

La résiliation des conventions entraîne de plein droit la cessation de toutes les garanties et la radiation de tous les Adhérents sauf dans les cas de maintien mentionnés ci-après, les Adhérents concernés étant informés par lettre recommandée de cette résiliation.

Règles de maintien

Les adhésions en cours seront maintenues sous réserve des dispositions de l'article 25 - Calcul et paiement des cotisations - , pour les Adhérents qui, au jour de la résiliation, auront bénéficié pendant au moins deux années des dispositions des conventions et ce, tant qu'une réglementation impérative impose un tel maintien.

Les garanties sont maintenues dans les limites précisées à l'article 3.5 (Cessation des garanties et des prestations).

> 2.3 Modifications de la convention

La modification de la convention peut s'opérer par voie d'avenant conclu entre l'Assureur et le Souscripteur dans les conditions de l'article R141-6 du Code des assurances.

L'Assureur conserve la possibilité de résilier la convention et de proposer une nouvelle souscription au Souscripteur.

Ces modifications peuvent également être opérées sur proposition unilatérale de l'Assureur. Dans ce cas, les modifications sont applicables aux adhésions en cours sous réserve du consentement individuel direct de chaque Adhérent après information dans les formes prescrites ci-après.

Le consentement de chaque Adhérent peut être prouvé par tout moyen de droit.

De convention expresse, il est précisé que ce consentement est réputé acquis par le paiement sans réserve de la cotisation faisant suite à ces modifications, de même qu'en cas de prélèvement bancaire n'ayant soulevé ni réserve ni opposition formée auprès de l'Assureur de la part de l'Adhérent dans les trente jours suivant son exécution.

Application des modifications aux adhésions en cours

Les modifications s'appliquent aux adhésions en cours (cf. article 22 - Calcul et paiement des cotisations).

Les Adhérents seront informés par écrit des modifications apportées ou susceptibles d'être apportées à leurs droits et obligations, trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

Cette information pourra se faire par courrier simple, les parties à la convention étant expressément dispensées de recourir à un envoi recommandé.

Dans ce cas, l'Adhérent ne pourra exiger comme moyen de preuve de cette information, l'envoi d'un courrier recommandé.

En cas de refus par l'Adhérent d'une modification, celui-ci conserve le droit de demander sa radiation.

Article 3 - Effet - Durée de l'adhésion - Radiation des adhésions - Évolution des garanties - Sans effet - Cessation des garanties et des prestations

> 3.1 Conclusion de l'adhésion - Date d'effet

Les modalités, la date de conclusion de l'adhésion, la date d'effet de l'adhésion sont mentionnées, sur le Certificat d'adhésion.

L'Adhésion est réputée conclue à la date de signature du Certificat d'adhésion.

Les garanties prennent effet à la date d'effet de l'adhésion sous réserve que la première cotisation soit effectivement encaissée par l'Assureur, tout défaut d'encaissement imputable à l'Adhérent privant d'effet son adhésion.

Les garanties ne sont réputées souscrites que si elles sont mentionnées expressément au Certificat d'adhésion.

> 3.2 Durée de l'adhésion

Sauf radiation, l'adhésion est reconduite tacitement chaque année au 1^{er} jour du mois anniversaire de la date d'effet de l'adhésion. Les garanties cessent comme précisé à l'article 3.4 (Cessation des garanties et des prestations).

L'adhésion cesse de fait à la date de cessation de toutes les garanties.

Le décès de l'Adhérent indemnisable ou non, met fin à l'adhésion sauf application de la garantie double effet

> 3.3 Radiation des adhésions

Un Adhérent est radié de plein droit et son adhésion au contrat prend fin entraînant la cessation des garanties :

Lorsque l'Adhérent ne répond plus à la définition de l'effectif assuré

- en cas de résiliation des conventions sous réserve des règles de maintien de l'article 2,
- en cas de non-paiement des cotisations par l'Adhérent, à l'expiration d'un délai de 40 jours à compter de la mise en demeure par lettre recommandée de l'Assureur à l'Adhérent, en application et dans les formes requises par l'article L113-3 du Code des assurances,
- sur demande de l'Adhérent à la date anniversaire de l'adhésion, demande formulée de sa part par lettre adressée au moins deux mois à l'avance,
- en cas de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent.

> 3.4 Cessation des garanties et des prestations

Les garanties de la convention 15 000 286, ainsi que leurs prestations, cessent à la date d'échéance annuelle de l'adhésion qui suit la date anniversaire de l'Adhérent ci-après mentionnée, cette cessation intervenant de plein droit et sans formalités :

- pour les garanties Décès toutes causes: 75^{ème} anniversaire de l'Adhérent,
- pour la garantie Doublement en cas de décès accidentel : 65^{ème} anniversaire de l'Adhérent,
- pour la garantie Double Effet : 65^{ème} anniversaire de l'Adhérent,
- pour la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie : 65^{ème} anniversaire de l'Adhérent,
- pour la garantie Rente d'invalidité : à la date de liquidation de ses droits à la retraite par son régime de base quels que soient les motifs ayant suscité l'octroi de cette pension, et au plus tard à son 67^{ème} anniversaire,
- pour les garanties Incapacité de travail et Frais Professionnels : à la date de liquidation de ses droits à la retraite par son régime de base quels que soient les motifs ayant suscité l'octroi de cette pension, et au plus tard à son 70^{ème} anniversaire.

Article 4 - Sanctions en cas de fausse déclaration

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Adhérent portant sur les éléments constitutifs du risque lors de l'adhésion ou en cours de contrat peut être sanctionnée, même si elle a été sans influence sur le sinistre, par la nullité du contrat (article L113-8 du Code des assurances).

Une omission ou déclaration inexacte, entraîne l'application de l'article L113-9 du Code des assurances : si l'omission ou la déclaration inexacte est constatée avant sinistre, elle entraînera la résiliation de l'adhésion par l'Assureur ou le maintien de l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'Adhérent.

Dans le cas où la constatation de l'omission ou de la déclaration inexacte n'est constatée qu'après le sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux de cotisations payées par rapport au taux de cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

De même toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans la déclaration du sinistre expose l'Adhérent à une déchéance de garanties.

Ces dispositions s'appliquent notamment aux Revenus annuels professionnels qui doivent être déclarés de façon exacte, ces revenus servant de base au calcul du montant maximum du revenu de remplacement (indemnités journalières et rente).

Article 5 - Exclusions et limitations

> 5.1 Risques exclus

5.1.1 Pour toutes les garanties :

- Le suicide, pendant la première année suivant la date d'adhésion.
- Le risque de guerre sauf législation spéciale à intervenir. On entend par guerre, les hostilités entre États, qu'il y ait eu ou non déclaration de guerre.
Lorsque l'Adhérent se trouve à l'étranger au moment de troubles (guerre civile, terrorisme, tumultes.), n'est garanti que le sinistre survenant dans les quatorze jours suivant le début des hostilités (ou la date à laquelle les autorités françaises demanderaient à leurs ressortissants de quitter le pays).
- Les sinistres survenus lors des séjours effectués par l'Adhérent dans les zones dites « Formellement déconseillées » ou « Déconseillées sauf raison impérative » à la date du départ selon la nomenclature du Ministère des Affaires Étrangères, ou les zones équivalentes si la nomenclature était amenée à évoluer.
- Les conséquences de tout phénomène de radioactivité.
- Les exhibitions, tentatives de record, paris.
- La pratique à titre amateur ou professionnel des sports et activités suivantes est exclue, sauf si elle est effectuée dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation, avec l'encadrement d'un personnel qualifié et selon les normes de sécurité réglementaires.

Cette exception ne s'applique toutefois pas aux sports et activités marqués d'un astérisque (*), qui restent exclus y compris dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation.

Sport de combat : Boxe américaine, anglaise et thaïlandaise / Pancrace moderne / Catch / Kick boxing / Sanda / Sanshou

Sport de glisse urbaine : Patinage sur roulettes, roller (y compris de vitesse) et skateboard, sur voies ouvertes à la circulation

Sports de montagne : Spéléologie et exploration de grottes, sans guide breveté / Escalade sur glace / Via ferrata / Alpinisme, varappe et escalade, sans guide breveté et/ou sans équipement de sécurité / Alpinisme, varappe, escalade, trekking et descente en rappel, à plus de 3500m d'altitude.

Sports de neige : Luge sportive / Skeleton / Ski de randonnée à plus de 3500m d'altitude / Ski alpin, surf et ski de fond, pratiqués en dehors du domaine skiable (par domaine skiable on entend : l'ensemble des pistes balisées et du hors-piste accessible depuis les remontées mécaniques) / Ski de vitesse / Ski alpin et surf extrêmes (par extrêmes on entend une pratique sur des pistes balisées ou non et présentant une inclinaison de plus de 40°)

Sports aquatiques / nautiques : Plongée dans des grottes sous-marines ou pour l'exploration d'épaves / Plongée avec scaphandre autonome sans brevet et/ou en solitaire / Plongée libre ou en apnée en solitaire / Aviron dans le cadre d'événements spéciaux : traversées transatlantiques, événements nationaux et internationaux / Natation dans le cadre d'événements spéciaux : traversées d'océan, défi d'endurance / Canoé kayak dans le cadre d'expéditions en mer / Voile dans le cadre de courses autour du monde en solitaire ou de transocéaniques / Canyonisme sans guide/ Plongeon de falaise

Sports équestres : Voltige et rodéo

Sports à moteur : Tous les sports terrestres, maritimes ou aériens nécessitant l'usage d'un engin à moteur, à l'exception du jet ski, de la motoneige, du karting, du quad et du ski joering

Sports aériens sans moteur : Vol à voile / Planeur / Deltaplane / Parapente / Aérostation : montgolfière, ballon à gaz et dirigeable / Paravoile / Parachutisme et parachutisme ascensionnel / Chute libre

Sports extrêmes : Acrobaties et voltiges aériennes / Free fight / Full contact / MMA / Saut à l'élastique / Tauromachie / Zorbing (sur herbe, neige ou hydrozorbing) / VTT de descente / Safari / Aile volante (*) / Base jump (*) / Skysurf (*) / Speed flying (*) / Speed riding (*) / Wingsuit (*)

Exhibitions, paris, participation à des défis et tentatives de records, ainsi que les essais préparatoires qui les précèdent.

5.1.2 Exclusions concernant toutes les garanties autres que le décès :

En outre, sont exclus des garanties PTIA, ITT, IP66, IP33 et Exonération du paiement des cotisations les cas ci-après, leurs suites et conséquences

- La pratique à titre professionnel de tout sport : Il est précisé que les professeurs de sport de l'éducation nationale ainsi que les professeurs/coachs de sport, ne sont pas considérés comme des sportifs professionnels. Ils pourront par conséquent être couverts dans le cadre du ou des sports pratiqués, sous réserve de respecter les dispositions prévues au paragraphe d. ci-après
- La pratique à titre amateur des sports et activités qui ne figurent pas au paragraphe 5.1.1.f ci-avant pourra être couverte, sous réserve que ces sports et activités aient été déclarés à l'Assureur lors de la souscription ou en cours de contrat. Les conditions de couverture de ces sports seront alors mentionnées sur les conditions particulières ou par avenant au contrat.

Il est précisé que si un sport n'a pas été déclaré par l'Assuré lors de la souscription ou ultérieurement, l'Assureur pourra être amené à refuser le règlement des prestations en cas de sinistre dû à la pratique de ce sport.

- Les conséquences d'un acte intentionnel de l'Adhérent (dont : tentative de suicide, mutilation volontaire, participation à des rixes, émeutes et mouvements populaires).
- Les pathologies liées à l'alcoolisme chronique, l'usage de drogues, stupéfiants, produits toxiques ou médicaments non prescrits médicalement ou consommés au-delà des

doses prescrites

- e. Tous actes de chirurgie esthétique non réparatrice et traitement de rajeunissement et leurs conséquences.
- f. Les arrêts de travail nécessaires au suivi de cures de toute nature, notamment thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication, même effectuées en établissements hospitaliers, ainsi que les séjours en maison de repos.
- g. Les arrêts de travail en cas de grossesse, pathologique ou non, pendant les six semaines précédant la date prévue de l'accouchement et les dix semaines lui succédant.
- h. Toute grossesse dont la date présumée de début de grossesse est antérieure à la date de signature du bulletin d'adhésion.

NB : La détention de tout titre, permis, licence, certificat ou autorisation administrative obtenu de manière irrégulière est considérée comme un défaut de détention.

> 5.2 Limitations particulières

5.2.1. Délai d'attente applicable aux garanties en cas d'incapacité ou d'invalidité

Toute Maladie (pathologie) survenant dans les quatre-vingt-dix jours suivant la date d'effet de l'adhésion ne donne pas lieu à indemnisation, et ce pendant toute la durée de l'adhésion.

Ce délai est porté à 365 jours pour les affections neuropsychiques.

Aucune indemnisation ne sera accordée au titre d'une suite, récurrence ou séquelle d'une maladie (pathologie) pour laquelle il aura été fait application des délais d'attente ci-dessus définis.

Après acceptation médicale du dossier les délais d'attente peuvent être abrogés lorsque l'adhésion au contrat remplace, sans interruption dans le temps, une adhésion de même nature et montant concernant le même Adhérent, âgé de moins de 60 ans à la date d'adhésion.

Dans ce cas, cette mention sera portée au Certificat d'adhésion.

5.2.2. Précisions concernant l'application des garanties aux états antérieurs

Sous réserve des sanctions en cas de fausse déclaration, les garanties s'exercent sur les conséquences des affections ou infirmités dont la date de première constatation médicale est antérieure à la prise d'effet des garanties et à condition qu'elles n'aient fait l'objet d'aucune exclusion indiquée au Certificat d'adhésion.

5.2.3. Activités sportives

La garantie applicable à la pratique de certains sports à risques spécifiques non visés précédemment au point 5.1.2 pour les garanties « Doublement en cas de décès accidentel », PTIA « toutes causes », « Doublement en cas de PTIA accidentelle », et les garanties Revenu de remplacement, Frais professionnels, Exonération des cotisations en cas d'arrêt de travail, peut faire l'objet d'une surprime ou d'un refus des garanties précisées sur le certificat d'adhésion.

5.2.4. Affections disco vertébrales

Les hernies discales, les lumbagos et les sciatiques sont indemnisés comme des maladies quelle qu'en soit l'origine, dès lors qu'ils n'ont pas fait l'objet d'une exclusion des garanties précisée au Certificat d'adhésion.

5.2.5. Affections neuropsychiques

Les affections neuropsychiques (y compris les dépressions et les syndromes anxiodépressifs, les troubles de l'humeur et du comportement, les troubles du comportement alimentaire, la schizophrénie, la bipolarité et les troubles de la personnalité, les syndromes d'épuisement professionnel, le burn out et les syndromes de fatigue chronique) sont prises en charges :

- En cas d'incapacité temporaire totale ou partielle, sous réserve de l'application du délai d'attente ci-dessus (cf. 5.2.1) et à l'expiration d'un délai de franchise de 90 jours au terme duquel débute l'indemnisation ouvrant droit aux prestations. La durée maximale d'indemnisation ne pourra excéder 365 jours de prestations servies en une ou

plusieurs fois pour toute la durée du contrat. Tout arrêt de travail survenant après 60 jours suivant la cessation de la précédente incapacité totale ou partielle donnera lieu à l'application du délai de franchise ci-avant.

- En cas d'invalidité permanente totale ou partielle, sous réserve de l'application du délai d'attente ci-dessus (cf. 5.2.1) et d'un taux d'invalidité supérieur ou égal à 33 %, tant que dure l'invalidité et que l'Adhérent perçoit le montant de la rente due au titre de ladite invalidité.

Le taux minimum de 15 % (en option) pour un assuré exerçant une profession médicale ou paramédicale ne pourra être appliqué en cas d'invalidité permanente partielle (cf. article 19.3) pour les affections neuropsychiques (dans ce cas, application du taux d'invalidité de 33 % minimum).

L'Adhérent devra fournir chaque année un certificat médical délivré par un spécialiste des affections neuropsychiques confirmant son suivi (un certificat délivré par un médecin traitant ou un médecin généraliste ne sera pas accepté). À défaut de réception, le service de la rente sera suspendu.

5.2.6. Étendue territoriale

Les garanties s'exercent dans le monde entier hormis dans les zones dites « Formellement déconseillées » où « Déconseillées sauf raison impérative » à la date du départ selon la nomenclature du Ministère des Affaires Étrangères, ou les zones équivalentes si la nomenclature était amenée à évoluer ainsi que dans les pays faisant l'objet d'une exclusion contractuelle reprise au Certificat d'adhésions.

Les sinistres « Incapacité » et « Invalidité » ne sont indemnisables qu'à raison des seules périodes d'Hospitalisation, pour toute période de séjour hors des territoires suivants : France métropolitaine, Principautés d'Andorre et de Monaco, DOM (Départements d'Outre-Mer), ROM (Régions d'Outre-Mer), COM (Collectivités d'Outre-Mer), et CSG (Collectivités Sui Generis, ex Nouvelle Calédonie).

L'arrêt de travail est dans ce cas réputé survenu à la date de rapatriement dans l'un des territoires cités, et les indemnités ne seront dues que pour la période postérieure à ce rapatriement et après contrôle médical de l'Assureur.

La détermination du taux d'invalidité et de la durée de l'incapacité est toujours effectuée dans l'un de ces territoires.

Il est toutefois prévu qu'un arrêt de travail survenu dans un pays limitrophe de la France métropolitaine soit couvert dans les conditions normales d'indemnisation dès lors que l'Adhérent se soumettra à toute expertise médicale pratiquée sur le territoire français.

En cas de changement de résidence hors de ces territoires, l'Adhérent ne sera pas radié de plein droit, mais ses garanties s'exerceront dans les conditions du présent article.

Les indemnités sont toujours payées en euro

Article 6 - Procédure d'arbitrage

Le contrat étant basé sur la bonne foi des parties contractantes celles-ci s'engagent en cas de difficultés et également en cas de désaccord portant sur des conclusions médicales, avant toute autre procédure à s'en reporter à la sentence rendue par trois arbitres.

Ils sont choisis selon la procédure suivante :

Chaque partie désigne un arbitre. Les deux arbitres choisissent entre eux un troisième arbitre.

En cas de désaccord sur le règlement du litige, les arbitres choisissent un quatrième et un cinquième arbitre.

À défaut d'entente sur ce choix, ce nouvel arbitre est nommé en référé par le Président du Tribunal de Grande Instance de Paris, à la requête de la partie la plus diligente.

Les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que la sentence n'est pas rendue.

Les honoraires et tous les frais relatifs à la nomination du tiers arbitre sont supportés par moitié par chacune des parties.

Article 7 - Subrogation

De convention expresse, l'Adhérent déclare subroger l'Assureur à raison des prestations pouvant ouvrir droit à recours à l'égard de tout tiers concerné

Article 8 – Faculté de renonciation

L'adhérent peut renoncer à son adhésion au contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter du jour où il est informé que son adhésion est conclue (selon les conditions d'acceptation, l'adhésion est réputée conclue à la date de signature de la demande d'adhésion ou au plus tard à la date d'émission du certificat d'adhésion).

Les cotisations éventuellement prélevées seront alors remboursées dans un délai maximal de 30 jours à compter de la réception de la demande de renonciation par lettre recommandée avec accusé de réception à l'adresse suivantes :

CBP France, Prévoyance Individuelle CS 20008
44967 NANTES Cedex 9

Elle peut être faite selon le modèle de lettre inclus ci-dessous :

Nom et prénoms : _____

Adresse : _____

N° du contrat : _____

N° d'adhésion: _____

Mode de paiement choisi : _____

Montant de la cotisation déjà acquittée : _____ €.

Madame, Monsieur,

Conformément aux dispositions de l'article L112-2-1 du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance cité en référence que j'ai souscrit en date du _____.

Je souhaite donc qu'elle soit résiliée à compter de la date de réception de la présente lettre.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait à : _____, le _____

Signature :

NB : n'oubliez pas de nous indiquer vos références

Article 9 - Faculté de renonciation en cas de souscription du contrat dans le cadre d'un démarchage à domicile

Conformément à l'article L112-9 du Code des assurances, « toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. »

Si les conditions précitées sont réunies - et sous réserve des autres dispositions de l'article L112-9 du Code des assurances - vous pouvez renoncer au présent contrat en envoyant le modèle de lettre joint ci-après, sous la forme recommandée avec demande d'avis de réception à l'adresse suivante :

CBP France, Prévoyance Individuelle CS 20008
44967 NANTES Cedex 9

L'exercice de cette faculté de renonciation entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

Si vous exercez cette faculté de renonciation, vous ne pouvez être tenu qu'au paiement de la partie de prime correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru.

Toutefois, l'intégralité de la prime reste due à l'Assureur si vous exercez votre faculté de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont vous n'avez pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

Nous attirons votre attention sur le fait que vous perdez cette faculté de renonciation si vous avez connaissance d'un sinistre survenu pendant le délai de quatorze jours précités, mettant en jeu la garantie du contrat.

Modèle de lettre de renonciation

Nom et prénoms : _____

Adresse : _____

Nom du produit : _____

N° de proposition : _____

Montant de la cotisation : _____ €.

Madame, Monsieur,

Conformément à l'article L112-9 du Code des assurances, j'entends par la présente renoncer à mon adhésion au contrat d'assurance cité en référence que j'ai souscrit en date du _____.

Je souhaite donc qu'elle soit résiliée à compter de la date de réception de la présente lettre.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Fait à : _____, le _____

Signature :

NB : n'oubliez pas de nous indiquer vos références.

Article 10 - Délai de prescription

Pour l'application du présent article, il faut entendre par « Souscripteur », le terme Adhérent ».

Conformément au Code des assurances :

Article L114-1

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
2. En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Adhérent contre l'Assureur a pour cause le recours

d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte du Souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droit de l'Adhérent décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Adhérent.

Article L114-2

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Adhérent à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L114-3

Les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

En outre, conformément aux dispositions des articles 2240 et suivants du Code civil, la prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription notamment en cas de :

- reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- demande en justice, même en référé, ou porté devant une juridiction incompétente, ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure,

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée

- mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée, l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

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

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 11 - Examen des réclamations - Médiation - Autorité de contrôle

> 11.1 Examen des réclamations

Pour toute réclamation relative à la gestion de votre contrat, vos cotisations ou encore vos sinistres, adressez-vous prioritairement à votre interlocuteur habituel qui est en mesure de vous fournir toutes informations et explications.

Si vous ne recevez pas une réponse satisfaisante, vous pouvez adresser votre réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à :

CBP France, 3 rue Victor Schoelcher – Bâtiments E et F
44800 Saint Herblain

Nous accuserons réception de votre demande et y répondrons dans les meilleurs délais.

Si vous avez souscrit votre contrat par le biais d'un intermédiaire et que votre demande relève de son devoir de conseil et d'information, ou concerne les conditions de commercialisation de votre contrat, votre réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige que ce soit par vous ou par nous.

> 11.2 Médiation

En qualité de membre de la Fédération Française de l'Assurance, Generali applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre nous après examen de votre demande par notre service réclamations, vous pouvez saisir le Médiateur de la FFA, en écrivant à :

La médiation de l'Assurance

TSA 50110

75441 Paris Cedex 09

Nous vous précisons cependant que le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le service Réclamations ait été saisi de votre demande et y ait apporté une réponse.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où votre demande n'a pas été soumise à une juridiction.

> 11.3 Autorité légale chargée du contrôle de l'Assureur

Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution (ACPR)

4 place Budapest

CS 92459

75436 Paris Cedex 09

Article 12 - Information sur la protection des données personnelles

> Identification du responsable de traitement

Cette clause relative aux données personnelles a pour objet de vous informer de manière plus détaillée des traitements de données à caractère personnel vous concernant mis en œuvre par GENERALI VIE en tant que responsable de traitement.

> Les finalités du traitement et les bases juridiques du traitement

Les données ont pour finalité de satisfaire à votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat y compris de profilage et de mesures de prévention en lien avec ce contrat. À ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque, et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives. Ces informations pourront également être utilisées comme explicité ci-dessous pour des besoins de prospection commerciale y compris de profilage sous réserve de votre consentement ou de votre droit d'opposition, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Vous trouverez ci-dessous les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement :

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins, de prévoyance complémentaire).	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation de mesures précontractuelles telles que délivrance de conseil, devis ... - Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat - Recouvrement - Exercice des recours et application des conventions entre assureurs - Gestion des réclamations et contentieux - Prise de décision automatisée y compris le profilage lié à la souscription ou l'exécution du contrat - Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties, - Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque - Etudes statistiques et actuarielles - Amélioration continue des offres et process
Obligations légales	<ul style="list-style-type: none"> - Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme - Respect des obligations légales, réglementaires et administratives
Intérêt légitime	<ul style="list-style-type: none"> - Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme - Lutte contre la fraude <p>Afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non fraudeuses au contrat</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prospection commerciale et profilage lié à la prospection commerciale <p>Afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant</p> <ul style="list-style-type: none"> - à vos besoins de protection
Traitement des données de santé à des fins de protection sociale	<p>Versement des prestations pour les contrats suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Remboursement des frais de soins - Prévoyance complémentaire - Retraite supplémentaire

> Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles vous concernant et non collectées auprès vous.

• **Catégorie de données susceptibles de nous être transmises :**

- État civil, identité, données d'identification,
- Informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.) ,
- Numéro d'identification national unique,
- Données de santé issues du codage CCAM uniquement pour les contrats de complémentaire santé.

• **La source d'où proviennent les données à caractère personnel :**

- Ces données peuvent émaner de votre employeur, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, de toute autorité administrative habilitée.

> Clause spécifique relative à la fraude

Vous êtes également informé que Generali Vie met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir

pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par Generali Vie. Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de Generali Vie. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires ; organismes sociaux ou professionnels ; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels ; organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

> Clause spécifique relative aux obligations réglementaires et à l'intérêt public

Dans le cadre de l'application des dispositions du code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

De plus, l'article 43 de la Directive (UE) 2015/849 du 20 mai 2015 modifié par la directive (UE) 2018/843 du 30 mai 2018 prévoit que la prévention du blanchiment de capitaux et du financement du terrorisme est également considéré comme une question d'intérêt public au sens du Règlement Européen 2016/679 (RGPD).

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de :

la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
3 place de Fontenoy
TSA 80715
75334 Paris Cedex 07

Pour les contrats de prévoyance et de retraite collectifs et individuels, et dans le cadre de l'application des dispositions de l'article 1649 ter du Code général des impôts, le recueil et la communication d'informations à caractère personnel et liées à votre contrat sont transmis par l'Assureur à la Direction Générale des Finances Publiques (DGFiP) pour alimenter le fichier des contrats d'assurance vie (FICOVIE). Ces données sont également accessibles sur demande auprès du Centre des Impôts dont dépend votre domicile. Vous disposez d'un droit de rectification de ces informations auprès de l'Assureur.

> Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données vous concernant pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du groupe Generali, ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaire des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires, Generali Vie pourra communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

Au titre de la prévention de lutte anti-blanchiment et du financement du terrorisme, ces données pourront également être partagées entre les entités juridiques du Groupe pouvant se situer au sein et hors de l'Union Européenne, aux fins d'enrichir leurs processus de filtrage locaux et de mettre en œuvre une approche commune sur la classification des risques clients dans l'ensemble du Groupe.

Dans le cadre des contrats de prévoyance et de retraite collectifs et individuels, certaines données sont transmises aux administrations fiscale et sociale pour l'accomplissement de leurs missions et servent notamment au recouvrement des cotisations sociales et de l'impôt ainsi qu'à l'ouverture et au calcul de droits en matière de prestations sociales. Leur utilisation s'effectue dans le respect des dispositions du règlement général sur la protection des données et de la loi du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

> Localisation des traitements de vos données personnelles

Le groupe Generali a adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité de vos données.

Aujourd'hui, nos data centers sont localisés en France, en Italie et en Allemagne, sur lesquels sont hébergées vos données.

S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe Generali par des partenaires externes, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, afin de garantir un niveau de protection optimal.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors de l'Espace Economique Européen concernent des traitements de supervision d'infrastructures (surveillance des plateformes informatiques, surveillance de l'opérabilité des solutions ou gestion des sauvegardes), principalement opérés par nos partenaires bancaires et les éditeurs de logiciel. Ces traitements opérés depuis des pays tiers font l'objet d'un encadrement juridique (Clauses contractuelles types, Binding Corporate Rules).

Ces documents sont disponibles sur demande écrite auprès du Délégué à la Protection des Données du Groupe Generali France, à l'adresse suivante : droitdaces@generalifrance.fr

> Les durées de conservation

Vos données personnelles sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat en référence aux délais prescriptions légales. Et sous réserve des obligations légales et réglementaires de conservation.

> L'exercice des droits

Dans le cadre du traitement que nous effectuons vous disposez dans les conditions prévues par la réglementation :

- D'un droit d'accès : Vous disposez du droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant dont nous disposons et demander que l'on vous en communique l'intégralité.
- D'un droit de rectification : Vous pouvez demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation.
- D'un droit de suppression : Vous pouvez nous demander la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsque vous retirez votre consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement ;
- Du droit de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès.
- D'un droit à la limitation du traitement : Vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles.
- D'un droit à la portabilité des données : Vous pouvez récupérer dans un format structuré les données que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données.
- Ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de votre choix lorsque cela est techniquement possible.
- Droit de retrait : Vous avez le droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances.

Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du

contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation.

Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.

- **Droit d'opposition : Vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles notamment concernant la prospection commerciale à l'adresse ci-après.**

Vous pouvez exercer vos droits sur simple demande en l'accompagnant d'une copie d'un titre d'identité à l'adresse droitdaces@generalifrance.fr ou à l'adresse postale suivante :

Generali
Conformité
TSA 70100
75309 Paris Cedex 09.

> Droit d'introduire une réclamation

Par ailleurs, vous pouvez introduire une réclamation auprès de : la

Commission Nationale Informatique et Liberté
3 place de de Fontenoy TSA
80715
75334 Paris Cedex 07

> Profilage et prise de décision automatisée

Dans le cadre de la souscription et l'exécution du contrat, les risques à assurer peuvent, à partir d'informations vous concernant ou concernant vos biens, être appréciés et quantifiés suivant des traitements automatisés ou faire intervenir des éléments de profilage vous concernant.

De tels traitements peuvent avoir un impact sur la tarification ou l'ajustement des garanties.

Vous disposez du droit d'obtenir une intervention humaine de la part du responsable du traitement, d'exprimer votre point de vue et de contester la décision.

Vous pouvez exercer ces droits à l'adresse mentionnée pour l'exercice de vos droits.

> Prospection

Dans le cadre d'opérations de prospection et afin de vous permettre de bénéficier d'une couverture d'assurance aussi complète que possible et de bénéficier de produits ou services contribuant à vos besoins de protection en matière d'assurance, certaines données vous concernant ou concernant les risques à assurer, peuvent ou pourront entraîner des décisions automatisées ou fondées sur le profilage, consistant notamment à vous adresser certaines offres commerciales.

Vous disposez d'un droit d'opposition à recevoir des offres commerciales ainsi que du droit de vous opposer au profilage de vos données lié à la prospection que vous pouvez exercer à l'adresse ci-dessus.

> Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données à l'adresse :

Generali
Conformité
Délégué à la protection des données personnelles
TSA 70100
75309 Paris Cedex 09

ou à l'adresse électronique droitdaces@generalifrance.fr.

Article 13 - Loi applicable à l'adhésion et régime fiscal

Pour toutes difficultés relatives à son appréciation, sa validité et son exécution, la loi applicable pour la conclusion, l'exécution et le dénouement de l'adhésion est la loi française ; dans toutes les hypothèses où un choix de loi serait ouvert, les parties conviennent que la loi applicable à l'adhésion est la loi française.

L'Assureur et le Souscripteur ont convenu que le français est la langue qui est utilisée entre les parties durant toute la durée de l'adhésion.

Le régime fiscal applicable à l'adhésion est le régime fiscal français.

Dans l'hypothèse où l'Adhérent est un travailleur non salarié percevant des revenus relevant des bénéfices industriels et commerciaux, des bénéfices non commerciaux, ou de l'article 62 du CGI et qu'il justifie être à jour de ses cotisations aux régimes obligatoires d'assurance maladie et vieillesse des TNS, l'adhésion peut être conclue dans le cadre de la loi Madelin (loi n° 94-126 du 11 février 1994). Celle-ci permet de déduire, dans les limites prévues à l'article 154 bis du CGI les cotisations payées au titre des garanties indemnités journalières et des garanties prévoyant une sortie en rente.

Les prestations sont, en fonction de la qualité de l'Adhérent, soumises à l'impôt sur le revenu.

Les montants des prestations choisis sont exprimés bruts des prélèvements fiscaux ou sociaux.

B - Définitions des garanties

L'adhésion à certaines garanties peut être conditionnée par l'adhésion à une ou plusieurs autres garanties. Ces règles sont présentées à l'Adhérent, lors de son adhésion.

Les sinistres n'ouvrent droit à garantie que s'ils surviennent durant la période de garantie.

CONVENTION N° 15 000 286

Article 14 - Garantie Décès

> 14.1 Garantie décès toutes causes

En cas de décès de l'Assuré, le capital assuré est versé au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) au Certificat d'adhésion ou à ses ayants droit.

Ce capital assuré sera versé selon le choix de l'Assuré, en une seule fois ou sous la forme d'une rente viagère. Ce choix sera mentionné sur le Certificat d'adhésion et ne pourra être modifié en cours de contrat.

Dans le cas où l'Assuré opte pour le paiement en rente, le montant de la rente viagère sera déterminé selon les tables de mortalité et le taux d'intérêt en vigueur au moment de son décès. La rente est payable par trimestre échu, le montant du premier paiement est calculé prorata temporis entre la date du décès de l'Assuré, et le dernier jour du trimestre civil au cours duquel le sinistre s'est réalisé.

Le montant du capital assuré est indiqué au Certificat d'adhésion.

Le sinistre met fin à l'adhésion et aux garanties sauf application de la garantie Double effet (cf. article 14.4 - Double effet).

> 14.2 Garantie immédiate

En cas de décès de l'Assuré par suite d'Accident entre la date de signature du bulletin d'adhésion et la date d'émission du Certificat d'adhésion, dans un délai de 60 jours maximum à compter de la date de signature du bulletin d'adhésion, un capital équivalent au capital décès toutes causes dans la limite d'un montant maximum de 150 000 euros est versé au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) sur le

bulletin d'adhésion, sous réserve des exclusions prévues à la présente notice et sous déduction de la cotisation due au titre de cette garantie.

Le sinistre entraîne la caducité de l'adhésion, les garanties demandées étant sans effet.

> 14.3 Garantie doublement en cas de décès accidentel

Si le décès de l'Assuré résulte d'un Accident, et si le décès survient dans un délai d'un an à partir du jour de l'Accident, le capital ou la rente viagère dû en application de l'article 14.1 est doublé (paiement de deux fois le capital prévu au lieu d'une seule fois ou doublement de la rente viagère si ce mode de prestation a été choisi par l'Assuré à l'adhésion).

Le mode de paiement (rente ou capital) sera le même que celui choisi pour la garantie Décès toutes causes.

Si la prestation choisie est la rente viagère celle-ci sera déterminée sur la base des tables de mortalité et taux d'intérêt en vigueur au moment du décès. La rente est payable par trimestre échu, le montant du premier paiement est calculé prorata temporis entre la date du décès de l'Assuré, et le dernier jour du trimestre civil au cours duquel le sinistre s'est réalisé.

> 14.4 Double effet

En cas de décès du conjoint avant son 65^{ème} anniversaire et dans la limite des garanties (cf. article 3.5 Cessation des garanties et des prestations), à condition que ce décès survienne après le décès de l'Assuré ou simultanément, un capital supplémentaire au plus égal au capital décès toutes causes, est versé en une seule fois ou sous la forme d'une rente viagère aux Enfants qui étaient à la charge de l'Assuré lors de son décès et qui sont à charge du conjoint à la date de son décès.

La part revenant à chaque enfant est égale au montant du capital ou de la rente divisé par le nombre d'enfants qui étaient à la charge de l'Assuré lors de son décès et qui sont à charge du conjoint à la date de son décès. Le mode de paiement (rente ou capital) sera le même que celui choisi pour la garantie Décès toutes causes (article 14.1).

Le montant de la rente supplémentaire viagère sera déterminé suivant les modalités énoncées à l'article 14.1 (Garantie décès toutes causes).

En cas de décès simultané de l'Assuré et de son conjoint résultant d'un même Accident, le conjoint est réputé être décédé postérieurement à l'Assuré.

Le versement de la prestation afférente à cette garantie double effet met fin au contrat.

Article 15 - Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

> 15.1 Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (toutes causes)

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré par suite de Maladie ou d'Accident, un capital égal à celui que l'Assureur aurait payé si l'Assuré était décédé, est versé en une seule fois ou sous forme de rente à l'Assuré à la date de Consolidation.

Le mode de paiement (rente ou capital) sera le même que celui choisi pour la garantie Décès toutes causes (article 14.1).

Le sinistre est réputé survenu à la date de constatation de l'état de PTIA.

Le montant de la rente viagère sera déterminé suivant les modalités énoncées à l'article 14.1 (Garantie décès toutes causes).

Le sinistre met fin à l'adhésion sauf application de la garantie double effet, et déclenche le paiement des garanties rente de conjoint et rente éducation si celles-ci ont été souscrites.

> 15.2 Garantie doublement en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie accidentelle

Si la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est due à un Accident, le capital ou la rente est doublé.

Le mode de paiement (rente ou capital) sera le même que celui choisi pour la garantie Décès toutes causes (article 14.1).

Le montant de la rente viagère supplémentaire sera déterminé suivant les modalités énoncées à l'article 14.1 (Garantie décès toutes causes).

Le sinistre met fin à l'adhésion sauf application de la garantie double effet.

Article 16 - Revenu de remplacement

> 16.1 Indemnités journalières en cas d'Incapacité temporaire totale (ITT)

En cas d'Incapacité temporaire totale de travail de l'Assuré, l'Assureur verse les indemnités journalières définies au Certificat d'adhésion après expiration du Délai de franchise également défini au Certificat d'adhésion.

Le montant maximum des indemnités journalières souscrites ne doit pas dépasser 125 % du revenu annuel déclaré divisé par 365.

Les prestations sont dues à compter du premier jour qui suit l'expiration du Délai de franchise.

L'Assuré choisit le Délai de franchise ainsi que le montant de l'indemnité journalière par palier.

Il existe 3 causes de franchise:

- Franchise Maladie : arrêt de travail lié à une Maladie sans Hospitalisation.
- Franchise Accident : arrêt de travail lié à un Accident avec ou sans Hospitalisation.
- Franchise Hospitalisation : arrêt de travail lié à une Hospitalisation nécessitée par une Maladie.

Les prestations seront réglées à l'expiration du Délai de franchise Hospitalisation prévu au Certificat d'adhésion si au moins une des conditions suivantes est respectée :

- si l'arrêt de travail débute par une Hospitalisation donnant lieu à facturation d'au moins trois jours de forfaits hospitaliers,
- si l'arrêt de travail débute par une Hospitalisation avec Acte chirurgical.

Les conditions d'applications des franchises sont résumées dans le tableau ci-contre :

Cause de l'arrêt	Hospitalisation	Acte chirurgical	Durée d'hospitalisation	Franchise appliquée
Accident				Franchise accident
Maladie	Avec hospitalisation	Avec acte chirurgical		Franchise hospitalisation
		Sans acte chirurgical	3 jours et plus	Franchise hospitalisation
			2 jours et moins	Franchise maladie
	Sans hospitalisation			Franchise maladie

Indemnités journalières par palier

L'Adhérent peut choisir un montant différent d'indemnité journalière par période de prestation se décomposant ainsi :

- du 1^{er} au 90^{ème} jour d'arrêt de travail,
- du 91^{ème} au 365^{ème} jour d'arrêt de travail,
- du 366^{ème} au 1 095^{ème} jour d'arrêt de travail.

Ces options et les franchises figurent au Certificat d'adhésion si elles ont été souscrites.

Les indemnités sont versées par mois civil échu tant que dure l'incapacité et jusqu'à la date de liquidation de ses droits à la retraite par son régime de base, quels que soient les motifs ayant suscité l'octroi de cette pension et, au plus tard à la date d'échéance annuelle

de l'adhésion qui suit le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré ou à la Consolidation d'un éventuel état d'invalidité et au maximum pendant 3 ans.

Au-delà de 3 ans d'indemnisation au titre de la présente garantie, L'Assuré pourra percevoir la rente d'invalidité définie au paragraphe 19.3, si celle-ci a été souscrite, à condition que les conditions requises pour sa perception soient réunies.

En cas de nouvelle incapacité totale survenue dans les 60 jours suivant la cessation d'une précédente incapacité totale et résultant d'une Rechute, aucun Délai de franchise n'est appliqué.

Les indemnités journalières en cours sont servies jusqu'à leur terme y compris en cas de résiliation de la convention 15 000 286.

Le montant des indemnités journalières versé correspond au montant indiqué au Certificat d'adhésion si la garantie a été souscrite.

> 16.2 Incapacité temporaire partielle

Si à l'issue de l'incapacité temporaire totale ayant donné lieu à indemnisation, l'Assuré peut reprendre partiellement son activité professionnelle et qu'il est reconnu médicalement en état d'Incapacité temporaire partielle, l'indemnisation pourra être poursuivie jusqu'à la reprise complète d'activité (fin de l'incapacité partielle) et au plus pendant une durée maximale de six mois.

L'indemnité versée est alors égale à 50 % de l'indemnité souscrite au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale.

En cas de nouvelle incapacité partielle survenue dans les 60 jours suivant la cessation d'une précédente incapacité totale ou partielle et résultant d'une Rechute, aucun Délai de franchise n'est appliqué.

Les indemnités journalières en cours sont servies jusqu'à leur terme y compris en cas de résiliation de la convention 15 000 286.

> 16.3 Rente d'invalidité

a) Objet de la garantie

En cas d'Invalidité permanente totale ou d'Invalidité permanente partielle d'un Assuré, l'Assureur verse une rente dont le montant est indiqué au Certificat d'adhésion.

La mise en jeu de la garantie est conditionnée par l'exercice effectif, à la date du sinistre, d'une activité professionnelle rémunérée.

b) Nature et détermination du taux d'invalidité

Le taux d'invalidité est fixé en fonction de l'incapacité fonctionnelle et/ou de l'incapacité professionnelle comme suit :

- L'incapacité fonctionnelle physique ou mentale est évaluée de 0 à 100 %, par référence au barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du Concours médical la plus récente au jour de l'expertise) par le médecin expert de l'Assureur.
- L'incapacité professionnelle est appréciée par le médecin expert de l'Assureur par rapport à la profession exercée par l'Assuré en tenant compte de ses conditions d'exercice antérieures à la Maladie ou à l'Accident et des possibilités d'exercice restantes.

Médical & Paramédical (cf. article 24) :

Le taux d'invalidité est fixé en ne prenant en considération que l'incapacité professionnelle.

Indépendant & Mandataire social (cf. article 24) :

Le taux d'invalidité en pourcentage est estimé en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle conformément au tableau ci-après :

Taux d'incapacité	Taux d'incapacité fonctionnelle en %
-------------------	--------------------------------------

professionnelle en %	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10					33	37	40	43	46
20				37	42	46	50	55	58
30			36	42	48	53	58	62	67
40		33	40	46	52	58	63	69	74
50		35	43	50	56	62	68	74	79
60		38	46	53	60	66	73	79	84
70		40	48	56	63	70	77	83	89
80		42	50	58	66	73	80	87	93
90	33	43	52	61	69	76	83	90	97
100	34	45	54	63	71	79	86	93	100

c) Montant de la rente

Le montant de la rente est calculé en fonction du taux d'invalidité déterminé ci-dessus.

• Rente en cas d'Invalidité permanente totale :

L'Assuré perçoit en totalité la rente mensuelle choisie jusqu'au moment où il bénéficie d'une pension de retraite versée par le régime de base, quels que soient les motifs ayant suscité l'octroi de cette pension, et au plus tard au 67^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Le montant maximum de la rente d'invalidité souscrite ne doit pas dépasser 125 % du revenu annuel déclaré divisé par 12.

• Rente en cas d'Invalidité permanente partielle :

Lorsque le taux d'invalidité est d'au moins 33 % mais inférieur à 66 %, la rente est versée dans les mêmes conditions en lui appliquant le rapport du taux constaté à 66 %.

La rente n'est pas due ou cesse d'être versée à partir du moment où le taux d'invalidité est inférieur à 33 %.

Par option, le taux minimum peut être ramené à 15 % pour les Assurés exerçant une profession médicale ou paramédicale (cf. article 24).

Ce taux est indiqué au Certificat d'adhésion si l'option a été souscrite.

Les rentes d'invalidité en cours sont servies jusqu'à leur terme y compris en cas de résiliation de la convention 15 000 286.

Article 17 - Frais professionnels

Cette garantie permet de bénéficier d'indemnités journalières supplémentaires afin de couvrir notamment les frais généraux de la société de l'Assuré ou liés à son activité professionnelle (salaire des employés, loyers, charges diverses).

La mise en jeu de la garantie est conditionnée par l'exercice effectif, à la date du sinistre, d'une activité professionnelle non salariée rémunérée.

> 17.1 Indemnités journalières en cas d'Incapacité temporaire totale (ITT)

En cas d'Incapacité temporaire totale de travail de l'Assuré, l'Assureur verse les indemnités journalières définies au Certificat d'adhésion après expiration du Délai de franchise également indiqué au Certificat d'adhésion.

Deux durées de garantie sont proposées :

- soit jusqu'au 365^{ème} jour d'incapacité de travail,
- soit jusqu'au 1 095^{ème} jour d'incapacité de travail.

L'Assuré choisit le Délai de franchise, le montant de l'indemnité journalière ainsi que la durée de garantie.

Les prestations seront réglées à l'expiration du Délai de franchise

Hospitalisation prévu au Certificat d'adhésion, si au moins une des conditions suivantes est respectée :

- si l'arrêt de travail débute par une Hospitalisation donnant lieu à facturation d'au moins trois forfaits hospitaliers,
- si l'arrêt de travail débute par un Acte chirurgical.

Les conditions d'application des franchises sont résumées dans le tableau ci-contre :

Cause de l'arrêt	Hospitalisation	Acte chirurgical	Durée d'hospitalisation	Franchise appliquée
Accident				Franchise accident
Maladie	Avec hospitalisation	Avec acte chirurgical		Franchise hospitalisation
		Sans acte chirurgical	3 jours et plus	Franchise hospitalisation
			2 jours et moins	Franchise maladie
	Sans hospitalisation			Franchise maladie

Ces options figurent au Certificat d'adhésion si elles ont été souscrites.

Les indemnités sont versées par mois civil échu tant que dure l'incapacité, et jusqu'à la date de liquidation de ses droits à la retraite par son régime de base, quels que soient les motifs ayant suscité l'octroi de cette pension et, au plus tard à la date d'échéance annuelle de l'adhésion qui suit le 70^{ème} anniversaire de l'Assuré, ou à la Consolidation d'un éventuel état d'invalidité et au maximum durant 1 ou 3 ans selon la durée de garantie choisie.

En cas de nouvelle incapacité totale survenue dans les 60 jours suivant la cessation d'une précédente incapacité totale et résultant d'une Rechute, aucun Délai de franchise n'est appliqué.

Les indemnités journalières en cours sont servies jusqu'à leur terme, y compris en cas de résiliation de la convention 15 000 286.

Le montant des indemnités journalières est indiqué au Certificat d'adhésion si la garantie a été souscrite.

> 17.2 Incapacité temporaire partielle

Si, à l'issue de l'incapacité temporaire totale ayant donné lieu à indemnisation, l'Assuré peut reprendre partiellement son activité professionnelle et qu'il est reconnu médicalement en état d'incapacité temporaire partielle, l'indemnisation pourra être poursuivie jusqu'à la reprise complète d'activité et au plus pendant une durée maximale de six mois.

L'indemnité versée est alors égale à 50 % de l'indemnité souscrite.

En cas de nouvelle incapacité partielle survenue dans les 60 jours suivant la cessation d'une précédente incapacité totale ou partielle et résultant d'une Rechute, aucun délai de franchise n'est appliqué.

Les indemnités journalières en cours sont servies jusqu'à leur terme, y compris en cas de résiliation de la convention 15 000 286.

Article 18 - Exonération des cotisations en cas d'arrêt de travail

Les cotisations relatives à toutes les garanties souscrites, à condition qu'elles restent dues au titre des conventions susvisées, sont exonérées en cas d'Incapacité temporaire totale de l'Assuré, sous déduction d'une période de 90 jours non prise en compte.

Le non-prélèvement des cotisations est effectif par mois civil échu tant que dure l'incapacité de travail, et au maximum pendant 3 ans.

Elles sont directement prises en charge par l'Assureur en cas d'invalidité permanente d'un degré supérieur ou égal à 66 % et ce, pendant toute la période d'invalidité.

Cette garantie est incluse dès lors que l'une des garanties a été souscrite.

Article 19 - Revalorisation en cas de décès

Le capital en cas de décès ou le capital constitutif de la rente produit de plein droit intérêt dès la date du décès, et au plus tard jusqu'à la date de règlement du capital ou de la rente, à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- a) 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 ;
- b) Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

Toute disposition réglementaire ou législative nouvelle s'appliquera de plein droit dès sa promulgation ou dès la date prévue pour son entrée en vigueur, pour autant qu'elle soit impérative et plus favorable que les clauses du présent contrat et sans qu'il soit nécessaire de conclure un avenant modificatif dans ce sens, sauf disposition réglementaire ou législative contraire.

En tant que de besoin, elle pourra donner lieu à une notification, par écrit s'annexant au contrat auquel il s'incorpore.

Article 20 - Revalorisation des prestations

Les prestations en cas d'arrêt de travail, rentes viagères servies depuis plus d'un an sont revalorisées annuellement le 1^{er} juillet en fonction de la dernière évolution connue du point AGIRC - ARRCO à cette date, constatée au cours de cette période et dans la limite des disponibilités du fonds de revalorisation.

Le fonds de revalorisation est alimenté par 85 % des revenus financiers réalisés sur les provisions constituées, selon les normes légales en vigueur pour ces prestations, ces provisions étant investies sur l'actif général de la compagnie. Il est débité des sommes affectées à la revalorisation des rentes.

C - Détermination des garanties et des prestations

Article 21 - Classes professionnelles de tarification

À l'adhésion, l'Assureur indique à chaque Adhérent la cible professionnelle ainsi que la classe professionnelle de tarification dont il relève. Ces informations figurent sur le Certificat d'adhésion.

Le tarif est déterminé en fonction de la profession déclarée et du fait que l'Adhérent est fumeur ou non-fumeur.

Article 22 - Calcul et paiement des cotisations

> 22.1 Les cotisations à la date d'effet de l'adhésion

Les montants de cotisations sont calculés en fonction des déclarations faites à l'adhésion (du montant des garanties, des classes professionnelles etc....).

Les cotisations (taxes actuelles comprises) sont payables d'avance selon la périodicité choisie par l'Adhérent sur le bulletin d'adhésion. Elles peuvent être payées par année, par semestre, par trimestre ou par mois (prélèvement automatique obligatoire).

Tout ajout ou modification de taxe en cours de vie de l'adhésion pourra être appliquée dès l'échéance périodique de cotisation suivant la date d'application de la taxe.

L'Adhérent en sera informé par courrier simple.

Les cotisations et les taxes perçues en sus sont payables par l'Adhérent au Siège social de l'Assureur, ou au domicile du mandataire désigné.

Le payeur de cotisations peut être une personne morale agissant pour le compte de l'Adhérent ; dans ce cas, cette précision figure au Certificat d'adhésion et, de convention expresse, cette personne est réputée se substituer à l'Adhérent pour l'accomplissement de toutes les formalités, et notamment l'envoi de tout courrier, relatives au paiement des cotisations.

Si dix jours après une échéance, la cotisation n'est pas payée, l'Assureur adressera à l'Adhérent une lettre recommandée l'invitant à s'acquitter de son montant.

À défaut de paiement, les garanties prennent fin pour chaque Adhérent quarante jours après la date d'envoi de cette lettre recommandée, indépendamment du droit pour l'Assureur d'appliquer toutes les dispositions de l'article L113-3 du Code des assurances.

Le paiement et l'encaissement de cotisations inexacts ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.

La cotisation due pour la première année figure sur le Certificat d'adhésion émis lors de l'adhésion.

> 22.2 Revalorisation annuelle

Les cotisations peuvent être revalorisées chaque année, à l'échéance anniversaire du contrat, en fonction de l'évolution des résultats techniques du contrat ou du groupe de contrats homogènes auquel il appartient, ou de tout autre élément de nature à modifier le risque assuré.

L'évolution des cotisations sera communiquée au moins deux mois avant la date d'échéance.

Article 23 - Augmentation ou ajout de garantie - Diminution ou suppression de garanties à la demande de l'Adhérent

> Augmentation ou ajout de garantie

L'Adhérent peut demander une augmentation des montants assurés au titre de son adhésion ou l'ajout d'une ou plusieurs garanties sous condition de se soumettre aux formalités exigées pour une adhésion (cf. article 1 - Conditions d'adhésion).

La cotisation est alors recalculée selon l'âge atteint à la date de la modification.

Toute demande de modification allant à l'encontre des dispositions de la présente notice et notamment des plafonds et des dates de cessation des garanties, ainsi que des exclusions, ou présentée sans que les formalités susmentionnées aient été respectées est irrecevable et obligatoirement refusée.

L'adhésion ou le maintien des garanties en dehors des limitations prévues aux conventions du fait de l'âge, peut faire l'objet d'une demande de garantie auprès de l'Assureur, qui sera soumise au respect de ces formalités.

Toute modification se fait à la prochaine échéance périodique de cotisation qui suit l'acceptation de l'Assureur.

Toute augmentation de garantie en cas d'incapacité ou d'invalidité est soumise à l'application du Délai d'attente (cf. article 5.2.1 Délai d'attente applicable aux garanties en cas d'incapacité ou d'invalidité).

Toutefois, l'Adhérent pourra demander une augmentation de ces garanties décès, en cas de mariage, PACS (Pacte Civil de Solidarité), naissance, ou adoption sans formalités médicales supplémentaires, dans la limite du doublement de ces garanties (tout événement ci-avant confondu).

Cette demande devra être faite dans les deux mois suivant l'évènement.

> Diminution ou suppression des garanties à la demande de l'Adhérent

- Un Adhérent peut demander la suppression d'une ou plusieurs des garanties complémentaires à la date anniversaire de son adhésion, sur demande formulée de sa part par lettre recommandée adressée au moins deux mois à l'avance.

Lorsqu'il n'y a plus de garantie principale sur l'adhésion, celle-ci prend fin.

La radiation ou la suppression de garanties est sans effet sur les prestations en cours ou acquises qui seront versées et revalorisées sur les bases contractuelles.

Article 24 - Modification du risque

L'Adhérent doit avertir l'Assureur par lettre recommandée dès qu'il en a connaissance :

- S'il change de profession ou s'il exerce sa profession dans des conditions autres que celles déclarées à l'adhésion ;
- S'il pratique des activités sportives à risque différentes de celles signalées à l'adhésion, et s'il désire bénéficier d'une extension des garanties ;
- S'il n'est plus éligible au tarif non-fumeur ;
- S'il liquide ses droits à la retraite de son régime de base.

Le changement de profession entraîne le classement de l'Adhérent

dans le groupe professionnel correspondant à sa nouvelle activité et l'application du tarif propre à ce groupe à la prochaine échéance de cotisations.

Une activité sportive aggravante exclue pourra entraîner, le cas

échéant, une surprime ou une limitation des garanties.

À défaut d'information au moment du paiement des prestations une règle de proportionnalité sera appliquée aux prestations payées (cf. article 4 - Sanctions en cas de fausse déclaration).

D - Service des prestations

L'Assureur se réserve le droit de contrôler par tous moyens que rien ne s'oppose légalement ou contractuellement au règlement du sinistre.

De convention expresse, et sous peine de déchéance, l'Adhérent reconnaît à l'Assureur le droit de contrôler par tous moyens que rien ne s'oppose au règlement du sinistre. L'Adhérent fait obligation à ses ayants droit ainsi qu'à tout sachant de ne pas s'y opposer.

Sous peine de déchéance, toute personne se prévalant de la mise en jeu d'une garantie doit remettre l'ensemble des pièces contractuellement exigées.

De convention expresse, l'Adhérent reconnaît à l'Assureur le droit de subordonner, à l'égard de toute personne s'en prévalant, la mise en jeu des garanties au respect de cette condition.

En cas de refus de l'une des personnes ci-dessus mentionnées, l'Assureur aura le droit de s'opposer à la mise en œuvre de la garantie.

Article 25 - Pièces à fournir en cas de décès

- Original du Certificat d'adhésion et des avenants éventuels,
- Acte de décès de l'Adhérent,
- Un certificat médical indiquant la cause du décès ou la nature de l'affection ayant entraîné le décès ; ou le document « Déclaration de sinistre » en deux parties dûment complétées et signées par chaque Bénéficiaire et par le médecin traitant de l'Adhérent,
- Photocopie de chaque page du livret de famille actualisé ou des livrets de famille (en cas de remariage),
- La photocopie recto/verso de la carte nationale d'identité en cours de validité du (ou des) Bénéficiaire(s),
- Certificat d'hérédité sur demande de l'Assureur,
- tous documents relatifs aux articles 757 B et 990 I du Code Général des Impôts et toutes pièces exigées par la législation en vigueur au moment du sinistre.

Et,

- En cas d'Accident, tous documents établissant les circonstances de celui-ci (coupures de presse, constat de police, procès-verbal de gendarmerie...),

Cette liste est non exhaustive, d'autres documents peuvent être demandés.

Tous les documents énumérés sont à adresser à :

CBP France, Prévoyance Individuelle CS 20008
44967 NANTES Cedex 9

Les pièces médicales doivent être adressées, sous pli fermé, au médecin conseil de l'Assureur.

Article 26 - Pièces à fournir en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

- Un certificat médical précisant la nature de la Maladie ou de l'Accident ayant entraîné la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, et précisant la date des premiers symptômes de la Maladie ou de la survenance de l'Accident ; ou le document « Déclaration de sinistre » en deux parties dûment complétées et signées par le médecin traitant et l'Adhérent.
- En cas d'Accident, tous documents établissant les circonstances de celui-ci (coupures de presse, constat de police, procès-verbal de gendarmerie...).

Tous les documents sont à adresser à :

CBP France, Prévoyance Individuelle CS 20008
44967 NANTES Cedex 9

Les pièces médicales doivent être adressées, sous pli fermé, au médecin conseil de l'Assureur.

Article 27 - Formalités en cas d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente

Lorsque l'Adhérent relève d'une situation lui ouvrant droit à ces garanties lui-même doit, dès qu'il en a eu connaissance et au plus tard dans les trente jours, sauf cas fortuit ou de force majeure, en informer l'Assureur.

Passé ce délai, tout sinistre est réputé survenu le jour de la déclaration à l'Assureur.

À défaut de déclaration dans le délai imparti, le Délai de franchise commencera à courir à compter du jour de la réception des pièces au Siège social de l'Assureur.

L'Adhérent fournit, à ses frais, les pièces nécessaires pour le règlement des prestations.

> 27.1 Pièces à fournir

- Un certificat médical précisant :
 - la date de début de l'incapacité et sa durée prévisible ;
 - la nature exacte des lésions ou de l'affection, les antécédents éventuels et l'évolution probable de la pathologie ;

En cas d'Hospitalisation le ou les bulletins de situation établis par les établissements hospitaliers précisant la date et l'heure d'entrée et de sortie, et reprenant la facturation du Forfait hospitalier.

En cas d'Hospitalisation, avec Acte chirurgical, il faudra également fournir le compte rendu opératoire, en plus du ou des bulletins ci-dessus.

En cas d'Accident, une déclaration précisant les circonstances et le lieu de survenance ainsi que tous documents établissant les circonstances de celui-ci (coupures de presse, constat de police, procès-verbal de gendarmerie...).

Ou

- le document « Déclaration de sinistre » en deux parties dûment complétées et signées respectivement par le médecin traitant et l'Adhérent, et toutes pièces exigées par la législation en vigueur au moment du sinistre.

Ultérieurement, l'Adhérent fournira :

- un certificat de prolongation de l'arrêt de travail ou au contraire un certificat indiquant la date de reprise, même partielle de l'activité ;
- toute pièce médicale demandée par le médecin conseil de l'Assureur.

Cette liste n'est pas exhaustive, d'autres documents peuvent être demandés, notamment tout questionnaire complémentaire non médical permettant à l'Assureur de comprendre les impacts de la pathologie sur la vie courante de l'Adhérent (Cf article 4 - Sanctions en cas de fausse déclaration, et article 12 - Traitement et communication des informations).

Tous les documents sont à adresser à :

CBP France, Prévoyance Individuelle CS 20008
44967 NANTES Cedex 9

Les pièces médicales doivent être adressées, sous pli fermé, au médecin conseil de l'Assureur.

> 27.2 Contrôle et expertise médicale

Pour apprécier le bien-fondé de la mise en jeu ou de la poursuite des garanties Incapacité et Invalidité, l'Assureur se réserve le droit de soumettre l'Adhérent à un examen médical auprès d'un médecin expert qu'il désignera à cet effet.

L'Adhérent doit se soumettre à tous examens que l'Assureur jugera utiles pour contrôler son état ou vérifier tous faits susceptibles d'affecter le règlement du sinistre par application des dispositions tant légales que contractuelles.

Les médecins et délégués missionnés par l'Assureur auront, à toute époque, un libre accès auprès de l'Adhérent pour procéder à tout contrôle ou toute expertise.

Dans le cas où l'Adhérent ne peut se déplacer, le médecin missionné par l'Assureur doit avoir accès à son lieu de résidence pour pouvoir constater médicalement son état.

L'Adhérent doit toujours indiquer à l'Assureur l'adresse où il peut être joint et signaler tout changement d'adresse.

Generali se réserve le droit de refuser le service des prestations pendant les périodes où son contrôle médical aura été rendu impossible du fait de l'Adhérent.

Le versement des prestations éventuelles, si l'état de santé le justifie, ne reprend qu'à compter de la date de l'examen et ne s'applique qu'à la période postérieure au contrôle.

À partir de ces contrôles, l'Assureur se réserve le droit de contester au regard des dispositions des présentes conventions, l'état et le taux d'incapacité ou d'invalidité.

En cas d'Accident ou de Maladie atteignant l'Adhérent hors de France, celui-ci est tenu de faire élection de domicile en France pour toute contestation d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un sinistre.