

# Conditions générales

Prévoyance collective -  
Contrat à adhésion facultative

**CG PREV FAC 24A**

**Sommaire**



GRUPE MUTUALISTE EUROPEEN  
ASSURANCE ET MANAGEMENT DES RISQUES

	<b>5</b>
<b>Présentation du contrat</b>	<b>5</b>
<b>Préambule</b>	<b>5</b>
Article 1. Objet du contrat .....	5
Article 2. Obligations du Souscripteur vis-à-vis du Assuré.....	6
Article 3. Déclaration en cours de contrat .....	6
3.1- A la fin de chaque échéance de paiement des cotisations .....	6
3.2- Au plus tard le 31 octobre de chaque année .....	6
Article 4. Définitions .....	6
Article 5. Rémunération de référence.....	8
<b>TITRE I.</b>	<b>9</b>
<b>FONCTIONNEMENT DU CONTRAT</b>	<b>9</b>
<b>Chapitre 1. Formation - Durée du contrat</b>	<b>10</b>
Article 6. Prise d'effet du contrat.....	10
Article 7. Durée du contrat.....	10
Article 8. Résiliation du contrat .....	10
<b>Chapitre 2. Adhésion au contrat collectif</b>	<b>11</b>
Article 9. Population assurée.....	11
Article 10. Conditions d'admission.....	11
10.1 Modalités d'adhésion .....	11
10.2 Formalités d'adhésion .....	13
10.3 Prise d'effet de l'adhésion au contrat collectif .....	13
10.4 Durée et renouvellement de l'adhésion .....	13
10.5 Renonciation.....	13
Article 11. Dénonciation de l'adhésion .....	14
<b>Chapitre 3. Cotisations</b>	<b>14</b>
Article 12. Modalités de calcul des cotisations .....	14
12.1 Base de cotisations .....	14
12.2 Exonération totale ou partielle de la cotisation .....	14
Article 13. Modalités de paiement des cotisations .....	14
Article 14. Dispositions en cas de non-paiement des cotisations .....	15
<b>Chapitre 4. Sinistres</b>	<b>16</b>
Article 15. Règlement des sinistres .....	16
Article 16. Prestations indues .....	16
Article 17. Revalorisation des prestations .....	16
Article 18. Contrôle médical.....	16
<b>Chapitre 5. Dispositions diverses</b>	<b>17</b>
Article 19. Fausse déclaration intentionnelle .....	17
Article 20. Fausse déclaration non intentionnelle .....	17
Article 21. Subrogation .....	17

Article 22. Prescription.....	17
Article 23. Renseignements - Réclamations .....	19
Article 24. Médiation .....	19
Article 25. Protection des données à caractère personnel.....	20
Article 26. Autorité de contrôle .....	23
Article 27. Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme .....	23
<b>TITRE II.</b>	<b>25</b>
<b>GARANTIES DU CONTRAT</b>	<b>25</b>
<b>Chapitre 1. Dispositions communes</b>	<b>26</b>
Article 28. Base des garanties.....	26
Article 29. Prise d'effet des garanties .....	26
Article 30. Modification des options et du niveau des garanties .....	26
Article 31. Suspension et cessation des garanties.....	26
31.1 Suspension des garanties .....	26
31.2 Cessation des garanties .....	27
Article 32. Maintien des garanties .....	28
32.1 Maintien obligatoire des garanties en cas de suspension indemnisée .....	28
32.2 Maintien des garanties en cas de portabilité .....	28
32.3 Maintien des prestations en cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat d'assurance .....	28
Article 33. Exclusions .....	29
33.1 Exclusions générales.....	29
33.2 Exclusions propres à la garantie Décès .....	29
Article 34. Prestations complémentaires .....	29
<b>Chapitre 2. Définitions et conditions des garanties</b>	<b>30</b>
<b>Section 1. Garantie incapacité temporaire totale de travail</b>	<b>30</b>
Article 35. Objet de la garantie .....	30
Article 36. Montant de la prestation .....	30
Article 37. Point de départ du service de la prestation .....	31
Article 38. Cessation de la prestation .....	32
Article 39. Pièces à fournir.....	32
<b>Section 2. Garantie invalidité permanente</b>	<b>33</b>
Article 40. Objet de la garantie .....	33
Article 41. Montant de la prestation .....	33
Article 42. Point de départ du service de la prestation .....	34
Article 43. Cessation de la prestation .....	34
Article 44. Pièces à fournir.....	35
<b>Section 3. Garantie perte de retraite consécutive à une invalidité permanente</b>	<b>35</b>
Article 45. Objet de la garantie .....	35
Article 46. Montant de la prestation .....	35
Article 47. Point de départ du service de la prestation .....	36
Article 48. Cessation de la prestation .....	36
Article 49. Pièces à fournir.....	36
<b>Section 4. Garantie en cas de décès</b>	<b>37</b>

<b>Sous-section 1. Garantie décès toutes causes et PTIA</b>	<b>37</b>
Article 50. Objet de la garantie .....	37
Article 51. Montant de la prestation .....	37
Article 52. Bénéficiaires .....	37
Article 53. Règlement de la prestation .....	38
Article 54. Cessation de la garantie.....	38
Article 55. Pièces à fournir.....	38
<b>Sous-section 2. Garantie rente de conjoint</b>	<b>38</b>
Article 56. Objet de la garantie .....	38
Article 57. Montant de la prestation .....	38
Article 58. Bénéficiaires .....	38
Article 59. Cessation de la prestation .....	39
Article 60. Pièces à fournir.....	39
<b>Sous-section 3. Garantie rente éducation</b>	<b>39</b>
Article 61. Objet de la garantie .....	39
Article 62. Montant de la prestation .....	39
Article 63. Bénéficiaires .....	39
Article 64. Cessation de la prestation .....	40
Article 65. Pièces à fournir.....	40
<b>Sous-section 4. Garantie allocation frais d'obsèques</b>	<b>40</b>
Article 66. Objet de la garantie .....	40
Article 67. Montant de la prestation .....	40
Article 68. Bénéficiaires .....	40
Article 69. Pièces à fournir.....	40

## **Annexes**

Annexe 1. Pièces à fournir pour l'ouverture des droits aux garanties incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente et perte de retraite consécutive à une invalidité permanente : tableau récapitulatif

Annexe 2. Pièces à fournir pour l'ouverture des droits à la garantie en cas de décès (toutes causes et PTIA ; rente de conjoint ; rente éducation et frais d'obsèques) : tableau récapitulatif

Annexe 3. Déclaration de situation d'assurance

---

# Présentation du contrat

## Préambule

Le contrat est constitué des présentes Conditions Générales, des Conditions Particulières et de leurs Annexes, qui en font partie intégrante.

Le contrat est collectif, à adhésion facultative et conclu conformément aux dispositions suivantes :

- Chapitre II du titre II du livre VIII du Code général de la fonction publique ;
- Décret n° 2011-1474 du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection complémentaire de leurs agents et les arrêtés du 8 novembre 2011 ;
- Décret n° 2022-581 du 20 avril 2022 relatif aux garanties de protection sociale complémentaire et à la participation obligatoire des collectivités territoriales et de leurs établissements publics à leur financement ;
- Accord collectif national du 11 juillet 2023 portant réforme de la protection sociale complémentaire des agents publics territoriaux ;
- Code des assurances et Code de la Sécurité sociale ;
- Loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques.

## Article 1. Objet du contrat

Le contrat a pour objet de définir les garanties et les modalités de versement des prestations en cas :

- d'incapacité temporaire totale de travail,
- d'invalidité permanente,
- de décès/ de perte totale et irréversible d'autonomie,
- de perte de retraite,
- de rente de conjoint,
- de rente éducation,
- de l'allocation frais d'obsèques.

**Sachant que :**

- **la souscription des garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité permanente est obligatoire,**
- les garanties perte de retraite, décès/PTIA, rente de conjoint, rente éducation et allocation frais d'obsèques sont optionnelles.

Il est de plus précisé que les conditions d'assurance sont établies en fonction des dispositions législatives et réglementaires en vigueur à la date de notification du marché. Si des modifications, notamment statutaires rendent nécessaires la révision des garanties, l'Assureur et le Souscripteur se réservent la faculté d'adapter les conditions d'assurance dans un délai de six (6) mois à compter de leurs publications.

La modification des conditions d'assurance fera l'objet d'un avenant au contrat.

## **Article 2. Obligations du Souscripteur vis-à-vis de l'Assuré**

L'Assureur remet au Souscripteur, les statuts, un bulletin d'adhésion et une notice d'information qui définit les garanties prévues par le présent contrat, leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir en cas de sinistre ainsi que les exclusions, limitations de garantie et délais de prescription.

Conformément à l'article L. 141-4 du Code des assurances, le Souscripteur s'engage, sous sa seule responsabilité, à :

- remettre aux Assurés un exemplaire de la notice d'information établie par l'Assureur ;
- informer chaque Assuré par écrit des modifications qui seraient, le cas échéant, apportées à ses droits et obligations et ce, trois (3) mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

La preuve de la remise de la notice à l'Assuré et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe au Souscripteur.

## **Article 3. Déclaration en cours de contrat**

Le Souscripteur adresse à l'Assureur les fichiers suivants, dûment complétés :

### **3.1- A la fin de chaque échéance de paiement des cotisations**

- o La liste des nouveaux Assuré Assurés ou Bénéficiaires indiquant la date d'adhésion au contrat et la ou les garantie(s) choisie(s), le montant de leur Traitement Indiciaire Brut (TIB), Nouvelle Bonification Indiciaire (NBI) et Régime Indemnitaire (RI) le cas échéant pour les agents de droit public et la rémunération brute et, le cas échéant, les primes et indemnités brutes pour les agents de droit privé ;
- o La liste des Assurés ne faisant plus partie du personnel, mentionnant les dates de départ ;
- o La liste des Assurés admis à la retraite, précisant la date d'admission à la retraite.

### **3.2- Au plus tard le 31 octobre de chaque année**

La liste récapitulative des Assurés et les garanties souscrites.

## **Article 4. Définitions**

Pour l'application du présent contrat, on entend par :

**Accident** : Toute atteinte ou lésion corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant exclusivement et directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. **Ne sont pas considérés comme des accidents mais comme des maladies les événements suivants : rupture d'anévrisme, infarctus du myocarde, embolie cérébrale, hémorragie méningée, accidents vasculaires cérébraux.**

**Assureur :**

**- Pour les garanties en cas de décès :**

Relyens Life Insurance - Société Anonyme au capital de 6 000 000 € - N° 487 632 861  
RCS Lyon - Entreprise régie par le Code des assurances - 18 rue Edouard Rochet - 69008  
LYON. Relyens Life Insurance est une filiale de Relyens Mutual Insurance.

**- Pour les autres garanties**

Relyens Mutual Insurance - Société d'Assurance Mutuelle – SIREN N° 779 860 881 RCS  
LYON - Entreprise régie par le Code des assurances - 18 rue Edouard Rochet - 69372  
LYON cedex 08.

Relyens Mutual Insurance gère l'ensemble des garanties du contrat pour le compte des deux sociétés. Les deux sociétés sont appelées dans la suite du contrat, « l'Assureur ».

**Concubin** : personne vivant en couple avec l'Assuré dans le cadre d'une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité (article 515-8 du Code civil). Cet état est démontré par la transmission d'un certificat de concubinage et d'une facture aux deux (2) noms de moins de six (6) mois à l'adresse commune.

**Délai de stage** : période au cours de laquelle une garantie ne s'applique pas, bien que l'Assuré cotise. Cette période commence à courir à compter de la prise d'effet de l'adhésion. Les sinistres nés pendant le délai de stage, et leurs rechutes, ne sont pas indemnisés. Le délai de stage s'apprécie dans les conditions énoncées aux présentes Conditions générales. **Par dérogation, le délai de stage ne s'applique pas à la garantie « Décès / PTIA ».**

**Enfants à charge** : Les enfants de moins de vingt et un (21) ans qu'ils soient légitimes, naturels, adoptifs ou recueillis, dont l'Assuré pourvoit aux besoins et assume la charge effective et permanente de leur entretien au sens de l'assurance maladie ou pour lesquels l'Assuré verse une pension alimentaire constatée judiciairement ou déduite fiscalement.

Sont également concernés, les enfants de moins de vingt-six (26) ans :

- qui poursuivent leurs études et peuvent en justifier par un certificat de scolarité avec, s'ils sont âgés de plus de dix-huit (18) ans,
- qui sont en apprentissage.

Sans condition d'âge, les enfants qui, par suite d'infirmité ou de maladie incurable, sont atteints d'une incapacité permanente d'un taux égal ou supérieur à 80 % reconnu au sens de l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles.

**Franchise** : Période qui suit la date de réalisation du risque couvert et qui n'est pas indemnisée par l'Assureur.

**Garanties prévoyance** : Garanties couvrant l'incapacité temporaire totale de travail, l'invalidité permanente, la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), la perte de retraite ou le décès.

**Souscripteur/ sociétaire** : La personne morale souscriptrice du présent contrat, dont le nom est mentionné aux Conditions Particulières

## **Article 5. Rémunération de référence**

La rémunération de référence est définie au regard des éléments suivants de la rémunération mensuelle des agents :

- Le traitement indiciaire (TI) / le salaire,
- Le complément de traitement indiciaire (CTI),
- Nouvelle bonification indiciaire (NBI),
- Le cas échéant, le régime indemnitaire.

Il faut entendre par régime indemnitaire, les primes, indemnités, gratifications mensuelles résultant de dispositions législatives ou réglementaires (dont l'indemnité compensatrice de la hausse de la CSG), à l'exclusion :

- des remboursements de frais,
- des indemnités accessoires rattachées à l'exercice des fonctions,
- des indemnités d'astreinte,
- de la Prime de Fin d'Année (PFA),
- de la prime de vacances,
- du Complément Indemnitaire Annuel (CIA).

Lorsqu'il est fait mention à la rémunération de référence nette, cela correspond à la rémunération de référence brute soumis à retenue pour pension, diminué des cotisations sociales obligatoires (retraite CNRACL, Sécurité sociale, CSG, CRDS, retraite IRCANTEC et retraite complémentaire obligatoire).

# **TITRE I.**

## **FONCTIONNEMENT DU CONTRAT**

# Chapitre 1. Formation - Durée du contrat

---

## Article 6. Prise d'effet du contrat

Le contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières.

## Article 7. Durée du contrat

Le contrat est conclu pour une durée de six (6) ans. Il peut être prorogé pour des motifs d'intérêt général, pour une durée ne pouvant excéder un (1) an.

## Article 8. Résiliation du contrat

- A la date d'échéance annuelle :

La date d'échéance annuelle est indiquée aux Conditions Particulières du contrat. Le Souscripteur peut résilier le contrat, chaque année, en envoyant à l'Assureur une lettre recommandée, au moins six (6) mois avant la date d'échéance.

L'Assureur peut également résilier le contrat à l'échéance annuelle sous réserve du respect d'un délai de préavis de six (6) mois.

- En cas de modification de la tarification :

Les limites tarifaires prévues lors de la mise en concurrence pourront être dépassées dans les hypothèses visées ci-dessous et si le changement revêt un caractère significatif :

- aggravation de la sinistralité ;
- variation du nombre d'agents adhérents au contrat collectif ;
- évolution démographique de la population assurée.

L'Assureur informe le Souscripteur de toute hausse exceptionnelle des tarifs six (6) mois avant la date d'échéance annuelle du présent contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le refus ou l'acceptation de cette modification par le Souscripteur doit être notifiée à l'Assureur dans le délai de deux (2) mois suivant la réception de l'avis de modification des cotisations.

En cas de refus de la modification, le contrat sera résilié de plein droit à sa date d'échéance annuelle.

L'absence de réponse du Souscripteur vaut acceptation des nouveaux tarifs.

- En cas d'évolution de la réglementation :

Si les modifications, notamment statutaires rendent nécessaires la révision des garanties, l'Assureur se réserve la faculté d'adapter les conditions d'assurance dans un délai de six (6) mois à compter de leurs publications.

Le Souscripteur doit notifier sa décision d'acceptation ou de refus dans un délai d'un (1) mois à compter de la date d'envoi de la lettre par l'Assureur, le cachet de la poste faisant foi.

Si à l'issue de ce délai, le Souscripteur n'a pas refusé expressément la proposition de modification, l'Assureur considère que celle-ci est acceptée par le Souscripteur. Cette modification prendra effet un mois après l'acceptation expresse ou tacite du Souscripteur.

En cas de refus, l'Assureur peut résilier le présent contrat dans un délai d'un (1) mois suivant la réception du courrier le cachet de la poste faisant foi.

A compter du premier jour du mois suivant la date d'effet de cette modification, l'Assureur notifie les nouvelles conditions de garantie au Souscripteur par lettre recommandée avec avis de réception.

- En cas de non-paiement des cotisations :

En cas de non-paiement des cotisations, l'Assureur peut résilier le contrat dans les conditions prévues à l'article 14 des présentes Conditions Générales.

## Chapitre 2. Adhésion au contrat collectif

### Article 9. Population assurée

L'adhésion des agents du Souscripteur au présent contrat collectif est facultative.

Tous les agents peuvent adhérer au contrat collectif dont :

- les fonctionnaires, titulaires ou stagiaires, à temps complet ou non,
- les agents contractuels de droit public,
- les agents contractuels de droit privé,
- les agents détachés auprès du Souscripteur,
- les agents mis à disposition auprès du Souscripteur, sous réserve d'obtenir l'autorisation de la collectivité dont ils dépendent.

### Article 10. Conditions d'admission

#### 10.1 Modalités d'adhésion

**Dans les douze (12) premiers mois de la date d'effet du contrat, de la date de recrutement ou de la date de reprise d'activité :**

Situation de l'agent	Conditions de la demande	Prise d'effet de l'adhésion / garanties
<b>Activité normale de service</b>	Dans les douze (12) mois qui suivent la date d'effet du contrat ou le recrutement	1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la demande
<b>Temps partiel thérapeutique / période de préparation au reclassement</b>	Dans les douze (12) mois qui suivent la date d'effet du contrat ou le recrutement	(1) 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la demande
<b>Absences pour raisons non médicales (2)</b>	Dans les douze (12) mois qui suivent la reprise de son activité normale de service (3)	1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la demande
<b>Absences pour raisons de santé (4)</b>	<b>Si la radiation d'un contrat couvrant les mêmes risques est simultanée avec l'adhésion au présent contrat :</b> A la date de reprise de son activité normale de service à temps complet	(1) 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la demande
	<b>A défaut</b> A compter du trente et unième (31 <sup>ième</sup> ) jour de reprise d'activité normale de service à temps complet	1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la demande

(1) Non prise en charge des conséquences du risque en cours

- (2) Absences pour raisons non médicales telles que disponibilité pour convenances personnelles, congé parental, congé pour présence parentale, congé sabbatique .....
- (3) Délai de douze (12) mois commence à courir à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la reprise de l'activité normale de service à temps complet
- (4) Congé pour raison de santé fractionné ou non, disponibilité d'office pour raison de santé, congés de maternité et liés aux charges parentales ou congés pour risques professionnels

**Au-delà des douze (12) premiers mois :**

Situation de l'agent	Conditions de la demande	Prise d'effet de l'adhésion	Prise d'effet des garanties
<b>Activité normale de service</b>	Au-delà des douze (12) mois après la date d'effet du contrat ou le recrutement	1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la demande	A l'issue d'un délai de stage de six (6) mois suivant l'adhésion
<b>Temps partiel thérapeutique / période de préparation au reclassement</b>	Au-delà des douze (12) mois qui suivent la date d'effet du contrat ou le recrutement	1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la demande	A l'issue d'un délai de stage de six (6) mois suivant l'adhésion (1)
<b>Absences pour raisons non médicales (2)</b>	Au-delà des douze (12) mois qui suivent la reprise normale de service à temps complet (3)	1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la demande	A l'issue d'un délai de stage de six (6) mois suivant l'adhésion
<b>Absences pour raisons de santé (4)</b>	Au-delà des douze (12) mois qui suivent la reprise normale de service à temps complet (3)	<b>Si la radiation d'un contrat couvrant les mêmes risques est simultanée avec l'adhésion au présent contrat :</b> 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la demande	1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la demande (1)
		<b>A défaut :</b> 1 <sup>er</sup> jour du mois suivant la demande	A l'issue d'un délai de stage de six (6) mois suivant l'adhésion

- (1) Non prise en charge des conséquences du risque en cours
- (2) Absences pour raisons non médicales telles que disponibilité pour convenances personnelles, congé parental, congé pour présence parentale, congé sabbatique....
- (3) Délai de douze (12) mois commence à courir à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la reprise de l'activité normale de service à temps complet
- (4) Congé pour raison de santé fractionné ou non, disponibilité d'office pour raison de santé, congés de maternité et liés aux charges parentales ou congés pour risques professionnels

## **10.2 Formalités d'adhésion**

La demande d'adhésion se fera par voie dématérialisée sauf avis contraire de l'Assuré et doit obligatoirement comprendre les documents suivants :

- le bulletin d'adhésion au contrat collectif à adhésion facultative, dûment complété, daté et signé par l'Assuré,
- une copie de la carte nationale d'identité ou d'un passeport valide,
- une demande de précompte sur traitement, pour le paiement des cotisations ou lorsque ce mode de prélèvement n'est pas possible, un mandat de prélèvement SEPA accompagné d'un RIB,
- le cas échéant, le certificat de radiation de l'ancien organisme assureur.

## **10.3 Prise d'effet de l'adhésion au contrat collectif**

La date de prise d'effet de l'adhésion au contrat collectif est notifiée à l'Assuré via l'espace client ou sur demande de l'Assuré par courrier de l'Assureur.

## **10.4 Durée et renouvellement de l'adhésion**

L'adhésion de l'Assuré au contrat collectif est valable jusqu'au 31 décembre inclus de l'année d'adhésion.

L'adhésion se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, quelle que soit la date d'adhésion initiale, sauf cessations des garanties dans les conditions prévues à l'article 31.2 des présentes Conditions Générales.

## **10.5 Renonciation**

A compter de la date de prise d'effet de son adhésion au contrat collectif, l'Assuré dispose d'un délai de trente (30) jours calendaires, en ce inclus le délai légal de rétractation en matière de démarchage et le délai légal de rétractation en matière de vente à distance, pour renoncer à son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

Si ce délai expire un samedi, un dimanche, un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

La lettre de renonciation doit être adressée à l'Assureur à l'adresse mail ou postale figurant sur le bulletin d'adhésion.

En cas de renonciation dans les conditions exposées ci-dessus, l'Assureur rembourse à l'Assuré le montant de la cotisation versée.

Toutefois, dans l'hypothèse où l'Assuré a demandé à l'Assureur le versement de prestations dans le délai de trente (30) jours visés ci-dessus, il ne pourra plus user de sa faculté de renonciation.

## Article 11. Dénonciation de l'adhésion

- Au 31 octobre de chaque année

Conformément à l'article L.113-12 du Code des assurances, l'Assuré peut mettre fin à son adhésion, chaque année, en envoyant une demande dans les conditions visées à l'article L.113-14 du Code des assurances, au moins deux (2) mois avant la date d'échéance du contrat.

L'adhésion de l'Assuré prend fin à la date d'échéance du contrat.

- En cas de modification des droits et obligations

Conformément à l'article L.141-4 du Code des assurances, lorsque des modifications sont apportées aux droits et obligations des Assurés, le Souscripteur est tenu d'informer chaque Assuré en lui remettant la notice établie à cet effet par l'Assureur.

Tout Assuré peut, dans le délai d'un (1) mois à compter de la remise de la notice d'information, dénoncer son affiliation en raison de ces modifications. La preuve de la remise de la notice à l'Assuré des informations relatives aux modifications apportées au contrat collectif incombe au Souscripteur.

# Chapitre 3. Cotisations

---

## Article 12. Modalités de calcul des cotisations

### 12.1 Base de cotisations

L'assiette servant de base au calcul des cotisations est définie comme étant la rémunération de référence brute définie à l'article 5 des Conditions Générales.

Le montant de la cotisation inclut les taxes applicables aux taux en vigueur au jour de la prise d'effet du présent contrat collectif.

### 12.2 Exonération totale ou partielle de la cotisation

Le Souscripteur et l'Assuré continuent de s'acquitter du versement de la part de cotisation qui leur incombe pendant toute la durée de la suspension de l'activité ou du contrat de travail rémunérée ou indemnisée (demi-traitement, indemnités journalières ou de coordination, l'allocation d'invalidité temporaire, etc.). Cette cotisation est calculée sur la base de la rémunération de référence brute ou de l'indemnisation. En cas de suspension de l'activité ou du contrat de travail (congé parental, disponibilité pour convenances personnelles, etc.), aucune cotisation n'est due à l'Assureur et les garanties sont suspendues, conformément à l'article 31.1 des présentes Conditions Générales.

## Article 13. Modalités de paiement des cotisations

L'ouverture des droits à prestations est subordonnée au paiement des cotisations afférentes aux garanties prévoyance dont bénéficie l'Assuré au titre du présent contrat collectif.

Les cotisations, exprimées en pourcentage de l'assiette de cotisation, font l'objet d'un précompte mensuel sur le traitement ou sur le salaire de l'Assuré par le Souscripteur.

Les cotisations globales sont versées par le Souscripteur à l'Assureur dans le délai de dix (10) jours suivant le dernier jour de chaque trimestre.

Lorsque ce mode de règlement n'est pas possible, la cotisation est acquittée directement par l'Assuré par prélèvement mensuel effectué sur son compte bancaire.

## **Article 14. Dispositions en cas de non-paiement des cotisations**

### ▪ Cotisation précomptée par le Souscripteur

Lorsque le Souscripteur assure le précompte de la cotisation, à défaut de paiement d'une cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, la garantie ne peut être suspendue que trente (30) jours après la mise en demeure du Souscripteur.

Dans la lettre de mise en demeure qu'il adresse au Souscripteur, l'Assureur l'informe des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie. L'Assuré est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation par le Souscripteur est susceptible d'entraîner la résiliation du contrat collectif, sauf s'il entreprend de se substituer au Souscripteur pour le paiement des cotisations.

L'Assureur a le droit de résilier le contrat collectif dix (10) jours après le délai de trente (30) jours mentionné au premier alinéa du présent article.

Le contrat collectif non résilié reprend effet à midi le lendemain du jour où, sauf décision différente de l'Assureur, ont été payées à celui-ci les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Si le retard de paiement est imputable aux seules procédures administratives de paiement et de mandatement des cotisations, l'Assureur s'engage à ne pas appliquer la procédure décrite ci-dessus dans la limite de six (6) mois.

### ▪ Cotisation non précomptée par le Souscripteur

Lorsque le Souscripteur n'assure pas le précompte de la cotisation, l'Assuré qui ne paie pas sa cotisation dans les dix (10) jours de son échéance peut être exclu du groupe.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante (40) jours à compter de la notification de la mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix (10) jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, l'Assuré est informé qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties définies par le présent contrat collectif. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par l'Assuré.

# Chapitre 4. Sinistres

---

## Article 15. Règlement des sinistres

Toutes les demandes d'indemnisation doivent être transmises via l'espace client ou à l'adresse indiquée dans la notice d'information remise à l'Assuré.

Elles devront parvenir à l'Assureur dans un délai de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la date à laquelle l'Assuré peut prétendre au paiement des prestations au titre de la garantie.

## Article 16. Prestations indues

L'Assuré doit aviser, sans délai, l'Assureur de tout changement intervenant dans sa situation susceptible d'avoir une incidence sur le bénéfice de la garantie, et ce même en cas d'effet pécuniaire rétroactif. A cet effet, l'Assuré devra produire toutes pièces justificatives.

L'Assuré s'engage à rembourser spontanément à l'Assureur toutes les sommes perçues à tort se rapportant aux périodes pendant lesquelles la prestation lui aura été versée, et ce qu'elles aient fait ou non l'objet de rappels de la part de l'Assureur.

Sachant que l'Assuré accepte expressément qu'une compensation puisse être opérée à due concurrence sur les prestations ultérieures.

En tout état de cause, l'Assureur est fondé à poursuivre le recouvrement de toute somme indûment versée, et non remboursée par l'Assuré par toute voie de droit.

## Article 17. Revalorisation des prestations

Les prestations en espèces versées en cas d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité, de perte de retraite, de rente éducation ou de rente de conjoint sont revalorisées, pendant et après la période d'assurance, en fonction de l'augmentation générale des traitements de la Fonction publique territoriale et des éventuels avancements de l'agent, constatés entre la date d'application de la revalorisation et la date de la dernière revalorisation effectuée, ou à la date d'attribution de la prestation.

## Article 18. Contrôle médical

L'Assureur s'engage à suivre les décisions prises par l'employeur public conformes à l'avis du Conseil Médical et à procéder à l'indemnisation afférente.

Dans tous les autres cas, l'Assureur se réserve le droit de soumettre l'Assuré à un contrôle médical à tout moment pour la garantie PTIA et en cours de versement de prestations pour la garantie incapacité temporaire totale de travail

L'Assureur statue sur l'arrêt ou la poursuite du paiement des prestations et notifie sa décision directement à l'Assuré.

Si le résultat du contrôle est contesté par l'Assuré, il peut demander la mise en œuvre de la procédure d'arbitrage sous forme d'une expertise auprès d'un médecin mandaté par l'Assureur. Les frais afférents à cette procédure seront supportés par l'Assuré.

A la suite de l'expertise, en cas de désaccord entre les deux (2) médecins, ceux-ci font appel à un troisième médecin pour les départager.

A défaut d'entente sur la désignation de ce dernier, ce choix sera fait à la diligence de l'Assureur, par le Président du Tribunal Judiciaire du département dans le ressort duquel se trouve le domicile de l'Assuré.

Les conclusions du troisième médecin s'imposent à l'Assureur et à l'Assuré, sous réserve des recours qui pourraient être exercés par les voies de droit.

L'Assureur et l'Assuré supportent les honoraires de leur propre médecin. Les honoraires du troisième médecin sont :

- à la charge de l'Assureur si le troisième médecin infirme le résultat de l'examen pratiqué par le médecin de l'Assureur.
- à la charge de l'Assuré si le troisième médecin confirme le résultat de l'examen pratiqué par le médecin de l'Assureur.

**Si l'Assuré se refuse à un contrôle médical ou s'il ne peut être joint par défaut de notification de changement d'adresse, les prestations sont interrompues à son égard après envoi d'une mise en demeure adressée au dernier domicile connu figurant au dossier de l'Assuré.**

## Chapitre 5. Dispositions diverses

---

### Article 19. Fausse déclaration intentionnelle

Conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances et indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'Assuré est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur la réalisation du risque. Les cotisations acquittées demeurent alors acquises à l'Assureur qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

### Article 20. Fausse déclaration non intentionnelle

Conformément à l'article L.113-9 du Code des assurances, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au contrat collectif.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, l'Assureur a le droit de maintenir l'adhésion dans le cadre du présent contrat collectif moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'Assuré. A défaut d'accord de celui-ci, l'adhésion prend fin dix (10) jours après notification adressée à l'Assuré par lettre recommandée.

L'Assureur restitue à celui-ci la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par l'Assureur par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

### Article 21. Subrogation

Conformément à l'article L. 131-2 du Code des assurances, l'Assureur est subrogé jusqu'à concurrence des prestations versées dans les droits et actions de l'Assuré, de ses Bénéficiaires ou de ses ayants droit contre les tiers responsables du sinistre.

### Article 22. Prescription

**Conformément à l'article L. 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant des opérations de l'Assureur sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.**

**Toutefois, ce délai ne court :**

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

Quand l'action de l'Assuré, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou l'ayant-droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les opérations sur la vie et de capitalisation, le bénéficiaire n'est pas l'Assuré et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du précédent paragraphe, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès de l'Assuré.

Conformément aux dispositions des articles 2240 à 2246 du Code civil, les causes ordinaires d'interruption de la prescription mentionnées ci-dessus sont :

Article 2240

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

Article 2241

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

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

Article 2242

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

Article 2243

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

Article 2244

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

Article 2245

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

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

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

Article 2246

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

## **Article 23. Renseignements - Réclamations**

En cas de difficulté relative à l'application du contrat, il est d'abord recommandé de formuler la demande auprès d'interlocuteur habituel ou au service à l'origine du désaccord.

Les demandes de renseignements ou les réclamations sur l'interprétation du contrat doivent être formulées auprès de l'Assureur.

Si la réponse apportée n'est pas satisfaisante, le Souscripteur dispose d'une voie de recours amiable auprès du Service Réclamation Clients en adressant la réclamation :

- par mail à l'adresse suivante [client.santeprevoyance@relyens.eu](mailto:client.santeprevoyance@relyens.eu)
- ou par courrier à l'adresse suivante : Relyens Mutual Insurance - Service Réclamation Clients - 18 rue Edouard Rochet - 69372 LYON Cedex 08.

Le Service Réclamation Clients de l'Assureur accuse réception de la réclamation dans un délai maximal de dix (10) jours ouvrables à compter de son envoi et la traite dans les deux (2) mois maximum à compter de l'envoi de la première manifestation écrite d'un mécontentement.

## **Article 24. Médiation**

Le Médiateur de l'Assurance est compétent dans le cadre d'un litige opposant un consommateur, assuré ou bénéficiaire, d'un litige relatif à la souscription, l'interprétation ou l'application d'un contrat d'assurance à une entreprise ou intermédiaire d'assurance, membre de la Médiation de l'Assurance, et portant sur l'exécution d'un contrat.

En application de l'article L. 612-2 du Code de la consommation, un litige ne peut être examiné par le Médiateur de l'Assurance lorsque :

- L'Assuré ne justifie pas avoir tenté, au préalable, de résoudre son litige directement auprès de l'Assureur par une réclamation écrite ;
- la demande est manifestement infondée ou abusive ;

- le litige a été précédemment examiné ou est en cours d'examen par un autre Médiateur ou par un tribunal ;
- l'assuré a introduit sa demande auprès du Médiateur dans un délai supérieur à un an à compter de sa réclamation écrite auprès de l'Assureur ;
- le litige n'entre pas dans le champ de compétence du médiateur de la consommation.

La saisine du Médiateur suspend la prescription, en application des dispositions de l'article 2238 du Code civil.

Le Médiateur rend une proposition de solution dans un délai maximum de quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la date de recevabilité de la saisine. Ce délai peut être prorogé en cas de litiges complexes.

En cas de litige persistant et dans un délai de deux (2) mois après l'envoi de la première réclamation au Service Réclamations Clients de l'Assureur, l'Assuré peut saisir la Médiation de l'Assurance :

- Par courrier à l'adresse suivante :  
**La Médiation de l'Assurance**  
**TSA 50110**  
**75441 Paris Cedex 09**
- Par mail :  
[le.mediateur@mediation-assurance.org](mailto:le.mediateur@mediation-assurance.org)
- Sur le site internet :  
**www.mediation- assurance.org.**

## Article 25. Protection des données à caractère personnel

Dans le cadre de leurs activités, les sociétés du groupe Relyens sont amenées à réaliser des traitements de données à caractère personnel, en leur qualité de responsables de traitement au sens du Règlement Général sur la Protection des Données (Règlement (UE) N°2016/679 du 27 avril 2016).

Le tableau ci-dessous précise les caractéristiques des traitements de données réalisés pendant la phase précontractuelle (avant souscription du contrat ou avant adhésion) et pendant la phase contractuelle (après souscription du contrat ou après adhésion) :

	PHASE PRECONTRACTUELLE	PHASE CONTRACTUELLE
Responsable(s) de traitement	<b>Relyens Mutual Insurance</b> 18 rue Edouard Rochet 69372 LYON CEDEX 08	
Personne(s) physique(s) concernée(s)	Représentants légaux, membres et préposés du Proposant.	Représentants légaux, préposés et agents adhérents du Souscripteur.
Finalité(s)	- La passation et la gestion du contrat d'assurance et notamment les services de management des risques ; - La gestion des réclamations ; - L'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur (ex : lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme) ;	- La passation, la gestion et l'exécution du contrat et notamment les services de management des risques ; - L'exercice des recours et la gestion des réclamations et contentieux ; - L'élaboration des statistiques et études actuarielles ;

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La réalisation d'opérations de prospection commerciale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur (ex : lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme) ;</li> <li>- La réalisation d'actions de communication ;</li> <li>- La réalisation d'actions de recherche et de développement ;</li> <li>- La mise en œuvre de dispositifs de lutte contre la fraude ;</li> <li>- La réalisation d'opérations de prospection commerciale.</li> </ul>
<p style="text-align: center;">Base(s) légale(s)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'exécution de mesures précontractuelles prises à la demande du Proposant ;</li> <li>- Une obligation légale pour les finalités de gestion des réclamations et de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme ;</li> <li>- L'intérêt légitime du responsable de traitement pour les finalités de prospection commerciale, de communication, ainsi que de recherche et de développement. L'intérêt légitime du responsable de traitement est constitué par son développement commercial et le développement de nouvelles offres ou services.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'intérêt légitime du responsable de traitement pour les finalités de prospection commerciale, de lutte contre la fraude en assurance, de communication, de recherche et de développement ainsi que la gestion des risques. L'intérêt légitime du responsable de traitement est constitué par son développement commercial, le développement de nouvelles offres ou services et la maîtrise de la sinistralité ;</li> <li>- Une obligation légale pour les finalités de gestion des réclamations et de lutte contre le blanchiment de capitaux et financement du terrorisme ;</li> <li>- S'agissant du traitement des données de santé, sur les exceptions prévues à l'article 9 §2 b) du RGPD (gestion de services de protection sociale) ;</li> <li>- Le présent contrat pour les autres finalités citées. Sur ce fondement, le refus de fournir ces données entraîne l'impossibilité de conclure, gérer et exécuter celui-ci.</li> </ul>
<p style="text-align: center;">Destinataire(s) des données</p>	<p>Les données sont communiquées uniquement aux personnels habilités de la Société ainsi que, le cas échéant, et pour les données qui leur sont strictement nécessaires, aux partenaires, aux cabinets d'audit externe et sous-traitants contractuellement liés, aux mandataires, aux prestataires, aux organismes d'assurances, aux intermédiaires d'assurances, aux coassureurs, réassureurs et aux institutions et organismes publics concernés.</p> <p>Par ailleurs, d'autres sociétés du groupe Relyens peuvent être destinataires d'une partie des données, dans la mesure où elles présentent un intérêt direct pour le développement de leurs activités et/ou la sécurisation de celles des clients (ex : autres services en management des risques).</p>	<p>Les données sont communiquées uniquement aux personnels habilités de la Société ainsi que, le cas échéant, et pour les données qui leur sont strictement nécessaires, aux partenaires et sous-traitants contractuellement liés, aux mandataires, aux prestataires, aux intermédiaires d'assurances, aux coassureurs aux réassureurs, aux organismes professionnels, aux organismes d'assurance ou aux organismes sociaux, aux mandataires des personnes impliquées dans un sinistre ainsi qu'aux personnes intéressées au présent contrat.</p> <p>Par ailleurs, d'autres sociétés du groupe Relyens peuvent être destinataires d'une partie des données, dans la mesure où elles présentent un intérêt direct pour le développement de leurs activités et/ou la sécurisation de celles des clients (ex : autres services en management des risques).</p>

<p>Catégorie(s) de données collectées</p>	<p>Les catégories de données à caractère personnel collectées sont les données nécessaires à l'établissement d'une proposition d'assurance ou à la réponse à un appel d'offres.</p> <p>A ce titre, et dans la mesure où elles sont strictement nécessaires à cette fin, sont collectées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les données d'identification ;</li> <li>- Les données relatives à la situation professionnelle ;</li> <li>- Le cas échéant, les données nécessaires à l'appréciation du risque à assurer.</li> </ul> <p>La collecte de ces données est limitée et proportionnée au regard de la finalité poursuivie et, le cas échéant, est soumise au consentement préalable de la personne concernée.</p>	<p>Les catégories de données à caractère personnel collectées sont les données nécessaires à la passation, la gestion et l'exécution du contrat, dont la gestion des sinistres et le versement des indemnités ou prestations.</p> <p>A ce titre, et dans la mesure où elles sont strictement nécessaires à cette fin, sont collectées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les données d'identification ;</li> <li>- Le numéro de sécurité sociale (NIR) ;</li> <li>- Les données relatives à la situation professionnelle ;</li> <li>- Les informations relatives à la détermination ou à l'évaluation du préjudice, c'est à dire : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Les données relatives à la situation familiale, économique, patrimoniale et financière de la personne concernée ;</li> <li>o Les données relatives à la santé strictement nécessaires aux fins de l'exécution des obligations et de l'exercice des droits propres au responsable de traitement en matière de droit de la protection sociale.</li> </ul> </li> </ul> <p>La collecte de ces données est limitée et proportionnée au regard de la finalité poursuivie.</p> <p>Dans le cadre de la lutte contre la fraude, les données relatives aux contrats d'assurance et aux sinistres déclarés font l'objet d'une mutualisation entre organismes d'assurance auprès de l'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance (A.L.F.A).</p> <p>En cas de fraude avérée ou présumée, les données collectées sont communiquées aux personnels habilités d'A.L.F.A ainsi qu'aux autres organismes directement concernés par la fraude (assureurs, autorités judiciaires, officiers ministériels ...).</p> <p>Pour ce traitement, l'A.L.F.A est considéré comme responsable de traitement. Dès lors, pour l'exercice de leurs droits, les personnes concernées doivent contacter l'A.L.F.A - 1 rue Jules Lefebvre - 75431 Paris Cedex 09.</p>
<p>Transfert(s) de données hors U. E</p>	<p>Aucun transfert de données hors de l'Union européenne n'est réalisé, sauf situation particulière le justifiant. Dans cette hypothèse, la sécurité et la protection de ces données sont assurées par des garanties adéquates, notamment par des clauses contractuelles types établies par la Commission Européenne.</p>	

Durée(s) de conservation des données	<p>Les données à caractère personnel collectées sont conservées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour les données relatives à un Proposant non-Client du responsable de traitement, ses représentants légaux, ses membres et ses préposés, pendant une durée maximale de trois ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant du Proposant ;</li> <li>- Pour les données relatives à un Proposant Client du responsable de traitement, ses représentants légaux, ses membres et ses préposés pendant le temps nécessaire à la gestion de la relation commerciale ;</li> <li>- Pour les données collectées dans le cadre de l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur, pendant une durée maximale de cinq ans à compter de leur collecte.</li> </ul>	<p>Les données à caractère personnel collectées sont conservées :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour les données collectées dans le cadre de la prospection commerciale, pendant une durée maximale de trois ans à compter de leur collecte ou du dernier contact resté sans effet ;</li> <li>- Pour les données collectées pour la passation, la gestion et l'exécution du contrat, pendant les délais légaux de prescription fixés selon la nature du contrat.</li> </ul>
Droits des personnes concernées	<p>En application de la législation en vigueur, les personnes concernées disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation du traitement des données ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort des données après leur décès.</p> <p>Sous certaines conditions, les personnes concernées disposent également du droit de s'opposer au traitement et du droit à la portabilité de leurs données.</p> <p>Les personnes concernées peuvent également s'opposer à ce que leurs données à caractère personnel soient utilisées à des fins de prospection commerciale.</p> <p>Pour exercer ces droits, les personnes concernées sont invitées à contacter le Délégué à la protection des données (DPO) du responsable de traitement dont les coordonnées postales et électroniques figurent dans la rubrique « Responsable(s) de traitement » du présent tableau.</p> <p>Si les personnes concernées estiment, après avoir contacté le DPO du responsable de traitement, que leurs droits ne sont pas respectés, elles peuvent adresser une réclamation à la CNIL.</p>	

## Article 26. Autorité de contrôle

Conformément aux dispositions de l'article L. 112-4 du Code des assurances, l'autorité chargée du contrôle de l'entreprise d'assurance est l'Autorité de Contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située au 4 Place de Budapest-75436 PARIS.

## Article 27. Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

L'Assureur s'engage à respecter la réglementation relative à la prévention du blanchiment des capitaux et du financement du terrorisme telle qu'elle résulte des dispositions en vigueur. Conformément aux

articles L. 561-5 et R. 561-14-2 du Code monétaire et financier, le Courtier Gestionnaire doit identifier l'Assuré, le Souscripteur (personne morale) ainsi que son représentant légal, personne physique :

- pour l'Assuré l'identification repose sur la collecte des nom patronymique, prénoms et les dates et lieux de naissance ;
- pour le Souscripteur l'identification repose sur la collecte de la forme juridique (collectivité territoriale), de sa dénomination, de son numéro d'immatriculation (SIRET) de l'adresse d'établissement ;
- pour le représentant légal du Souscripteur, l'identification repose sur la collecte des nom patronymique, prénoms, des date et lieu de naissance.

Le Courtier Gestionnaire collecte également un document probant justifiant la qualité de représentant légal de l'Assuré (par exemple et sans que cette liste ne soit limitative, le décret de nomination ou la délégation de pouvoir). Le Courtier Gestionnaire s'engage à collecter les éléments d'identification visés ci-dessus à la souscription du contrat. A défaut, le contrat ne produira pas ses effets.

Pour la mise en œuvre des mesures de vigilance simplifiées prévues dans les cas visés à l'article L. 561-9 du Code monétaire et financier, le Courtier Gestionnaire recueille les informations suffisantes pour établir que l'Assuré, le Souscripteur et son représentant légal présentent un faible risque de blanchiment ou de financement du terrorisme.

En application de l'article L. 561-8 du code monétaire et financier et de l'article R. 113-14 du Code des assurances, l'Assureur peut être amené à refuser de procéder à l'opération demandée par le Souscripteur et/ou l'Assuré, voire à mettre fin au contrat, si les éléments d'identification ou d'informations demandées ci-dessus ne lui sont pas communiqués.

## TITRE II.

### GARANTIES DU CONTRAT

# Chapitre 1. Dispositions communes

---

## Article 28. Base des garanties

La base de calcul des prestations, sous réserve d'être expressément mentionnée par le bulletin d'adhésion individuel, est définie comme étant la moyenne des trois (3) derniers mois de la rémunération de référence nette définie à l'article 5 des Conditions Générales multipliée par douze (12).

## Article 29. Prise d'effet des garanties

Les garanties prennent effet dans les conditions fixées à l'article 10 des présentes.

Les sinistres indemnisés dans le cadre du contrat sont les sinistres nés pendant la période d'adhésion de l'Assuré au contrat collectif, sous réserve des sinistres nés pendant le délai de stage.

## Article 30. Modification des options et du niveau des garanties

La modification à la hausse du niveau d'indemnisation des garanties et l'ajout d'une garantie optionnelle sont soumis à un délai de stage de six (6) mois à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la demande de l'agent.

La modification à la baisse du niveau d'indemnisation de la garantie et la suppression d'une garantie optionnelle prennent effets dans un délai de six (6) mois à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la demande de l'agent.

Cette demande est effectuée par le biais de l'espace client en ligne, et à défaut par courrier à l'adresse indiquée sur le bulletin d'adhésion.

## Article 31. Suspension et cessation des garanties

### 31.1 Suspension des garanties

Les garanties prévues au contrat sont suspendues de plein droit au jour de l'évènement, lorsque l'activité ou le contrat de travail est suspendu sans indemnisation (congé parental, disponibilité pour convenances personnelles, etc.).

La suspension des garanties s'achève à la reprise effective du travail de l'intéressé, sous réserve que l'Assureur en soit informé par le Souscripteur dans le délai d'un mois suivant cette reprise. A défaut, la suspension des garanties s'achève le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la date à laquelle l'Assureur est informé par le Souscripteur de la reprise effective du travail de l'Assuré.

## 31.2 Cessation des garanties

		Agents affiliés à la CNRACL	Agents non affiliés à la CNRACL
<b>Pour l'ensemble des garanties</b>	<b>Au regard du contrat</b>	Non-paiement des cotisations (1)	
		Résiliation du présent contrat par l'Assuré ou l'Assureur	
	<b>Au regard de l'agent</b>	Les conditions pour bénéficier du contrat ne sont plus réunies	
		Dénonciation de l'adhésion (2)	
		Cessation d'activité et admission à la retraite	
		Décès	
<b>Condition d'âge par garantie</b>	<b>Garantie incapacité</b>	Limite d'âge sauf prolongation légale ou maintien en activité (3)	
	<b>Garantie invalidité permanente</b>	L'âge légal de départ à la retraite	L'âge prévu à l'article L.351-1-5 du Code de la sécurité sociale
	<b>Garantie perte de retraite</b>	L'âge légal de départ à la retraite visé à l'article L161-17-2 du Code de la sécurité sociale	
	<b>Garantie Décès/ PTIA</b>	Limite d'âge sauf prolongation légale ou maintien en activité	
	<b>Garantie allocation frais d'obsèques</b>	Limite d'âge sauf prolongation légale ou maintien en activité	
	<b>Garantie rente conjoint</b>	Limite d'âge sauf prolongation légale ou maintien en activité	
	<b>Garantie rente éducation</b>	Limite d'âge sauf prolongation légale ou maintien en activité	

(1) Cf. art 13 des présentes Conditions Générales

(2) Cf art 10 des présentes Conditions Générales

(3) La limite d'âge est l'âge au-delà duquel un fonctionnaire/ contractuel ne peut plus continuer à exercer ses fonctions (hormis en cas de prolongation d'activité ou de maintien en fonctions). Elle dépend du grade ou de l'emploi occupé par l'intéressé.

Dans tous les cas, le terme des garanties prévues au présent contrat entraîne automatiquement la cessation immédiate des droits en découlant pour l'Assuré.

## **Article 32. Maintien des garanties**

### **32.1 Maintien obligatoire des garanties en cas de suspension indemnisée**

Le bénéfice des garanties du présent contrat est maintenu au profit des Assurés dont l'activité ou le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient :

- d'un maintien, total ou partiel, de sa rémunération,
- d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par le Souscripteur, versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,
- d'indemnités de coordination ou de l'allocation d'invalidité temporaire en disponibilité d'office pour raison de santé,
- d'un revenu de remplacement versé par le Souscripteur. Ce cas concerne notamment les Assurés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi qu'en période de congé rémunéré par le Souscripteur (reclassement, mobilité...).

### **32.2 Maintien des garanties en cas de portabilité**

En cas de départ de l'Assuré de l'effectif de l'employeur avec embauche simultanée auprès d'un autre employeur public, la portabilité à titre individuel de l'adhésion est acceptée sans réduction des garanties, ni révision des taux de cotisations.

La demande de portabilité doit être formulée par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai maximum de deux (2) mois à compter de la date d'embauche chez le nouvel employeur.

### **32.3 Maintien des prestations en cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat d'assurance**

Conformément aux dispositions de l'article 7 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, la résiliation ou le non-renouvellement du présent contrat est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution.

## Article 33. Exclusions

### 33.1 Exclusions générales

**Ne sont pas garanties par le présent contrat, et ne donnent lieu à aucun paiement, les conséquences :**

- du fait intentionnellement causé ou provoqué par l'assuré ;
- de guerres civiles ou étrangères et d'émeutes, sauf si les conditions sont fixées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre ;
- dus aux effets directs ou indirects d'explosion, de chaleur ou de radiation provenant d'une transmission du noyau de l'atome, comme la fission, la fusion, la radioactivité ou du fait de radiation provoqués par l'accélération des particules atomiques ;
- de la manipulation volontaire d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite.

### 33.2 Exclusions propres à la garantie Décès

**Ne sont pas garanties par le présent contrat et ne donnent lieu à aucun paiement, les conséquences :**

- d'homicide volontaire ou d'une tentative d'homicide volontaire par l'un des bénéficiaires sur la personne de l'Assuré, dès lors que ce bénéficiaire a été condamné ;
- du suicide de l'assuré (survenu au cours de la 1<sup>ère</sup> année d'adhésion), sauf si l'assuré était précédemment garanti par un contrat de même nature depuis plus d'un an, sous réserve que le capital garanti par le nouveau contrat soit inférieur ou égal au capital constitutif garanti par l'ancien contrat, et que la radiation de l'ancien contrat et l'adhésion au présent contrat soient simultanées.

## Article 34. Prestations complémentaires

### - Le fond social

L'Assureur dispose d'un fonds social propre, géré par une commission, qui a pour objet d'attribuer un secours ponctuel et exceptionnel, dans la limite d'un budget défini annuellement.

Le fonds social fait l'objet d'un règlement, dans lequel sont définies les prestations ainsi que les critères d'éligibilité.

### - Prestations d'assistance

Les prestations d'assistance font l'objet d'une convention dans laquelle sont définies les prestations et les conditions pour pouvoir y prétendre.

## Chapitre 2. Définitions et conditions des garanties

Chaque garantie est accordée sous réserve d'être expressément mentionnée dans les Conditions Particulières et sur le bulletin individuel d'adhésion.

### Section 1. Garantie incapacité temporaire totale de travail

#### Article 35. Objet de la garantie

La garantie "incapacité temporaire totale de travail" a pour objet de garantir aux Assurés le versement d'indemnités journalières en cas de survenance d'une Incapacité Temporaire Totale de Travail en cours de validité de leur adhésion au présent contrat.

	Agents affiliés à la CNRACL	Agents non affiliés à la CNRACL
Conditions	Dans l'impossibilité médicalement constatée de poursuivre son activité professionnelle	
	Maladie non professionnelle, accident de vie privée	Maladie non professionnelle, Accident de vie privée, Accident du travail/ de trajet ou maladie professionnelle
	Bénéficie d'un traitement, demi-traitement, indemnités de coordination ou AIT en application du régime statutaire de la Fonction Publique Territoriale	Bénéficie d'un traitement, demi-traitement et/ ou prestations en application du régime général de la sécurité sociale

La prestation est versée en complément du demi-traitement et/ou indemnités journalières ou allocation d'invalidité temporaire sauf dispositions contraires prévues aux Conditions Particulières.

#### Article 36. Montant de la prestation

L'Assureur garantit le versement d'indemnités journalières complémentaires d'un montant unitaire égal à la différence entre :

- Le produit de la 360<sup>ème</sup> part de la base de garantie définie à l'article 28 par le taux de couverture prévu aux Conditions Particulières du présent contrat,

ET

- Le montant des indemnités journalières que l'Assuré perçoit au titre de son arrêt de travail, soit :
  - le salaire ou traitement net qu'il continue de percevoir de son employeur ;
  - le cas échéant, les primes et indemnités nettes qu'il continue à percevoir de son employeur ;
  - les prestations en espèce nettes servies par le régime général de Sécurité sociale.

Les éléments ci-dessus mentionnés sont appréciés par référence à la période d'interruption de travail à indemniser.

L'indemnité journalière est calculée en 30ème de mois, tous les mois étant réputés être de trente (30) jours.

**Le montant des indemnités journalières complémentaires versées par l'Assureur, augmenté du traitement (ou salaire) net que l'Assuré continue à percevoir de son employeur et des prestations nettes versées par tout organisme liquidateur, quelle que soit la nature juridique desdites prestations, ne peut excéder un montant égal à 90 % de la 360<sup>ème</sup> part de la base de garantie nette.**

En cas de dépassement de cette limite, les indemnités versées par l'Assureur sont réduites à due concurrence de ce montant.

### **Article 37. Point de départ du service de la prestation**

Sous réserve des délais de franchise et délais de stage éventuels et des dispositions dérogatoires prévues aux Conditions Particulières, l'Assureur verse ses prestations dès que les indemnités versées par l'employeur en application du Statut de la Fonction Publique et/ou les indemnités versées par le régime général ne garantissent plus le maintien intégral du traitement indiciaire net ou salaire net.

## Article 38. Cessation de la prestation

Agents affiliés à la CNRACL	Agents non affiliés à la CNRACL
Aptitude de l'Assuré à la reprise, même à temps partiel	
Admission de l'Assuré à la retraite	
Au décès de l'Assuré ou à la date de versement de la PTIA	
En cas de résultat défavorable d'un contrôle médical de l'Assuré dans les conditions prévues à l'article 18	
En cas de refus de l'Assuré de se soumettre à un contrôle médical	
Au terme de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut	Au terme de l'indemnisation par l'employeur au titre du statut et/ou par le régime général de sécurité sociale
Au-delà de <b>1 095 jours</b> continus ou discontinus d'indemnisation <b>sauf</b> : -> versement de <b>l'allocation d'invalidité temporaire</b> (art 6 du décret n°60-58) -> versement du <b>demi-traitement</b> (articles 17 et 35 du décret n°87-602)	Au-delà de <b>1 095 jours</b> continus ou discontinus d'indemnisation <b>sauf</b> : -> dans le cadre des <b>risques professionnels</b> (accident du travail /trajet et maladie professionnelle)
A la date de liquidation de la pension d'invalidité par la CNRACL	A la date de liquidation de la pension d'invalidité par la CPAM
A la limite d'âge sauf prolongation légale ou maintien en fonctions (1)	

(1) La limite d'âge est l'âge au-delà duquel un fonctionnaire / contractuel ne peut plus continuer à exercer ses fonctions (hormis en cas de prolongation légale d'activité ou de maintien en fonctions). Elle dépend du grade ou de l'emploi occupé par l'intéressé.

## Article 39. Pièces à fournir

*Cf Annexe 1 (tableau récapitulatif) des présentes Conditions générales.*

**L'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'évènement et en cours de service des prestations.**

## Section 2. Garantie invalidité permanente

### Article 40. Objet de la garantie

La Garantie "invalidité permanente" a pour objet de garantir aux Assurés le versement d'une rente en cas de perte de traitement ou de salaire consécutive à un placement en Invalidité Permanente.

	Agents affiliés à la CNRACL	Agents non affiliés à la CNRACL
Conditions	Admission à la retraite pour invalidité avant l'âge légal de départ à la retraite	<b>Maladie et accident de vie privée :</b> Justifier d'un taux d'invalidité d'au moins 2/3 avec un classement en 2e ou 3e catégorie au sens de l'article L. 341-4 du Code de la sécurité sociale
	Admission à la retraite pour invalidité avant l'âge légal de départ à la retraite	<b>Accident du travail/ trajet et maladie professionnelle :</b> Justifier d'un taux d'incapacité d'au moins 66 % en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Le versement d'une prestation par l'Assureur au titre de la présente garantie met fin au versement des prestations au titre de la Garantie "incapacité temporaire totale de travail".

### Article 41. Montant de la prestation

Agents affiliés à la CNRACL	Agents non affiliés à la CNRACL
<p><b><u>Taux d'invalidité &lt; à 50 %</u></b></p> <p><math>M = R \times I / 50 \% (1)</math></p>	<p>Le produit du douzième de la base de garantie définie à l'article 28 par le taux de couverture prévu aux Conditions Particulières du présent contrat</p> <p>—</p> <p>Prestations mensuelles versées par la CPAM au titre de l'invalidité</p>
<p><b><u>Taux d'invalidité &gt; ou = à 50%</u></b></p> <p>Le produit du douzième de la base de garantie définie à l'article 28 par le taux de couverture prévu aux Conditions Particulières du présent contrat</p> <p>—</p> <p>Prestations mensuelles versées par la CNRACL au titre de l'invalidité</p>	

(1) « M » pour montant de la rente versée,  
« R » pour montant de la rente pour le pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL d'au moins 50 %,  
« I » pour pourcentage d'invalidité retenu par la CNRACL (inférieur à 50 %).

**Le montant mensuel des prestations versées par l'Assureur, augmentées des prestations mensuelles servies par la CNRACL, la Sécurité sociale, ou tout autre organisme liquidateur et quelle que soit la nature juridique desdites prestations ne peut excéder un montant égal à 90 % du 12<sup>ème</sup> de la base de garantie nette.**

En cas de dépassement de cette limite, la prestation versée par l'Assureur est réduite à due concurrence de ce dépassement.

Aucun avancement ou reclassement à un grade ou à un échelon supérieur susceptible d'intervenir postérieurement à la date de prise en charge par l'Assureur au titre de l'Invalidité Permanente, ne sera pris en considération ; le grade et l'échelon et l'indice de l'Assuré étant figés à la date de constatation de l'Invalidité Permanente.

## **Article 42. Point de départ du service de la prestation**

La prestation de l'Assureur est servie :

- Pour les Assurés affiliés à la CNRACL : à compter de la date de leur mise en retraite pour invalidité ;
- Pour les Assurés affiliés au régime général de la Sécurité sociale, à compter :
  - o de la date d'attribution par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité pour 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> catégorie ;
  - o ou de la date d'attribution par la Sécurité sociale d'une rente d'incapacité pour un taux d'incapacité au moins égal à 66 % en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail.

Lorsque la première mise en paiement par la CNRACL, la Sécurité sociale ou tout autre organisme liquidateur est effectuée en cours de mois, la prestation servie par l'Assureur au cours de ce premier mois est proratisée au nombre de jours restants jusqu'à la fin du mois civil. A compter du mois civil suivant, l'Assureur garantit le versement d'une rente mensuelle d'un montant au plus égal au montant de prestation prévu à l'article 41 des présentes Conditions Générales.

## **Article 43. Cessation de la prestation**

Le versement de la prestation servie par l'Assureur cesse :

- ❖ Pour tous les agents :
  - la reprise de toute activité professionnelle même partielle de l'Assuré,
  - la liquidation de la pension de vieillesse,
  - le jour du décès ou de la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA).
- ❖ Pour les agents qui relèvent de la CNRACL :
  - à l'âge légal de départ à la retraite visé à l'article L. 161-17-2 du Code de la sécurité sociale,
- ❖ Pour les agents qui relèvent du régime général de sécurité sociale
  - à l'âge prévu à l'article L. 351-1-5 du Code de la sécurité sociale.

## **Article 44. Pièces à fournir**

*Cf Annexe 1 (tableau récapitulatif) des présentes Conditions Générales.*

Toute demande de prestations est soumise à un contrôle administratif. En cas d'invalidité permanente, le dossier complet doit être transmis à l'Assureur.

**L'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'évènement et en cours de service des prestations.**

## **Section 3. Garantie perte de retraite consécutive à une invalidité permanente**

### **Article 45. Objet de la garantie**

**La Garantie perte de retraite consécutive à une invalidité permanente ne peut être souscrite que par les agents affiliés à la CNRACL.**

**La présente garantie a pour objet de compenser** la perte de retraite due à la cessation d'activité anticipée consécutive à une invalidité permanente survenue avant la liquidation de la pension de retraite et avant l'âge légal de départ à la retraite prévu à l'article L. 161-17-2 du Code de la sécurité sociale.

Les conditions particulières précisent la forme du versement de la garantie :

- Une rente mensuelle viagère complémentaire à la pension de retraite servie par le régime vieillesse de l'Assuré ;
- Un capital.

### **Article 46. Montant de la prestation**

Lorsque l'Assureur garantit le versement d'une rente mensuelle, le montant est égal à la différence entre :

- Le taux de couverture prévu aux Conditions Particulières X la retraite théorique que l'agent aurait perçu s'il avait exercé son activité jusqu'à l'âge légal de départ à la retraite,
- Et le montant annuel des pensions de retraite réellement perçues net.

La somme du montant des pensions et retraites des régimes légaux et de la rente servie par l'Assureur ne peut excéder le montant net de la retraite théorique annuelle à laquelle l'Assuré aurait été en droit de prétendre s'il n'avait pas cessé son activité.

**Toutefois, lorsque l'Assuré bénéficie en outre d'une rente d'invalidité, le cumul des pensions, retraites, rentes diverses servies par les régimes légaux ainsi que du complément servi par l'Assureur peut se cumuler dans la limite maximale du produit de 100 % du traitement indiciaire brut annuel par le taux de couverture prévu aux conditions particulières, diminué des cotisations sociales obligatoires.**

En cas de dépassement de cette limite, la prestation versée par l'Assureur est réduite à due concurrence.

Les retraites complémentaires souscrites volontairement par ailleurs par l'Assuré ne sont pas prises en compte dans les règles de cumul.

Lorsque la garantie est versée sous forme de capital, ce dernier est égal à la moitié de la valeur du PMSS par année d'invalidité entre la date de reconnaissance de l'invalidité et l'âge légal de départ à la retraite prévu à l'article L161-17-2 du Code de la sécurité sociale.

#### **Article 47. Point de départ du service de la prestation**

La prestation de l'Assureur est servie à compter de l'âge légal de départ à la retraite prévu à l'article L161-17-2 du Code de la sécurité sociale.

Lorsque l'âge légal de départ à la retraite intervient en cours de mois, la prestation servie par l'Assureur au cours de ce premier mois est proratisée au nombre de jours restants jusqu'à la fin du mois civil.

**Le montant de la rente versée par l'Assureur augmenté du montant des pensions et retraites des régimes légaux, de tout autre somme ou prestation de même nature que celle des présentes conditions générales ou d'un revenu d'une autre activité professionnelle, ne peut excéder une indemnisation supérieure à 100 % de la perte de retraite tel que défini à l'article 46 figurant ci-dessus.**

En cas de dépassement de cette limite, les indemnités versées par l'Assureur sont réduites à due concurrence de ce montant.

#### **Article 48. Cessation de la prestation**

Le versement de la rente mensuelle servie par l'Assureur cesse le jour du décès de l'Assuré.

#### **Article 49. Pièces à fournir**

*Cf Annexe 1 (tableau récapitulatif) des présentes Conditions générales.*

Les déclarations de sinistre s'effectuent à l'aide du formulaire de demande de prestations et des éléments nécessaires au calcul de la rente.

**L'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'évènement.**

## **Section 4. Garantie en cas de décès**

### **Sous-section 1. Garantie décès toutes causes et PTIA**

#### **Article 50. Objet de la garantie**

La Garantie a pour objet le versement d'un capital en cas de décès ou PTIA survenant avant la limite d'âge sauf prolongation légale d'activité ou maintien en fonction.

L'Assuré est considéré comme atteint d'une Perte Totale et Irréversible d'Autonomie lorsque les conditions suivantes sont cumulativement remplies sans que l'Assureur ne soit tenu à une éventuelle décision d'un tiers :

- L'invalidité dont il est atteint place l'Assuré dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à toute occupation et à toute activité pouvant lui procurer un gain ou profit,
- L'invalidité le met définitivement dans l'obligation de recourir de façon permanente à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer).

#### **Article 51. Montant de la prestation**

Le montant du capital garanti est égal au produit du taux de couverture prévu aux Conditions Particulières par la base de garantie, définie aux présentes Conditions Générales, évaluée à la date du sinistre.

#### **Article 52. Bénéficiaires**

Sont bénéficiaires des prestations :

- en cas de PTIA : l'Assuré lui-même,
- en cas de décès, et sauf désignation expresse par l'Assuré d'autres bénéficiaires :
  - o le conjoint survivant de l'Assuré, non divorcé, non séparé de corps judiciairement, le partenaire d'un PACS, ou le concubin ;
  - o à défaut, par parts égales, les enfants nés ou à naître de l'Assuré, vivants ou représentés, dont la filiation y compris adoptive est légalement établie ;
  - o à défaut par parts égales, ses ascendants ;
  - o à défaut ses héritiers, en proportion de leurs parts héréditaires.

Lorsqu'aucun des Bénéficiaires n'accepte le capital ou lorsque tous les Bénéficiaires désignés sont décédés au jour du décès du participant, l'assureur applique la clause par défaut prévue ci-dessus.

#### **❖ Changement de Bénéficiaires :**

Sauf acceptation du bénéficiaire, l'Assuré a la possibilité de modifier la clause bénéficiaire du capital décès à tout moment par lettre recommandée, lorsqu'il le souhaite, notamment lorsque sa situation familiale change (mariage, naissance, séparation, divorce, etc.).

### **Article 53. Règlement de la prestation**

Dès réception de l'ensemble des éléments nécessaires, l'Assureur règle les sommes dues dans un délai maximum de trente (30) jours sous réserve que les garanties ne soient pas suspendues ou résiliées pour défaut de paiement des cotisations, conformément aux dispositions de l'article 14 des présentes Conditions Générales.

### **Article 54. Cessation de la garantie**

Outre les conditions de cessation définies aux présentes, le paiement du capital au titre de la PTIA de l'Assuré fait cesser la présente garantie.

### **Article 55. Pièces à fournir**

*Cf Annexe 2 (tableau récapitulatif) des présentes Conditions générales.*

Les déclarations de sinistres s'effectuent à l'aide du formulaire de demande de capital décès ou PTIA.

**L'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'évènement.**

## **Sous-section 2. Garantie rente de conjoint**

### **Article 56. Objet de la garantie**

La garantie a pour objet le service d'une rente trimestrielle au profit du Bénéficiaire en cas de décès de l'Assuré survenant pendant la période de garantie.

### **Article 57. Montant de la prestation**

Le montant de la rente trimestrielle est défini aux Conditions Particulières.

La rente prend effet à compter du 1er jour du mois suivant le décès.

### **Article 58. Bénéficiaires**

Le Bénéficiaire de la garantie est le conjoint survivant du membre participant, non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée ou non séparé de fait, à la date du décès.

A défaut, le bénéficiaire de la garantie est le concubin ou le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité (PACS) à la date du décès.

Le bénéficiaire de la rente de conjoint est tenu de notifier à l'Assureur dans un délai d'un (1) mois tout changement intervenant dans sa situation familiale.

Il doit fournir annuellement les pièces relatives à son état civil.

## **Article 59. Cessation de la prestation**

Outre les conditions de cessation définies au présent contrat collectif, la garantie cesse de produire ses effets le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant :

- le décès du bénéficiaire,
- le mariage du bénéficiaire,
- la conclusion d'un PACS par le bénéficiaire,
- la liquidation de la pension de réversion.

## **Article 60. Pièces à fournir**

*Cf Annexe 2 (tableau récapitulatif) des présentes Conditions générales.*

Les déclarations de sinistre s'effectuent à l'aide du formulaire de demande de prestations et des éléments nécessaires au calcul de la rente.

**L'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'évènement.**

## **Sous-section 3. Garantie rente éducation**

### **Article 61. Objet de la garantie**

La garantie a pour objet le service d'une rente temporaire trimestrielle au profit de chaque enfant à charge de l'Assuré en cas de décès ou la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) du Assuré survenant avant la limite d'âge sauf prolongation légale d'activité ou maintien en fonctions.

Lorsque l'assuré décède alors que la rente éducation est déjà servie au titre de la PTIA, la prestation continue d'être versée pour son montant initialement prévu.

### **Article 62. Montant de la prestation**

Le montant de la rente trimestrielle est défini aux Conditions Particulières.

La rente prend effet à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois suivant le décès.

### **Article 63. Bénéficiaires**

Les Bénéficiaires de la garantie sont les enfants à charge tels que définis à l'article 4 des présentes Conditions Générales.

## **Article 64. Cessation de la prestation**

Outre les conditions de cessation définies au présent contrat collectif, la garantie cesse de produire ses effets le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant :

- le décès du bénéficiaire,
- lorsque le bénéficiaire ne remplit plus les conditions lui permettant de bénéficier de la présente garantie.

## **Article 65. Pièces à fournir**

*Cf Annexe 2 (tableau récapitulatif) des présentes Conditions générales.*

**L'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'évènement.**

## **Sous-section 4. Garantie allocation frais d'obsèques**

### **Article 66. Objet de la garantie**

Elle a pour objet de garantir le versement d'une allocation forfaitaire en vue de participer au financement des frais d'obsèques, **en cas de décès de l'Assuré avant** la limite d'âge sauf prolongation légale d'activité ou maintien en fonctions.

### **Article 67. Montant de la prestation**

Le montant de l'allocation est défini aux conditions particulières.

### **Article 68. Bénéficiaires**

L'allocation est versée à la personne ayant réglé les frais d'obsèques.

### **Article 69. Pièces à fournir**

*Cf Annexe 2 (tableau récapitulatif) des présentes Conditions Générales.*

**L'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'évènement.**

## Annexes

**Annexe 1 - Pièces à fournir pour l'ouverture des droits aux garanties incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente et perte de retraite consécutive à une invalidité permanente : tableau récapitulatif**

Pièces à fournir pour l'ouverture des droits à la... (1)	Garantie incapacité temporaire totale de travail		Garantie invalidité permanente (2)	Garantie perte de retraite consécutive à une invalidité permanente (3)
	<u>Demande initiale d'indemnisation</u>	<u>Demande de prolongation d'indemnisation</u>		<u>Uniquement souscrite par les agents relevant de la CNRACL</u>
Demande d'indemnisation complétée, datée et signée	X	X	X	
RIB	X		X	X
Tout document à caractère administratif (nature et durée d'interruption du travail, périodes à plein traitement, demi-traitement, sans traitement ou autre)	X	X	X	
Certificat médical attestant de l'incapacité temporaire de travail/de l'inaptitude définitive à l'exercice de toute activité professionnelle quelconque	X		X	
Déclaration de situation d'assurance	X			
Copies des bulletins de salaire de la période d'arrêt de travail et des mois avec retenues opérées par l'employeur	X	X		
Décomptes de paiement d'indemnités servies par la Sécurité sociale/tout autre organisme afférents à la période à indemniser	X	X		
Trois derniers bulletins de salaire (indiquant l'indice brut et le montant du plein traitement devant servir de base au calcul des prestations).				
CNI de l'Assuré ou à défaut extrait de naissance de moins de 3 mois comportant les mentions marginales			X	
Attestation de l'épuisement des droits statutaires à congé maladie du bénéficiaire du bénéficiaire (établie par l'employeur) + décompte des prestations servies (hors CNRACL et Sécurité sociale)			X	

Décompte de liquidation de retraite (mentions : taux d'invalidité et date de mise à la retraite pour invalidité)			X Pour les Assurés relevant de la CNRACL	
Bulletins de paiement émanant de la CNRACL à l'ouverture des droits et à chaque début d'année			X Pour les Assurés relevant de la CNRACL	
Notification d'attribution de/du : Rente d'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie  Taux d'incapacité au moins égal à 66 % en cas de maladie professionnelle ou d'accident du travail			X Pour les Assurés relevant du régime général de Sécurité sociale	
Décomptes de paiement de la Sécurité sociale			X Pour les Assurés relevant du régime général de Sécurité sociale	
Titre de pension de retraite, relevés d'autre pension de retraite obligatoire et attestation sur l'honneur mentionnant les pensions de retraite perçues				X
Dernier bulletin de paiement émanant de la CNRACL				X
Déclaration sur l'honneur valant certificat de vie selon le modèle fourni par l'Assureur à adresser au 1er janvier de chaque année (pour le versement de la prestation)				X

- (1) L'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'évènement et en cours de service des prestations.
- (2) Toute demande de prestations est soumise à un contrôle administratif et le cas échéant, médical. En cas d'invalidité permanente, le dossier complet doit être transmis à l'Assureur.
- (3) Les déclarations de sinistre s'effectuent à l'aide du formulaire de demande de prestations et des éléments nécessaires au calcul de la rente.

**Annexe 2 - Pièces à fournir pour l'ouverture des droits à la garantie en cas de décès (toutes causes et PTIA ; rente de conjoint ; rente éducation et frais d'obsèques) : tableau récapitulatif**

Pièces à fournir pour l'ouverture des droits à la...	Garantie en cas de décès			
	Toutes causes et PTIA (1)	Rente de conjoint (2)	Rente éducation	Frais d'obsèques
RIB	X décès et PTIA	X	X décès et PTIA	
Copie de la facture acquittée des frais d'obsèques (mentions : nom et prénom de la personne ayant réglé les frais)				X
Extrait d'acte de décès	X décès	X	X décès	
Attestation médicale précisant la cause naturelle ou non du décès	X décès		X	
Tout document justifiant de la qualité du bénéficiaire	X décès		X décès	
En cas de décès/PTIA accidentel(le), toute pièce justifiant du rapport direct de cause à effet entre l'accident et le décès et établissant la nature de l'accident	X décès et PTIA			
Certificat médical délivré par le médecin traitant du Assuré attestant qu'il est dans l'incapacité définitive de se livrer à la moindre activité pouvant lui procurer gain ou profit et précisant la date de reconnaissance de la PTIA	X PTIA		X PTIA	
Attestation de recours obligatoire à une tierce personne pour effectuer les quatre actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer...)	X PTIA		X PTIA	
Notification de la Sécurité sociale ou l'avis du Conseil médical	X PTIA		X PTIA	
Tout document justifiant de la qualité du bénéficiaire et du respect des conditions d'attribution de la rente			X décès et PTIA	

**L'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce justificative au moment de la survenance de l'évènement.**

- (1) Les déclarations de sinistres s'effectuent à l'aide du formulaire de demande de capital décès ou PTIA
- (2) Les déclarations de sinistre s'effectuent à l'aide du formulaire de demande de prestations et des éléments nécessaires au calcul de la rente.

## Annexe 3 - Déclaration de situation d'assurance

### Déclaration de situation de l'assurance

Prévoyance complémentaire



Nous attirons votre attention sur le fait que ce formulaire doit être complété dans son intégralité afin que votre demande soit instruite

#### EMPLOYEUR

Raison sociale : .....  
Adresse : ..... Code postal : .....  
Commune : ..... Assureur : .....

#### ADHÉRENT

Civilité : ..... Nom : ..... Prénom : .....  
Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : ..... N° adhérent : .....  
Profession : ..... Fonction : .....  
Adresse : .....  
Code postal : ..... Commune : .....

#### CONTRAT DE PRÉVOYANCE ANTÉRIEUR

Je bénéficiais d'un contrat de prévoyance (complément de salaire) avant mon adhésion au contrat actuellement en cours :

NON  OUI, précisez l'assureur..... et la période souscrite : du ..... au .....  
↳ s'agissait-il d'un contrat :  collectif  individuel

- 1 Date initiale de l'arrêt de travail en cours : .....
- 2 Cet arrêt de travail est-il causé :  
par une maladie ?  OUI  NON  
par un accident du travail ?  OUI  NON Si oui, date de l'accident : .....  
par un accident de vie privée ?  OUI  NON Si oui, date de l'accident : .....  
Cet accident a-t-il été causé par un tiers responsable :  OUI  NON
- 3 Nature de l'affection : .....  
Date d'apparition des premiers symptômes : .....
- 4 Nature des soins dispensés et des traitements prescrits (joindre toutes pièces utiles, copies de prescriptions, résultats d'examens) :  
.....  
.....  
.....
- 5 Avez-vous précédemment cessé votre travail pour la même raison ?  
 OUI  NON Dans l'affirmative, précisez les périodes d'arrêt de travail antérieures :  
.....  
.....  
Complément de salaire versé par l'assureur antérieur :  OUI  NON Précisez la compagnie : .....
- 6 Avez-vous bénéficié d'un temps partiel thérapeutique pour la même raison ?  
 OUI  NON Dans l'affirmative, précisez les périodes de temps partiel thérapeutique antérieures :  
.....  
.....  
.....
- 7 Votre dossier doit-il passer au comité médical pour avis ?  OUI  NON  ne sais pas
- 8 • Congé en cours :  Maladie ordinaire  Longue Maladie  Longue Durée  Grave Maladie  
• Demande de reconnaissance envisagée ou en cours pour congé de :  Longue Maladie  Longue Durée  Grave Maladie  NON
- 9 L'état de santé actuel permet-il la reprise de l'activité professionnelle ?  
 OUI Date de reprise envisagée : .....  à temps complet  à temps partiel thérapeutique  
 NON Durée prévisible de prolongation : .....  
Si maternité Date de congé légal ou du congé pathologique : .....
- 10 Remarques et signature au VERSO

Relyens - Santé Prévoyance, Service médical - CS 80006 - 18020 Bourges Cedex

Tél : 02 48 48 14 62 - Fax : 02 48 48 16 23 - E-mail : [medecinconseil.prevoyance@relyens.eu](mailto:medecinconseil.prevoyance@relyens.eu) - [www.relyens.eu](http://www.relyens.eu)

Relyens SPS - S.A. au capital de 52 875 € - Société de courtage d'assurance - 335 071 096 RCS Bourges - Siège social : Route de Creton - 18110 VASSELAY - N° ORIAS 07000814 - [www.orias.fr](http://www.orias.fr)

R229-003-04/2023

10 Remarques complémentaires de l'adhérent(e) :

.....  
.....  
.....

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte de l'Adhèrent a pour conséquence la nullité de la couverture de l'Adhèrent et de ses éventuels ayants droit ou la déduction des garanties conformément aux articles L. 113-8 et L. 113-9 du code des assurances.

Je certifie avoir répondu sincèrement aux questions posées et n'avoir rien omis.  
Le : ..... Signature de l'adhérent(e)

Document à retourner dans l'enveloppe jointe

RÉSERVÉ AU SERVICE MÉDICAL DE RELYENS

Dossier n° : .....	Assureur : .....	QES signé le : .....
BAI signé le : .....	Effet adhésion le : .....	Exclusion(s) : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Avis du médecin conseil : ..... .....	Pièces médicales : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> À demander .....	
Date : .....	Signature et cachet du médecin conseil :	
2 <sup>e</sup> avis du médecin conseil : ..... .....	Pièces médicales : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> À demander .....	
Date : .....	Signature et cachet du médecin conseil :	

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

L'Assureur et Relyens SPS, gestionnaire, sont responsables conjoints au sens du Règlement Général sur la Protection des Données [Règlement (UE) N° 2016/679 du 27 avril 2016, ci-après « RGPD »] de traitements de données à caractère personnel vous concernant.

- Les différents traitements mis en œuvre par Relyens SPS et l'assureur ont pour finalités :
- l'exécution des garanties des contrats [gestion des prestations de prévoyance complémentaire]
  - l'exercice des recours et la gestion des contentieux
  - la gestion du dispositif de lutte contre la fraude de l'assureur
  - l'exécution des obligations légales auxquelles sont soumis le responsable de traitement et le sous-traitant [type ICB-FT, loi Eckert...]
  - la gestion des contrats de prévoyance complémentaire et des appels de cotisations,
  - la gestion des réclamations clients
  - l'élaboration des statistiques et études actuarielles
  - la gestion des services annexes au contrat d'assurance le cas échéant [type contrôle médical]

Les données collectées à travers le présent formulaire sont plus précisément destinées à réaliser les traitements ayant pour finalités l'exécution des garanties du contrat de prévoyance auquel vous avez adhéré ainsi que la mise en œuvre du dispositif de lutte contre la fraude de l'assureur.

La licéité des traitements mis en œuvre repose sur :

- l'exécution du contrat de prévoyance complémentaire souscrit par votre employeur et auquel vous avez décidé d'adhérer, ainsi que, s'agissant du traitement de vos données de santé, sur les exceptions prévues à l'article 9 § 2 b) et h) du RGPD (gestion de services de protection sociale) ;
- le respect d'obligations légales incombant aux responsables de traitements [ex. traitements mis en œuvre dans le cadre de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme],
- l'intérêt légitime des responsables de traitement, s'agissant notamment de la mise en œuvre du dispositif de lutte contre la fraude de l'assureur.

Les données à caractère personnel vous concernant sont destinées exclusivement au Pôle Médecin conseil de Relyens SPS ainsi que, le cas échéant, au service médical de l'assureur.

Vos réponses à l'ensemble des rubriques est obligatoire ; à défaut Relyens SPS pourrait être dans l'impossibilité d'instruire votre demande de prestation ou son traitement pourrait être retardé.

Vos données seront conservées : - pendant la durée de votre adhésion au contrat de prévoyance complémentaire souscrit par votre employeur, - cette durée étant augmentée à la fois de la durée des prescriptions légales ainsi que des délais prévus par les différentes obligations de conservation imposées par la réglementation.

En application de la législation en vigueur, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, ainsi que du droit de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès.

Par ailleurs et sous certaines conditions, vous disposez également d'un droit à la limitation du traitement ainsi qu'à la portabilité de vos données.

En outre, dans l'hypothèse où le traitement est fondé sur la notion d'intérêt légitime, vous disposez également du droit de vous opposer au traitement de vos données pour des raisons tenant à votre situation particulière, à moins que le traitement soit justifié par : - l'existence de motifs légitimes et impérieux qui prévaudraient sur vos intérêts et droits et libertés ; ou - la constatation, l'exercice ou la défense de droits en justice.

Vous pouvez exercer ces droits, en justifiant de votre identité, en contactant le Délégué à la protection des données [DPO] de Relyens SPS par courrier électronique ou par courrier postal [cf coordonnées ci-dessous].

Vous disposez enfin du droit d'introduire une réclamation auprès d'une Autorité de contrôle en charge de la protection des données personnelles [cf coordonnées ci-dessous].

**Responsable du traitement**  
Relyens SPS  
Route de Creton  
18110 - VASSELAY  
privacy.sps@relyens.eu

**Délégué à la Protection des Données**  
DPO  
CS 80006  
18020 - BOURGES CEDEX  
privacy.sps@relyens.eu

**Autorité de contrôle**  
C.N.I.L.  
3, Place de Fontenoy  
TSA 80715, 75334 Paris Cedex 07  
Tel : 01 53 73 22 22

**Conditions générales –  
Prévoyance collective à adhésion  
facultative**

---

**Relyens Mutual Insurance**

18 rue Edouard Rochet - 69372 LYON Cedex 08 - FRANCE

Tél : +33 (0)4 72 75 50 25 – [www.relyens.eu](http://www.relyens.eu)

Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes

Entreprise régie par le code des assurances - 779 860 881 RCS LYON

Organisme de formation professionnelle déclaré sous le n° 82690051369 auprès du Préfet de région

N°TVA Intracommunautaire FR 79779860881

**Relyens Life Insurance**

18 rue Edouard Rochet - 69008 LYON - FRANCE

Tél: +33 (0)4 72 75 50 25 – [www.relyens.eu](http://www.relyens.eu)

Société anonyme d'assurance au capital de 6 000 000 €

Entreprise régie par le Code des assurances et agréée pour pratiquer des opérations d'assurance vie - 487 632 861 RCS LYON



GRUPE MUTUALISTE EUROPÉEN  
ASSURANCE ET MANAGEMENT DES RISQUES