

Notice d'Information **Homme Clé**

Comportant les dispositions des Conditions Générales



Février 2015

Prévoyance HOMME CLÉ est un contrat collectif à adhésion facultative.

Conventions d'assurance n° 2 800 797 (toutes causes) et n° 2 800 798 (accident) souscrit par :

L'UNION GÉNÉRALE INTERPROFESSIONNELLE DE PRÉVOYANCE SOCIALE « UGIPS », dont le siège social est situé à PARIS (75010), 5 place du colonel Fabien,

auprès de l'Assureur :

AXA FRANCE VIE, dont le siège social est situé à NANTERRE (92727), 313, Terrasses de l'Arche.

UGIPS et AXA France VIE sont dénommées ci-après « les Parties ».

Prévoyance HOMME CLÉ est un contrat d'assurance sur la vie régi par les articles L.141-1 et suivants du Code des Assurances-Temporaire Décès correspondant à la catégorie d'opération d'assurance (R321-1 du code des assurances) branche 20 Vie-Décès.

Tout litige relatif à l'application du présent contrat relève de la seule compétence des tribunaux français.

sommaire

section	page	contenu
Définitions	3	
Titre I	5	Article 1. Objet du contrat
Les dispositions générales	5	Article 2. Durée et renouvellement du contrat collectif
	5	Article 3. Champ d'application
	5	1. Admission des entreprises adhérentes
	5	2. Admission des Assurés
	6	3. Formalités préalables
	6	4. Début des garanties
	7	5. Détermination du montant des garanties
	7	6. Fin des garanties
	8	Article 4. Obligations de l'Entreprise adhérente et de l'Assuré
	8	1. Déclaration du risque
	8	2. Modification du risque
	8	3. Paiement des cotisations
	9	Article 5. Obligations de l'Assureur
	9	Article 6. Législation relative au traitement des données à caractère personnel
	9	Article 7. Prescription
	9	Article 8. Modifications du contrat collectif
	10	Article 9. Réclamations
	10	Article 10. Contrôle de l'Assureur
Titre II	11	Article 11. Garantie Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie
Les garanties	11	1. Garantie Décès toutes causes ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie toutes causes
	11	2. Garantie Décès Accidentel ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie accidentelle
	11	Article 12. Garantie Invalidité permanente totale supérieure ou égale à 66 %
	11	1. Garantie Invalidité permanente supérieure ou égale à 66 % toutes causes
	11	2. Garantie Invalidité permanente supérieure ou égale à 66 % consécutive à un accident
	12	3. La fixation du taux d'invalidité permanente supérieure ou égale à 66 %
	12	Article 13. Garantie Remboursement des Frais Professionnels fixes

Titre III	14	Article 14. Cotisations Prévoyance « Homme Clé »
Les cotisations	14	Article 15. Renouvellement des cotisations

Titre IV	15	Article 16. Expertise médicale
La gestion des prestations	15	Article 17. Modalités d'obtention des prestations
	15	1. En cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie
	16	2. En cas de d'invalidité permanente
	16	3. Remboursement des Frais Professionnels fixes en cas d'incapacité totale temporaire d'exercer une activité professionnelle

Titre V	17	Article 18. Limites
Les limites et exclusions	17	Article 19. Etats antérieurs
	18	Article 20. Exclusions

Définitions

Accident

Atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont pas considérés comme accident, les infarctus et les pathologies soudaines.

Activité saisonnière

Dès lors que l'entreprise est soumise à des cycles d'activité indépendants de sa volonté et qui se répètent de manière régulière, à la même période, l'activité exercée peut être considérée comme une activité saisonnière.

Assuré (Homme clé)

Personne sur la tête de laquelle repose le risque.

Assureur

AXA France Vie, entreprise régie par le Code des assurances.

Avenant

Document contractuel émanant de l'Assureur et signé de ce dernier et par l'UGIPS. Il modifie le contrat.

Bénéficiaire

Entreprise adhérente mentionnée dans le certificat d'adhésion pour percevoir le versement par l'Assureur de la garantie prévue en cas de survenance du risque couvert avant le terme de la garantie.

Certificat d'adhésion

Ce document précise la (les) garantie(s) accordée(s) par l'Assureur, les données concernant l'Assuré, et le Bénéficiaire désigné.

Chiffre d'affaire

Montant total, inscrit au plan comptable, des sommes payées ou dues par les clients en contrepartie d'opérations entrant dans l'activité de l'entreprise et dont la facturation a été faite au cours de l'exercice comptable.

Consolidation

Stabilisation d'un état de santé, après accident ou maladie, laissant subsister des séquelles et n'étant plus susceptible d'évolution notable.

Délai d'attente

Période pendant laquelle le risque n'est pas couvert, malgré la prise d'effet du contrat.

Entreprise adhérente

Entreprise adhérente à l'UGIPS qui demande son adhésion au contrat collectif Prévoyance HOMME CLÉ.

Franchise

Période consécutive à la survenance du risque pendant laquelle l'Assuré n'est pas garanti.

Garantie

Engagement de l'Assureur en cas de survenance d'un risque couvert.

Incapacité

Tout état physique ou mental de l'Assuré, résultant d'un accident ou d'une maladie mettant celui-ci dans l'obligation, médicalement constatée, d'interrompre ses activités professionnelles.

Invalidité

Tout état physique ou mental de l'Assuré, résultant d'un accident ou d'une maladie réduisant sa capacité de travail de façon permanente et présumée définitive, quelle que soit la profession de l'Assuré.

Maladie

Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pas pour origine un accident tel que défini ci-dessus.

Marge brute d'exploitation

Excédent dégagé par l'ensemble des ventes (marchandises + biens et services) sur l'ensemble des achats consommés.

La marge brute d'exploitation est calculée par différence entre les produits et les charges :

Produits

Somme des comptes suivants :

- Chiffre d'Affaires (vente de marchandises, production vendue de biens ou de services)
- Production stockée
- Production immobilisée

Charges

Somme des comptes suivants :

- Achats de marchandises
- Variation de stocks de marchandises
- Achats de matières premières
- Achats de matières consommables
- Achats d'emballages
- Variation des stocks (matières premières et approvisionnements)
- Achats d'études et prestations de services (y compris la sous-traitance de production de biens et de services)
- Achats de matériels, équipements et travaux sauf s'il s'agit d'investissement
- Frais accessoires d'achat
- Rabais, remises et ristournes obtenus sur achats
- Transport sur achats
- Transport sur ventes.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

L'Assuré est considéré comme atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie s'il est dans l'impossibilité absolue d'exercer une activité quelconque, et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance constante d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Souscripteur

L'Union Générale Interprofessionnelle de Prévoyance Sociale (UGIPS).

Titre I

Les dispositions générales

Article 1. Objet du contrat

Ce contrat, réservé aux Entreprises adhérentes de l'UGIPS, a pour objet de garantir en cas de Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) de l'Homme-Clé (l'Assuré) survenant pendant la couverture de ce risque, le versement d'un capital à l'Entreprise adhérente.

A cette garantie de base obligatoire (toutes causes ou accidentelle), l'Entreprise adhérente peut demander l'adjonction d'une ou plusieurs garanties parmi celles proposées sur la demande d'adhésion, et ainsi peut opter pour :

- Invalidité Permanente Supérieure ou égale à 66 % de l'Assuré,
- Remboursement des Frais Professionnels fixes en cas d'incapacité temporaire totale de travail de l'Assuré.

Les risques sont couverts dans le monde entier.

L'adhésion à ce contrat est constituée de la présente notice d'information, le cas échéant du bon pour accord retourné signé, et du certificat d'adhésion qui précise notamment la(les) garantie(s) accordée(s).

Article 2. Durée et renouvellement du contrat collectif

Le contrat collectif est renouvelable pour chaque année civile par tacite reconduction. Chaque partie peut résilier par lettre recommandée adressée deux mois avant la fin de l'année. En cas de résiliation, les adhésions en cours bénéficieront jusqu'à leur terme des dispositions des Conditions Générales et des avenants en vigueur mais aucune nouvelle adhésion ne sera possible.

Article 3. Champ d'application

1. Admission des Entreprises adhérentes

Pour adhérer au contrat, les Entreprises adhérentes doivent :

- Avoir un effectif minimum de 2 personnes,
- Avoir leur siège social situé en France Métropolitaine et/ou dans un département d'Outre Mer,
- Etre soumises à l'impôt sur les revenus dans la catégorie des Bénéfices Industriels et Commerciaux (B.I.C.), ou être soumises à l'impôt sur les sociétés.

2. Admission des Assurés

Sont assurables uniquement les personnes physiques :

- âgées de moins de 65 ans le jour de l'adhésion au contrat, âge déterminé par différence de millésime, pour les garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (toutes causes ou accidentelles) et parmi ces personnes celles âgées de moins de 60 ans pour les garanties Invalidité permanente supérieure ou égale à 66% et Remboursement des Frais Professionnels fixes,
- n'étant pas en arrêt de travail à la date d'adhésion au contrat,
- exerçant leur activité professionnelle en France métropolitaine ou dans les départements d'Outre Mer,
- n'exerçant pas l'une des activités professionnelles dangereuses (même occasionnelle) suivantes: artificier, bûcheron, cascadeur, débardeur, démineur, docker, homme-grenouille, scaphandrier, marin pêcheur, pilote sur prototype, professionnel du cirque et manège forains, sportif professionnel, pratique de l'accro branche, désamiantage, guide de haute montagne, travailleur sur plate-forme de forage,
- n'exerçant pas d'activité saisonnière.

3. Formalités préalables

En vue de l'adhésion, l'Entreprise adhérente et l'Assuré remplissent une demande d'adhésion par laquelle ils donnent leurs consentements à l'assurance.

L'Entreprise adhérente doit faire parvenir à l'Assureur les pièces suivantes :

- la demande d'adhésion remplie et signée par l'Entreprise adhérente et l'Assuré,
- un original de l'extrait KBIS de moins de 3 mois, ou le cas échéant la déclaration de la création d'entreprise,
- le questionnaire financier complété et signé et l'ensemble des documents financiers demandés sur ce document,
- une copie recto-verso d'une pièce d'identité en cours de validité de l'Assuré : carte nationale d'identité ou passeport (si l'adresse figurant sur cette pièce est différente de celle indiquée sur la demande d'adhésion, joindre un justificatif de domicile de moins de 3 mois).

L'Assureur se réserve le droit de demander toute pièce financière complémentaire qu'il estimerait nécessaire. L'Assureur peut refuser l'adhésion s'il n'a pu statuer faute de renseignements financiers.

L'Assuré doit également remplir avec précision le formulaire établi par l'Assureur destiné à la sélection médicale sauf si l'Entreprise adhérente choisit uniquement de souscrire une ou plusieurs garanties accidentelles. L'admission de l'Assuré est subordonnée aux résultats de cette sélection médicale. L'Assuré doit transmettre au médecin conseil de l'Assureur ce document sous pli confidentiel.

L'Assureur peut demander toute information médicale complémentaire ou tout examen médical (frais pris en charge par l'Assureur) dans le cas où les réponses au formulaire médical nécessiteraient un complément d'informations.

Suivant les conclusions du médecin conseil, l'Assureur peut :

- accepter l'adhésion au contrat sans surprime,
- accepter l'adhésion au contrat avec des restrictions de garanties ou avec une surprime. Les conditions spécifiques d'adhésion sont stipulées au certificat d'adhésion,
- refuser l'adhésion.

4. Début des garanties

Tant que nous ne nous sommes pas prononcés sur l'acceptation des risques, la couverture du risque de décès accidentel (défini à l'article 11.2) vous est néanmoins acquise à la date de réception du bulletin d'adhésion ; la couverture de l'ensemble des risques prévus au contrat ne sera effective qu'au jour de notre acceptation.

Si au vu des conclusions du médecin conseil, nous nous prononçons sur le refus de votre admission, la couverture du risque de décès accidentel cesse de plein droit au jour où nous vous signifierons ce refus.

Dans le cas où nous ne pouvons statuer sur l'admission avant l'expiration du troisième mois à compter de la demande d'admission, la couverture du risque de décès accidentel cesse à compter de cette date.

En cas d'acceptation de votre admission sans surprime ou exclusion, la couverture de l'ensemble des risques prend effet :

- au premier jour du mois en cours pour toute adhésion reçue entre le 1^{er} et le 15 du mois ;
- au premier jour du mois qui suit la date de réception pour toute adhésion reçue entre le 16 et le 31 du mois.

En cas d'acceptation de votre admission avec surprime, la couverture de l'ensemble des risques prend effet le premier jour du mois suivant la réception, par nos services, de votre acceptation.

Si l'adhésion n'a pas pu prendre effet pour l'une des causes suivantes :

- nous n'avons pu statuer faute de renseignements médicaux,
- vous annulez ou ne donnez pas suite à votre demande d'adhésion,

la couverture des risques accidentels avant acceptation de l'adhésion ne pourra de nouveau être acquise dans le cadre d'une nouvelle demande ; les garanties prendront effet comme il est précisé précédemment.

5. Détermination du montant des garanties

Le plafond annuel de la Sécurité Sociale en vigueur au cours de l'exercice d'assurance considéré sert de base d'assurance dans la détermination du montant des garanties. Ce montant doit être un multiple entier de 25 % dudit plafond.

Le montant de la garantie Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie doit être égal au minimum à 1 Plafond Annuel de la Sécurité Sociale et au maximum à 30 Plafonds Annuels de la Sécurité Sociale.

Le montant de la garantie Décès/ Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et celui de la garantie Invalidité Permanente supérieure ou égale à 66% sont identiques. Cependant à partir des 55 ans de l'Assuré, âge déterminé par différence de millésime, le capital de la garantie Invalidité permanente supérieure ou égale à 66 % est réduit (article 12-3 de la présente notice d'information).

La détermination du montant des garanties s'effectue de la façon suivante :

- Pour déterminer le montant de la garantie Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et par conséquent celui de la garantie Invalidité permanente supérieure ou égale à 66 %, il convient d'appliquer à la marge brute d'exploitation de l'année précédente de l'entreprise adhérente le pourcentage que l'Assuré représente dans la réalisation de cette dernière. Ce pourcentage est déterminé en fonction des documents financiers demandés par l'Assureur. En tout état de cause le montant des garanties, ne peut pas être supérieur au montant de la marge brute d'exploitation de l'exercice civil précédant celui de l'adhésion, fixé par l'expert comptable de la société Assurée.
- Pour déterminer le montant total annuel des indemnités versées au titre de la garantie Remboursement des Frais Professionnels fixes, il convient de retenir le montant des Frais Professionnels fixes déclaré à l'administration fiscale au cours de l'exercice civil précédant celui de l'adhésion au contrat. Ce montant ne peut pas être supérieur à 50% du montant retenu pour la garantie Décès et ne doit pas dépasser 10,75 Plafonds Annuels de la Sécurité Sociale. L'indemnité journalière est obtenue en divisant le montant total annuel défini ci-dessus par 365, et est versée après réception des justificatifs, dont la liste est définie à l'article 13, et dans la limite des sommes fixées au certificat d'adhésion.

Avant le 31 octobre de chaque année, l'Entreprise adhérente doit informer l'Assureur en cas de changement du montant des garanties. Dans ce cas, elle doit lui adresser une nouvelle demande spécifiant la ou les garanties retenue(s) ainsi que le ou les montant(s) choisi(s) et le nouveau questionnaire financier correspondant dûment rempli. Aucune formalité médicale ne sera alors demandée à l'Assuré s'il s'agit d'un maintien ou d'une diminution du montant des garanties. S'il s'agit d'une augmentation du montant des garanties d'au moins un Plafond Annuel de la Sécurité Sociale, celle-ci doit être soumise à une nouvelle acceptation médicale et financière. Les nouvelles garanties prennent effet à la date indiquée sur le nouveau certificat d'adhésion et sous réserve du paiement de la cotisation.

6. Fin des garanties

Les garanties prennent fin :

- au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel l'Assuré atteint son 60^{ème} anniversaire pour les garanties « Invalidité permanente supérieure ou égale à 66 % » et « Remboursement des Frais Professionnels fixes »,
- au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel l'Assuré atteint son 75^{ème} anniversaire pour les garanties « Décès » et « Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ».

En cas de chômage, de cessation d'activité professionnelle ou de départ à la retraite de l'Assuré, les garanties se trouvent résiliées de plein droit. L'Entreprise adhérente s'oblige à en informer l'Assureur pour permettre la cessation de son adhésion au contrat. Dans le cas contraire, si l'Entreprise adhérente n'a pas informé l'Assureur, le paiement des cotisations ne donne pas droit à prestations au titre des garanties devenues sans objet.

L'Entreprise adhérente peut résilier son adhésion à l'échéance anniversaire. Pour cela, elle doit prévenir l'Assureur par courrier recommandé au moins deux mois avant cette date (soit avant le 31 octobre).

Article 4. Obligations de l'Entreprise adhérente et de l'Assuré

1. Déclaration du risque

Pour pouvoir adhérer au contrat, l'Assuré doit se soumettre aux formalités médicales et l'Entreprise adhérente aux formalités financières requises.

Les déclarations de l'Assuré sur sa date de naissance, son état de santé, ses antécédents médicaux de tous ordres, les conditions d'exercice de son activité professionnelle, servent de base à l'adhésion et à la fixation de la cotisation.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, l'Entreprise adhérente et l'Assuré s'exposent à la nullité de l'adhésion, conformément à l'article L113-8 du Code des assurances. En cas d'omission ou de déclaration inexacte, il peut être fait application des articles L113-9 et L132-26 du Code des assurances.

2. Modification du risque

L'Entreprise adhérente doit informer l'Assureur par lettre recommandée lorsque l'Assuré :

- Change de profession, d'occupation ou s'il exerce sa profession dans des conditions autres que celles déclarées à l'adhésion,

La déclaration par lettre recommandée doit être adressée à l'Assureur dans un délai de trente jours à compter de la date de modification.

Lorsque la nouvelle situation entraîne une modification du risque ou en modifie l'appréciation, l'Assureur peut :

- Soit mettre fin, à dater de la modification intervenue, aux garanties,
- Soit proposer un nouveau taux de cotisation adapté à la nouvelle situation.

Si l'Entreprise adhérente refuse le nouveau taux de cotisation, l'Assureur met fin aux garanties. Dans ce cas l'Assureur rembourse à l'Entreprise adhérente, la fraction de cotisation correspondant à la période postérieure à la date de résiliation.

Si l'Entreprise adhérente n'a pas informé l'Assureur, le paiement des cotisations ne donne pas droit à prestations au titre des garanties devenues sans objet.

3. Paiement des cotisations

A l'adhésion, l'Entreprise adhérente s'engage à payer la cotisation correspondant aux garanties qu'elle a choisies. La première année, la cotisation est appliquée au prorata temporis entre la date d'effet de l'adhésion et le 31 décembre de l'exercice. Puis l'Entreprise adhérente s'engage à payer à chaque échéance la cotisation correspondant aux garanties qu'elle a choisies. Ces garanties figurent sur le certificat d'adhésion. Le montant de la cotisation est fixé annuellement.

La somme due est payable d'avance dans un délai de 10 jours à compter des dates d'échéances, qui sont fixées selon la périodicité de paiement choisie par l'Entreprise adhérente à l'adhésion.

En cas de non paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours suivant son échéance, conformément à l'article L113-3 du Code des assurances, l'Assureur adresse à l'Entreprise adhérente une mise en demeure par lettre recommandée dont les conséquences sont les suivantes :

- la suspension des garanties trente jours après l'envoi,
- la résiliation de l'adhésion au contrat, sans autre avis, dix jours plus tard, soit quarante jours après l'envoi de la mise en demeure.

Article 5. Obligations de l'Assureur

L'Assureur effectue l'ensemble des actes de gestion : encaissement des cotisations, règlement des prestations, suivi des dossiers des Entreprises adhérentes et toutes autres obligations à sa charge.

Il peut, s'il le souhaite, déléguer tout ou partie de ces tâches à un organisme de son choix.

Article 6. Législation relative au traitement des données à caractère personnel

L'Entreprise adhérente et l'Assuré autorisent l'Assureur à communiquer les informations les concernant dans le strict respect de la législation relative au traitement des données à caractère personnel en vigueur. Ces informations pourront être communiquées à nos réassureurs, aux organismes professionnels habilités, ainsi qu'à tous ceux intervenant dans la production, la gestion et l'exécution du contrat.

En retour, l'Entreprise adhérente et l'Assuré disposent d'un libre accès aux informations les concernant, conformément à la législation précitée en vigueur. Pour les consulter, s'y opposer, ou demander leur rectification, il suffit à l'Entreprise adhérente et/ou l'Assuré de prendre contact avec le Service Relation Clientèle de l'Assureur : Service Qualité – Relations Clientèle :

AXA Entreprises

Secteur Qualité - Relations Clientèle

313, Terrasses de l'Arche

92727 Nanterre cedex

Article 7. Prescription

Le délai de prescription de toute action dérivant de votre contrat est de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance (articles L 114-1 et L 114-2 du Code des assurances).

Ce point de départ peut être modifié :

- si vous prouvez que vous avez eu connaissance du sinistre à une date ultérieure ;
- ou si vous avez fait une déclaration du risque, fautive, inexacte ou incomplète ;
- ou si votre action a pour cause le recours d'un tiers à votre encontre. La prescription peut être interrompue :
 - par une citation en justice, un commandement ou une saisie ;
 - par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
 - par l'envoi d'une lettre recommandée concernant le défaut de paiement de la cotisation ou le règlement de la prestation.

Article 8. Modifications du contrat collectif

L'UGIPS et l'Assureur peuvent, d'un commun accord, réviser le présent contrat. Toute modification contractuelle du contrat, sera communiquée à l'ensemble des Entreprises adhérentes, selon les dispositions de l'article L141-4 du Code des assurances, par avenant à la notice d'information.

L'Entreprise adhérente peut résilier son adhésion en raison de ces modifications.

Le paiement de la nouvelle cotisation vaut acceptation des conditions modifiées ; le non paiement entraîne la résiliation de l'adhésion conformément à l'article 4.3 de la présente notice d'information.

Article 9. Réclamations

Les éventuelles réclamations doivent être adressées à votre conseiller.

Si elles ne trouvaient pas satisfaction, les cas de litige seraient à adresser à notre Service Qualité - Relations Clientèle :

AXA Entreprises

Secteur Qualité - Relations Clientèle

313, Terrasses de l'Arche

92727 Nanterre cedex

Si le désaccord subsistait, notre Service Relations Clientèle vous proposerait alors un recours gratuit au Médiateur et vous indiquerait les modalités à suivre.

Le Médiateur est une personne indépendante qui s'engage à formuler un avis motivé dans les trois mois suivant la date à laquelle il a été saisi. Son avis n'engage pas les parties concernées qui restent libres de recourir aux juridictions compétentes.

Article 10. Contrôle de l'Assureur

L'autorité de contrôle de l'Assureur **est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.)** située 61, rue Taitbout, 75009 PARIS.

Titre II Les garanties

Article 11. Garantie Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

1. Garantie Décès toutes causes ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie toutes causes

En cas de Décès de l'Assuré, l'Assureur verse à l'Entreprise adhérente le capital Décès toutes causes indiqué au certificat d'adhésion ;

Le règlement du capital Décès toutes causes met fin à l'adhésion au contrat.

De même en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré, médicalement constatée en France, l'Assureur verse à l'Entreprise adhérente après consolidation de cet état, le capital Perte Totale et Irréversible d'Autonomie indiqué au certificat d'adhésion

Le règlement du capital Perte Totale et Irréversible d'Autonomie toutes causes met fin à l'adhésion au contrat.

2. Garantie Décès Accidentel ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie accidentelle

En cas de Décès de l'Assuré résultant directement d'un accident et survenant moins de douze mois après celui-ci, l'Assureur verse le capital Décès accidentel indiqué au certificat d'adhésion à l'Entreprise adhérente.

Le règlement du capital Décès accidentel met fin à l'adhésion au contrat.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré, médicalement constatée en France, résultant directement d'un accident et survenant moins de douze mois après celui-ci, l'Assureur verse à l'Entreprise adhérente, le capital Perte Totale et Irréversible d'Autonomie accidentelle indiqué au certificat d'adhésion.

Le règlement du capital Perte Totale et Irréversible d'Autonomie accidentelle met fin à l'adhésion au contrat.

Article 12. Garantie Invalidité permanente totale supérieure ou égale à 66 %

La garantie n'est acquise que si le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 66 %.

1. Garantie Invalidité permanente supérieure ou égale à 66 % toutes causes

En cas d'Invalidité permanente supérieure ou égale à 66 % de l'Assuré, l'Assureur verse à l'Entreprise adhérente, après consolidation de cet état, le capital indiqué au certificat d'adhésion.

Cette garantie n'est acquise que si mention en est faite au certificat d'adhésion. Elle est distincte de l'extension de la garantie Décès à la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

2. Garantie Invalidité permanente supérieure ou égale à 66 % consécutive à un accident

En cas d'Invalidité permanente supérieure ou égale à 66 % de l'Assuré consécutive à un accident, l'Assureur verse à l'Entreprise adhérente, après consolidation de cet état, le capital indiqué au certificat d'adhésion.

Cette garantie n'est acquise que si mention en est faite au certificat d'adhésion. Elle est distincte de l'extension de la garantie Décès à la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie accidentelle.

3. La fixation du taux d'invalidité permanente supérieure ou égale à 66 %

Le taux d'invalidité (n), est déterminé par expertise en fonction des critères suivants :

- du taux d'invalidité fonctionnelle déterminé à partir du barème des accidents de travail de la Sécurité Sociale, quelle que soit la profession de l'Assuré,
- du taux d'invalidité professionnelle.

Il est tenu compte, de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de la profession, des capacités professionnelles restantes et des possibilités d'adaptation. Il appartient à l'Assuré d'apporter les éléments justificatifs de son invalidité.

Un Assuré ne peut pas être considéré en invalidité permanente supérieure ou égal à 66 % s'il continue d'exercer une activité professionnelle ou si ses capacités de travail ou de gain ne sont pas diminuées.

Le taux d'invalidité (n) qui détermine le droit à la prestation est alors donné par le tableau ci-après :

Taux d'invalidité professionnelle	Taux d'invalidité fonctionnelle								
	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
10 %				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20 %			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30 %		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40 %	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50 %	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60 %	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	79,69	78,62	84,34
70 %	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80 %	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90 %	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100 %	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	84,18	93,22	100,00

L'Invalidité permanente supérieure ou égale à 66 % de l'Assuré est appréciée, de 0 à 100 %, d'après la nature de l'invalidité par rapport à la profession exercée.

Ce capital sera uniquement versé si la consolidation de l'invalidité de l'Assuré intervient alors que la garantie est en cours, et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'Assuré est âgé de 60 ans.

A partir du 55^{ème} anniversaire de l'Assuré, le montant du capital Invalidité permanente supérieure ou égale à 66 % toutes causes ou accidentel est déterminé en appliquant les taux suivants en fonction de l'âge de l'Assuré :

Age de l'Assuré	54 ans	55 ans	56 ans	57 ans	58 ans	59 ans
Taux à appliquer au montant du capital Invalidité Permanente Supérieure ou égale à 66 %	100 %	90 %	80 %	70 %	60 %	50 %

Article 13. Garantie Remboursement des Frais Professionnels fixes

Lorsque l'Assuré se trouve par suite d'accident ou maladie, médicalement constatée, dans l'incapacité temporaire totale d'exercer son activité, une indemnisation journalière est versée après une période de franchise de 90 jours consécutifs, à l'Entreprise adhérente, **sans pouvoir dépasser le montant du plafond journalier assuré**. Cette indemnisation journalière est versée tant que dure l'incapacité temporaire de travail de l'Assuré et s'arrête au plus tard au 365^{ème} jour inclus après l'interruption d'activité due à cette incapacité.

L'arrêt de travail doit entraîner une interruption réelle et complète des activités professionnelles de l'Assuré et ce dernier doit suivre le traitement médical qui lui est prescrit et se soumettre au repos nécessaire à sa guérison.

Toute reprise, même partielle entraîne l'arrêt définitif du service des prestations.

Aucune prestation pendant les congés légaux de maternité, de paternité ou d'adoption ne sera versée.

Il n'est pas fait application de la franchise pour un nouvel arrêt de travail s'il est dû à la réapparition de l'affection ayant déjà donné lieu à une indemnisation sous réserve que la période de reprise du travail ait été inférieure à soixante jours continus. Si ce nouvel arrêt de travail survient après la période d'indemnisation maximum fixée à 365 jours y compris franchise ou après la résiliation du contrat, aucune indemnisation journalière ne sera versée.

Ces prestations ont un caractère indemnitaire. L'Assureur peut donc exercer toute action contre les tiers responsables de l'état de l'Assuré pour recouvrer les sommes qu'il a engagées (Article L 131-2 du Code des assurances).

Les Frais Professionnels pris en charge, non compris les ressources liées à un remplacement, sont les frais fixes et permanents déclarés à l'administration fiscale suivants :

- Les charges sociales sur salaires (parts patronale et salariale),
- Les salaires nets et avantages en nature,
- La taxe professionnelle,
- Les autres impôts professionnels,
- Les loyers et charges locatives,
- La location de matériel et de mobilier (leasing),
- Les primes d'assurances professionnelles obligatoires,
- Les cotisations syndicales et professionnelles,
- Les frais financiers (intérêts d'emprunt).

Titre III Les cotisations

Article 14. Cotisations Prévoyance « Homme Clé »

La cotisation est déterminée en fonction :

- de l'âge de l'Assuré,

L'âge se calcule par différence de millésime entre l'année d'échéance et l'année de naissance, quel que soit le mois de naissance de l'Assuré.

En cas d'erreur sur l'âge de l'Assuré, si l'âge réel se situe en dehors des limites fixées par la présente notice d'information, les garanties sont nulles et les cotisations perçues restituées. En revanche, si l'âge réel de l'assuré se situe dans les limites prévues par la présente notice d'information, les garanties assurées sont réduites ou le surplus de cotisation remboursé, conformément aux dispositions de l'Article L 132-26 du Code des assurances.

- de l'activité professionnelle de l'Assuré,
- des montants des garanties choisis,
- des éventuelles déclarations de l'Entreprise adhérente modifiant le risque assuré.

A l'échéance anniversaire, une nouvelle cotisation est recalculée en prenant en compte l'ensemble de ces informations actualisées.

Article 15. Renouvellement des cotisations

Les cotisations peuvent, par accord entre l'UGIPS et l'Assureur, être révisées au 1^{er} Janvier de chaque année en fonction des résultats techniques du contrat. Les nouvelles cotisations qui en résultent sont applicables dès l'échéance qui suit la date de mise en vigueur du nouveau tarif.

Titre IV La gestion des prestations

Article 16. Expertise médicale

Une expertise médicale peut s'avérer nécessaire pour constater l'état d'incapacité de travail, d'invalidité permanente ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré. Dans ce cas, l'Assureur règlera les honoraires du médecin désigné par lui pour réaliser cette expertise.

Les décisions de l'Assureur sont notifiées à l'Entreprise adhérente ; elles peuvent conduire à cesser, à refuser ou à réduire le versement des prestations de l'Assureur.

Si l'Entreprise adhérente conteste la décision de l'Assureur, l'Entreprise adhérente peut demander une contre expertise et l'Assuré peut faire appel au médecin conseil de son choix. En cas de divergence entre le médecin conseil de l'Assureur et celui de l'Assuré, ces deux médecins en désigneront un troisième.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Les honoraires du troisième médecin sont partagés par parts égales.

Si un désaccord persiste, c'est le tribunal compétent, requis par la partie la plus diligente, qui désignera un nouvel expert.

Article 17. Modalités d'obtention des prestations

Les prestations sont versées lorsqu'un risque garanti par l'adhésion au contrat se réalise. L'Assureur fournit alors à l'Entreprise adhérente un formulaire de déclaration qu'elle doit lui retourner complété.

Le détail des documents nécessaires à leur règlement est le suivant :

1. En cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Documents justificatifs (à faire parvenir dans les 6 mois suivant le sinistre)	En cas de Décès	En cas de perte totale et irréversible d'autonomie
Une demande signée de l'Entreprise adhérente, bénéficiaire du contrat, accompagnée de l'original du certificat d'adhésion.	X	X
Acte de Décès de l'Assuré.	X	
Certificat médical indiquant la nature et les circonstances du Décès de l'Assuré (document à retourner au médecin conseil sous pli confidentiel).	X	
Si le Décès résulte d'un accident, une copie du rapport de police ou de gendarmerie, ou tout autre document justificatif.	X	
Rapport médical établi par le médecin traitant ou par le médecin ayant constaté la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (à adresser sous pli confidentiel au médecin conseil de l'Assureur).		X
Notification du taux d'incapacité permanente de 100 % faisant apparaître l'allocation pour tierce personne.		X
Copie intégrale de l'acte de naissance de l'Assuré.	X	X
RIB de l'Entreprise adhérente.	X	X

L'Assureur se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'il estimerait nécessaire.

2. En cas de d'invalidité permanente

La garantie Invalidité permanente n'est acquise que si le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 66 %.

Documents justificatifs (à faire parvenir à l'Assureur dans les 2 mois suivant le sinistre)	En cas d'invalidité permanente
Une demande signée de l'Entreprise adhérente, bénéficiaire du contrat, accompagnée de l'original du certificat d'adhésion.	X
Attestation sur l'honneur de non activité professionnelle de l'Assuré.	X
Rapport médical établi par le médecin traitant ou par le médecin ayant constaté l'invalidité de l'Assuré et indiquant la nature et les circonstances de cette invalidité (document à retourner au médecin conseil de l'Assureur sous pli confidentiel). Si l'invalidité résulte d'un accident, une copie du rapport de police ou de gendarmerie, ou tout autre document justificatif.	X
RIB de l'Entreprise adhérente.	X

L'Assureur se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'il estimerait nécessaire.

3. Remboursement des Frais Professionnels fixes en cas d'incapacité totale temporaire d'exercer une activité professionnelle

Documents justificatifs (à faire parvenir à l'Assureur dans les 10 jours suivant le sinistre)	En cas d'incapacité totale temporaire
Une demande écrite doit parvenir à l'Assureur dans les 10 jours qui suivent l'expiration de la période de franchise mentionnée sur le certificat d'adhésion de l'Entreprise adhérente, bénéficiaire du contrat, accompagnée de l'original du certificat d'adhésion.	X
Avis d'incapacité totale temporaire de travail ou éventuellement de prolongation d'incapacité totale temporaire de travail.	X
Le cas échéant, les bulletins d'hospitalisation.	X
En cas de rechute dans les 2 mois de la reprise du travail, un certificat précisant qu'il s'agit de la même affection, ainsi que l'avis d'arrêt de travail ou de prolongation d'arrêt de travail mentionnant la rechute et les avis de prolongation s'ils n'ont pas été fournis.	X
Certificat médical détaillé, à adresser au médecin conseil de l'Assureur sous pli confidentiel, précisant la nature de l'affection, la date de la première constatation médicale et la durée prévisible de l'incapacité de travail.	X
Le cas échéant, les bilans, radios, scanners, IRM au médecin conseil	X
Tous documents justifiant les frais fixes permanents déclarés à l'administration fiscale et figurant à l'article 13 de la présente notice.	X
RIB de l'Entreprise adhérente.	X

L'Assureur se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'il estimerait nécessaire.

Titre V

Les limites et exclusions

Article 18. Limites

Délai d'attente des garanties Invalidité permanente égale ou supérieure à 66% et Remboursement des Frais Professionnels fixes

Toute affection due à une maladie dont la première manifestation survient dans les 90 jours suivant la date d'effet de l'adhésion est exclue des garanties, ainsi que ses conséquences éventuelles, même si cette première manifestation n'a pas donné lieu à diagnostic précis.

Cette disposition s'applique également en cas d'augmentation du montant assuré d'une ou des garanties énoncées ci-dessus, à compter de la date d'effet indiquée sur le nouveau certificat d'adhésion, mais uniquement pour le supplément de la garantie résultant de la modification.

Grossesse et maternité

En cas de grossesse, la garantie remboursement des Frais Professionnels fixes liée à la grossesse ne s'applique que si celle-ci entraîne une hospitalisation en dehors des congés légaux dans un établissement public, privé ou à domicile; dans ce cas, les indemnités sont versées après le délai de franchise prévu au certificat d'adhésion, et tant que dure l'hospitalisation.

Affections nerveuses

Les affections d'ordre psychique ou névrotique et plus particulièrement les dépressions nerveuses et les maladies mentales sont couvertes, uniquement si elles ont fait l'objet d'une hospitalisation dans un établissement public ou privé ou à domicile de plus de trois jours consécutifs.

Maladies de dos

Les maladies de dos sont couvertes uniquement dans le cas où elles sont constatées soit radio graphiquement, soit par scanner, soit par IRM.

Article 19. Etats antérieurs

Les garanties s'exercent uniquement sur les conséquences des accidents survenus après la prise d'effet de l'adhésion, et des maladies dont la première manifestation est postérieure à l'expiration du délai d'attente.

Les garanties ne s'exercent pas sur les suites et conséquences des antécédents de santé mentionnés sur la déclaration de santé et faisant l'objet d'exclusion.

Article 20. Exclusions

Ce qui n'est pas garanti :

1. Garanties toutes causes : Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité permanente égale ou supérieure à 66 %, Remboursement des Frais Professionnels fixes.

Sont exclus le Décès/la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité permanente égale ou supérieure à 66 % et l'arrêt de travail pour la garantie Remboursement des Frais Professionnels fixes résultant :

- D'un suicide ou tentative de suicide de l'Assuré au cours de la première année d'adhésion,
- D'une guerre civile ou étrangère, invasions, agressions étrangères, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non),
- De la participation active de l'Assuré à une guerre passive (où la France ne participerait pas), une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, un acte de terrorisme, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et accomplissement du devoir professionnel sont garantis,
- D'un déplacement ou séjour dans une région ou un pays formellement et dans tous les cas déconseillés par le Ministère français des Affaires Etrangères. Pour les personnes déjà présentes dans cette zone à la date de l'inscription de cette zone sur les listes du Ministère des Affaires Etrangères, l'exclusion ne s'applique qu'à compter du 14^{ème} jour suivant cette inscription.

Toutefois en cas de déplacement ou séjour pour raison professionnelle de l'Assuré, l'Assureur pourra proposer des conditions de maintien d'assurance.

Pour ce faire, l'Entreprise adhérente doit le déclarer à l'Assureur dix jours avant la date de départ de l'Assuré concerné.

2. Garanties accidentelles : Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité permanente égale ou supérieure à 66 %, Remboursement des Frais Professionnels fixes

De plus sont exclus le Décès/la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité permanente égale ou supérieure à 66 % et l'arrêt de travail pour la garantie Remboursement des Frais Professionnels fixes occasionnés par un accident résultant :

- Du fait intentionnel du bénéficiaire ou de l'Assuré,
- De la pratique par l'Assuré de toute activité sportive non représentée par une fédération sportive,
- De la pratique par l'Assuré de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics ou par la fédération du sport correspondant à l'activité. Il nous appartiendra de prouver que ces règles ont été violées,
- De la participation de l'Assuré à tout sport et/ou compétition à titre professionnel,
- De la navigation aérienne de l'Assuré :
 - A bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence, ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmés,
 - Avec l'utilisation d'un deltaplane, d'un parapente, d'un appareil ultra léger motorisé (ULM) ou de tout engin assimilé,
 - Au cours d'un meeting, d'un raid sportif, d'un vol acrobatique, d'une tentative de record, d'un essai préparatoire, d'un essai de réception, d'un saut en parachute non motivé par une raison de sécurité,
- Des conséquences directes ou indirectes de la désintégration du noyau atomique.

Enfin, sont exclus le Décès accidentel et la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie accidentelle occasionnés par l'Assuré :

- S'il est sous l'emprise de boissons alcoolisées attestée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui défini par le Code de la circulation routière en vigueur au moment de l'accident,
- S'il est sous l'emprise de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales,
- Ainsi que les accidents résultants :
 - D'attentats ou d'actes de nature terroriste utilisant directement ou indirectement toute arme ou toute matière, qu'elles soient radioactives, d'origine chimique ou d'origine bactériologique ou virale,
 - De l'action directe ou indirecte de tout agent biologique.

Votre interlocuteur AXA

Entreprise Responsable, AXA France développe depuis plusieurs années des produits d'assurance à dimension sociale et environnementale.

* Ces services sont des preuves de nos engagements : rendre vos démarches plus simples et plus claires, vous conseiller dans la durée, vous apporter une présence engagée dans les moments clés et être en permanence à votre écoute.

Avec **AXA** *Votre* **SERVICE**, nous vous apportons en plus de vos garanties, des services pour vous faciliter la vie.

En savoir plus sur entreprise.axa.fr