CONDITIONS 2026

www.assur-travel.fr

Contrat d'assurance collectif à adhésion facultative
REGIME DE PREVOYANCE
N° A 4916.0006 - ASPI

Les Garanties Prévoyance des Impatriés

Notice d'information



Expatriés Prévoyance SwissLife
Réf. A4916.0006

Votre adhésion est constituée par les présentes Dispositions Générales valant Notice d'information et de votre certificat d'adhésion.

assur-travel
Partenaire de votre mobilité

22/01/2026

Les Garanties Prévoyance des Impatriés

A4916.0006

SOMMAIRE

DEFINITIONS 3

I. LE CONTRAT 4

ARTICLE 1 OBJET DU CONTRAT 4
ARTICLE 2 CONDITIONS D'ADHESION DU CONTRAT 4
ARTICLE 3 ADMISSION A L'ASSURANCE 4
ARTICLE 4 PRISE D'EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DE VOTRE ADHESION - PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES 4
ARTICLE 5 CHOIX ET MODIFICATION DES GARANTIES 4
ARTICLE 6 CESSATION DE VOTRE ADHESION ET DE VOS GARANTIES 5
ARTICLE 7 CALCUL DE VOTRE COTISATION 5
ARTICLE 8 PAIEMENT DE VOTRE COTISATION 5
ARTICLE 9 DECLARATIONS ET COMMUNICATIONS 5
ARTICLE 10 RENONCIATION A L'ADHESION 6
ARTICLE 11 PRESCRIPTION LEGALE 6
ARTICLE 12 EXAMENS DES RECLAMATIONS - MEDIATION 7
ARTICLE 13 DROIT DE COMMUNICATION ET DE RECTIFICATION 7

II. DECES TOUTES CAUSES 7

ARTICLE 1 OBJET DE LA GARANTIE 7
ARTICLE 2 LES BENEFICIAIRES DE LA GARANTIE 7
ARTICLE 3 DECLARATION DU SINISTRE - VERSEMENT DU CAPITAL ASSURE 7
ARTICLE 4 CESSATION DE LA GARANTIE 8
ARTICLE 5 LES RISQUES EXCLUS 8

III. PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE 9

ARTICLE 1 OBJET DE LA GARANTIE 9
ARTICLE 2 DECLARATION DU SINISTRE - VERSEMENT DU CAPITAL ASSURE 9
ARTICLE 3 CESSATION DE LA GARANTIE 9
ARTICLE 4 LES RISQUES EXCLUS 9

IV. INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL INVALIDITE PERMANENTE 10

ARTICLE 1 OBJET DE LA GARANTIE 10
ARTICLE 2 MONTANT DES PRESTATIONS 10
ARTICLE 3 REVALORISATION 11
ARTICLE 4 DECLARATION DU SINISTRE 11
ARTICLE 5 CONTROLE - EXPERTISE 11
ARTICLE 6 PAIEMENT DES PRESTATIONS 11
ARTICLE 7 REPRISE DU TRAVAIL - RECHUTE 12
ARTICLE 8 CESSATION DE LA GARANTIE 12
ARTICLE 9 LES RISQUES EXCLUS 12

V. EXONERATION 13

ARTICLE 1 DEFINITION DE LA GARANTIE 13
ARTICLE 2 REPRISE DU TRAVAIL - RECHUTE 13
ARTICLE 3 CESSATION DE LA GARANTIE 13

La Notice d'information est un document qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre. Elle doit obligatoirement être établie par l'Assureur, puis fournie par l'Association souscriptrice aux Adhérents (article L.141-4 du Code des assurances).

Le Contrat « **Assur Travel Santé** » a été conclu par :

Association Santé Prévoyance Internationale
Zone Actiburo - 99 rue Parmentier - 59650 Villeneuve d'Ascq - France

l'**Association**

il a été souscrit auprès de :

SwissLife Prévoyance et Santé
Siège social : 7 rue Belgrand - 92 300 Levallois-Perret - FRANCE
SA au capital de 150 000 000 € - 322.215.021 RCS Nanterre
Société régie par le Code des assurances

l'**Assureur**

et

SwissLife Assurance et Patrimoine
Siège social : 7 rue Belgrand - 92 300 Levallois-Perret - FRANCE

Autorité chargée du contrôle des assurances :

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.)
4 place de Budapest CS 92459 75436 Paris cedex 09 - FRANCE

DÉFINITIONS

Accident :

toute atteinte corporelle indépendante de la volonté de l'Assuré et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Vous/Adhérent :

personne physique membre de l'Association qui adhère au Contrat, en paie la cotisation, et bénéficie des garanties.

Assuré :

personne physique mentionnée sur le Certificat d'adhésion pour laquelle une cotisation est réglée par l'Adhérent et sur laquelle repose le risque. Il s'agit de l'Adhérent.

Association :

« Association Santé Prévoyance Internationale » (ASPI) est l'association (relevant de la loi de 1901) ayant souscrit le Contrat d'assurance collectif à adhésion facultative qui offre la possibilité à ses Adhérents de bénéficier des garanties du Contrat.

Bénéficiaire :

le Bénéficiaire du capital Décès est celui que vous avez désigné dans la Clause bénéficiaire ou à défaut, dans la clause type figurant dans votre bulletin d'adhésion.

C.F.E. :

Caisse des Français de l'Etranger.

Certificat d'adhésion :

ce document précise les garanties qui vous sont accordées par le Délégataire, ainsi que les données vous concernant.

Contrat :

c'est le contrat d'assurance collectif à adhésion facultative Assur Travel Prévoyance, souscrit par l'Association Santé Prévoyance Internationale (« ASPI ») et régi par la loi française et par les Conditions générales et particulières.

Délégataire :

tierce partie mandatée par l'Assureur et/ou par l'Association pour gérer les différentes tâches de gestion qui lui ont été confiées. Dans le cadre du Contrat, le Délégataire de l'Assureur et du Souscripteur est GAPI : 99 rue parmentier - 59650 Villeneuve d'Ascq, France, SAS au capital de 55.000 € - RCS PARIS 490 676 228, N° ORIAS 10056960.

Expatrié :

Vous, Adhérent de l'Association qui résidez hors de votre pays de nationalité (hors déplacements privés ou professionnels de moins de 90 jours consécutifs dans un autre pays que celui d'expatriation).

Franchise :

période ininterrompue d'arrêt de travail à l'issue de laquelle l'Assureur vous verse une indemnité journalière.

I.T.T. :

Incapacité Temporaire Totale de Travail

PACS :

Pacte Civil de Solidarité au sens des articles 515-1 et suivants du Code civil.

Pays d'expatriation :

pays dans lequel vous résidez conformément à la définition d'Expatrié. Votre pays de nationalité ne peut coïncider avec votre Pays d'expatriation.

PTIA :

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Questionnaire médical :

document retraçant vos antécédents médicaux pour permettre au Médecin conseil du Délégataire d'évaluer le risque en matière de santé que vous représentez. Il doit dater de moins de 60 jours à la date de votre adhésion.

Risques pouvant être couverts :

il s'agit des risques Décès toutes causes, PTIA, Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente.

Salaire de base :

il correspond à votre rémunération globale brute annuelle.



I. LE CONTRAT

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

Le Contrat « **Assur Travel Prévoyance** » a pour objet de vous garantir la couverture des risques Décès toutes causes, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Incapacité Temporaire Totale de Travail (I.T.T.) et Invalidité Permanente, dans la limite du niveau de garantie que vous avez choisi.

Ces prestations sont versées, dans les limites définies par la présente notice d'information, en complément des prestations de la C.F.E. ou de la Sécurité sociale française ou, si ce n'est pas le cas, au premier Euro.

ARTICLE 2 - CONDITIONS D'ADHESION AU CONTRAT

Pour pouvoir adhérer au Contrat souscrit par l'Association, vous devez réunir les conditions cumulatives suivantes :

- être âgé de 18 ans à moins de 65 ans au jour de votre adhésion ;
- être de nationalité différente de celle de votre Pays d'expatriation ;
- vous être acquitté des droits d'adhésion auprès de l'Association pour en être membre.

Et en plus, pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail - Invalidité Permanente (partie IV) :

- être salarié.

ARTICLE 3 - ADMISSION A L'ASSURANCE

3.1 A la mise en place de votre adhésion, vous devez transmettre au Délégataire :

- le **bulletin d'adhésion** rempli et signé par vos soins ;
- le **Questionnaire médical** datant de moins d'un mois avant la date d'effet souhaitée, rempli et signé par vos soins. Il doit être transmis sous pli confidentiel au Médecin conseil du Délégataire ;
- le **certificat d'affiliation à la C.F.E. ou à la Sécurité sociale française** lorsque la garantie est souscrite en complément de l'un de ces organismes.

Le Délégataire peut vous demander la transmission de tout complément d'information qu'il jugerait utile pour l'étude du votre dossier et pour l'appréciation du risque.

L'ensemble des documents fournis au Délégataire constitue votre **Dossier d'adhésion**.

3.2 Vous êtes tenu d'aviser le Délégataire, par écrit, de tout changement d'adresse, de Pays d'expatriation et/ou de statut. **Les déclarations et communications formulées durant votre adhésion n'ont d'effet que si elles sont parvenues par écrit au Délégataire.**

3.3 Après étude de votre **Dossier d'adhésion**, le Délégataire vous notifiera son acceptation par l'émission d'un **Certificat d'adhésion** mentionnant la date d'effet de votre adhésion et des garanties, vos nom et prénom(s), le niveau de garantie choisi, la Franchise choisie le cas échéant, votre Pays d'expatriation, l'affiliation auprès de la C.F.E. ou de la Sécurité sociale française le cas échéant, ainsi que le montant de votre cotisation.

En fonction des résultats de la **sélection médicale**, le Délégataire se réserve la possibilité :
- d'appliquer le cas échéant une surprime au montant de votre cotisation ;
- de refuser votre adhésion. Dans ce cas, le Délégataire vous notifiera son refus par lettre recommandée avec avis de réception dans le mois de la réception du Dossier d'adhésion.

ARTICLE 4 - PRISE D'EFFET, DUREE ET RENOUVELLEMENT DE VOTRE ADHESION - PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES

4.1 Votre adhésion

Votre adhésion prend effet à compter de la date indiquée sur votre Certificat d'adhésion. Elle commence au plus tôt le premier jour suivant la date de réception du Dossier d'adhésion complet par le Délégataire, sous réserve dans tous les cas :

- de l'acceptation de votre adhésion suite à la sélection médicale ;
- du paiement intégral de votre première cotisation ;
- de l'acceptation de la surprime vous ayant été proposée par le Délégataire le cas échéant ;
- de l'ouverture des droits à la C.F.E. le cas échéant.

Votre adhésion prend effet jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an.
Toutefois, vous avez la faculté de résilier votre adhésion au Contrat lors du renouvellement annuel de votre adhésion par lettre recommandée envoyée au Délégataire, au moins deux mois avant la date d'échéance. De plus, en cours d'adhésion, si vous devez être affilié à un régime obligatoire dans votre Pays d'expatriation, vous avez la possibilité de résilier votre adhésion au Contrat par l'envoi au Délégataire d'une lettre recommandée ainsi que tout document justifiant de l'affiliation obligatoire à ce régime.

4.2 Les garanties que vous avez choisies

Les garanties du Contrat que vous avez choisies prennent effet à la date de votre adhésion (paragraphe 4.1 ci-dessus). **L'Assureur versera les prestations garanties uniquement à la suite du Décès, de la PTIA, de l'I.T.T. ou de l'Invalidité Permanente intervenu à partir de la date de prise d'effet des garanties et pour la durée de la période de couverture du Contrat.**

ARTICLE 5 - CHOIX ET MODIFICATION DES GARANTIES

5.1 Vous choisissez dans votre bulletin d'adhésion le montant du capital Décès souhaité, conformément aux dispositions de la partie II.

En complément du capital Décès choisi, vous pouvez opter pour une garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail – Invalidité Permanente. Vous choisissez dans votre bulletin d'adhésion la Franchise et le montant de l'indemnité journalière conformément aux dispositions de la partie IV.

5.2 Vous pouvez changer le niveau de garantie antérieurement choisi à chaque renouvellement annuel de votre adhésion sous réserve de remplir les conditions cumulatives suivantes :

- avoir adhéré au Contrat « Assur Travel Prévoyance » pendant au moins un an ;
- respecter les modalités de choix définies par le Contrat ;
- accomplir à nouveau les formalités médicales s'il s'agit d'une augmentation du niveau de garantie.

Pour changer votre niveau de garantie, vous devez en faire la demande par l'envoi d'un nouveau bulletin d'adhésion au Délégataire au moins deux mois avant le renouvellement annuel de votre adhésion.

La tarification du nouveau niveau de garantie vous est applicable au renouvellement de votre adhésion, sous réserve le cas échéant, de l'acceptation médicale de votre demande.

ARTICLE 6 - CESSATION DE VOTRE ADHESION ET DE VOS GARANTIES

Votre adhésion et vos garanties cessent :

- **à la prochaine échéance de cotisation en cas de résiliation du Contrat ;**
- **en cas de résiliation de votre adhésion lors du renouvellement annuel (article 4.1-I) ;**
- **au jour de votre retour définitif dans votre pays d'origine ;**
- **en cas de non-paiement de votre cotisation (article 8-I) ;**
- **au jour de la réception par le Délégataire d'une lettre indiquant que vous souhaitez résilier votre adhésion dans le cadre de votre droit de renonciation (article 10-I) ;**
- **à la date de votre décès ;**
- **lorsque l'Assureur vous a versé le capital prévu en cas de Décès toutes causes, par avance, en cas de PTIA ;**
- **dès que vous ne respectez plus une des conditions d'adhésion au Contrat (article 2-I) ;**
- **lorsque vous liquidez la pension dans un régime d'assurance vieillesse et au plus tard lorsque vous avez atteint l'âge fixé en application de l'article L. 351-8 du Code de la sécurité sociale ;**
- **en cas d'affiliation à un régime obligatoire du Pays d'expatriation (article 4.1-I).**

ARTICLE 7 - CALCUL DE VOTRE COTISATION

7.1 Si vous adhérez temporairement, ou en cas de départ intervenu en cours d'année, le montant de votre cotisation sera ajusté prorata temporis et la cotisation relative à votre dernier mois d'adhésion est due pour le mois entier. Toutefois, en cas de cessation de l'adhésion et des garanties due à au retour définitif dans votre pays d'origine, la cotisation relative à la dernière échéance est due uniquement jusqu'au jour du retour définitif dans votre pays d'origine.

7.2 Les conditions tarifaires sont établies en fonction :

- du niveau de garantie que vous avez choisi ;
- de votre tranche d'âge ;
- de la Franchise lorsque vous choisissez l'option indemnités journalières en cas d'I.T.T. - Invalidité Permanente ;
- de l'application d'une surprime, le cas échéant, suite à la sélection médicale.

7.3 L'âge pris en compte pour le calcul de la cotisation est le vôtre au jour de l'appel de la cotisation.

Le Délégataire se réserve le droit d'adapter le montant de votre cotisation le 1er avril de chaque année en fonction de la modification de la législation et de l'ensemble des résultats techniques du Contrat souscrit auprès de l'Assureur.
En cas de modification, le nouveau montant de votre cotisation vous sera applicable à la prochaine échéance de cotisation.

ARTICLE 8 - PAIEMENT DE VOTRE COTISATION

8.1 Vous êtes responsable du versement de votre cotisation à l'Association ou à son Délégataire. La cotisation est payable par avance uniquement en Euro (€) par chèque, par virement bancaire, par carte bancaire sur le site internet sécurisé indiqué par le Délégataire, ou par prélèvement automatique sur votre compte bancaire ou postal, trimestriellement, semestriellement ou annuellement selon le fractionnement et les modalités choisies sur votre bulletin d'adhésion. **Les frais bancaires restent à votre charge exclusive.**

Conformément à l'article L. 141-3 du Code des assurances, l'Association ou son Délégataire peut vous exclure du bénéfice du Contrat si vous cessez de payer votre cotisation. L'exclusion interviendra au terme d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi, par l'Association d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que 10 jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées.

Lors de la mise en demeure, l'Association vous informe qu'à l'expiration du délai de 40 jours, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner la résiliation de votre adhésion. Cette exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations que vous avez versées antérieurement.

8.2 Vous supportez tout impôt, charge et taxe, présents et futurs, applicables soit aux cotisations, soit aux sommes dues ou à devoir.

8.3 Les cotisations relatives à l'affiliation à la C.F.E. doivent être réglées directement à la C.F.E.

8.4 La cotisation est due jusqu'à la date de fin de votre adhésion. Après résiliation de votre adhésion, tout paiement de cotisation, qu'il soit total ou partiel, ne constituera qu'une régularisation de votre compte client et ne pourra, sauf demande expresse de votre part acceptée par courrier du Délégataire, constituer une remise en vigueur tacite des garanties prévues par le Contrat.

ARTICLE 9 - DECLARATIONS ET COMMUNICATIONS

9.1 Conformément à l'article L. 113-8 du Code des assurances, votre adhésion au Contrat est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part, quand cette réticence ou fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, quand bien même le risque omis ou dénaturé aurait été sans influence sur le sinistre.

9.2 Conformément à l'article L. 113-9 du Code des assurances :

- **l'omission ou la déclaration inexacte non intentionnelle de votre part avant la survenance du sinistre entraîne soit le maintien de l'adhésion moyennant une augmentation de la cotisation, soit la résiliation de l'adhésion au Contrat 10 jours après la notification adressée par le Délégataire par lettre recommandée ;**
- **l'omission ou la déclaration inexacte non intentionnelle de votre part après la survenance du sinistre entraîne une réduction de l'indemnité en proportion du montant des cotisations payées par rapport au montant des cotisations qui aurait été dû si les risques avaient été correctement déclarés.**

9.3 En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part, les cotisations que vous avez versées restent acquises à l'Assureur à titre de dommages et intérêts, au visa de l'article L. 113-8 alinéa 2 du Code des assurances.

ARTICLE 10 - RENONCIATION A L'ADHESION

Vous pouvez résilier votre adhésion au Contrat en exerçant votre droit de renonciation dans le cadre et dans les conditions des articles suivants :

10.1 L'article L.112-9 premier alinéa du Code des assurances dispose que : *« Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un Contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du Contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. (….) Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du Contrat, l'adhérent ne peut plus exercer ce droit à renonciation ».*

Il vous est conseillé si vous souhaitez user de votre droit de renonciation de rédiger votre lettre comme suit :

Je soussigné(e) *(Nom et Prénom(s) de l'Adhérent),* demeurant à *(domicile principal),* déclare renoncer à mon adhésion au Contrat Assur Travel Prévoyance n° A 4916 0006 *(complété de votre numéro d'adhésion),* que j'ai signée le *(JJ/MM/AAAA*).
(Si des cotisations ont été perçues) Je vous prie de me rembourser les cotisations versées, dans les conditions prévues par l'article L. 112-9 du Code des assurances, déduction faite de la cotisation imputable au prorata de la période de garantie.
(En cas de commercialisation à distance) Je m'engage, pour ma part, à rembourser le montant des prestations qui ont pu m'être versées.

A ……, Le…… Signature de l'Adhérent

Conséquences en cas d'exercice du droit de renonciation dans le cadre de l'article L. 112-9 du Code des assurances :
L'exercice du droit de renonciation entraîne la résiliation de l'adhésion au Contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée. Néanmoins, dès lors que vous avez connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du Contrat, vous ne pouvez plus exercer ce droit de renonciation.
En cas de renonciation, le Délégataire procèdera au remboursement des cotisations dans le délai de trente jours suivant la date de résiliation, déduction faite du montant correspondant à la durée pendant laquelle l'adhésion a effectivement produit ses effets. L'intégralité de la prime reste due au Délégataire si vous exercez votre droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie de l'adhésion et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

10.2 En cas d'exercice du droit de renonciation dans le cadre des articles L. 112-2-1 du Code des assurances et L. 121-20-8 du Code de la consommation (vente ou prestation de services à distance) :

En contrepartie de l'exécution immédiate et intégrale de l'adhésion avant l'expiration de ce délai de rétractation, la cotisation dont vous êtes redevable est égale au prorata de la cotisation annuelle pour la période écoulée entre la date d'effet prévue lors de la conclusion de l'adhésion et l'éventuelle date de réception de la rétractation.
Si des prestations ont été versées, vous vous engagez à rembourser au Délégataire les montants perçus dans un délai de 30 jours.
Si des cotisations ont été perçues, le Délégataire les remboursera, déduction faite de la cotisation au prorata de la période de garantie dans un délai de 30 jours.

ARTICLE 11 - PRESCRIPTION LEGALE

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent Contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des assurances :

Délai de prescription
Article L.114-1 du Code des assurances
Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.
Toutefois, ce délai ne court :
1) En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
2) En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.
La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.
Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2e alinéa ci-dessus, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Causes d'interruption de la prescription
Article L.114-2 du Code des assurances
La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Caractère d'ordre public de la prescription
Article L.114-3 du Code des assurances
Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Causes ordinaires d'interruption de la prescription :
Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L. 114-2 précité sont celles prévues selon les termes et conditions des articles suivants du Code civil :

Reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait
Article 2240 du Code civil
La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Demande en justice
Article 2241 du Code civil
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 du Code civil
L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil
L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Mesure conservatoire et acte d'exécution forcée
Article 2244 du Code civil
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.

Etendue de la prescription quant aux personnes

Article 2245 du Code civil

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 du Code civil

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

ARTICLE 12 - EXAMENS DES RECLAMATIONS - MEDIATION

Premier contact : votre interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant le Contrat, dans un premier temps, vous êtes invités à prendre contact avec votre interlocuteur habituel (intermédiaire commercial ou service clients).

Le service réclamations du délégataire peut être contacté par email à l'adresse suivante : reclamation@gapigestion.com ou par courrier postal adressé à :
GAPI - Service réclamations
Zone d'Activité Actiburo - 99 rue Parmentier - 59650 Villeneuve d'Ascq

Deuxième contact : le service réclamations

Si un désaccord persiste, vous pouvez intervenir auprès du service réclamations : Service Réclamations Direction de la Relation Délégataires et des Contrôles : SwissLife Prévoyance et Santé,
Direction de la Relation Délégataires et des Contrôles, Service Réclamations, 7 rue Belgrand 92682 LEVALLOIS CEDEX.

La Médiation de l'Assurance peut également être saisie, après l'écoulement d'un délai de 2 mois qui suit l'envoi de votre première réclamation, en remplissant le formulaire accessible depuis le site https://www.mediation-assurance.org, ou à l'adresse suivante :
La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

La Médiation de l'Assurance ne peut être saisie si une action contentieuse a été ou est engagée. Le médiateur de l'assurance exerce sa mission en toute indépendance.

ARTICLE 13 - DROIT DE COMMUNICATION ET DE RECTIFICATION

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données à caractère personnel, Swiss Life et ASSUR TRAVEL sont les responsables de traitement au titre du Contrat.
Les données collectées sont utilisées par Swiss Life et par ASSUR TRAVEL :

- Pour la passation, la gestion et l'exécution de ce contrat ;
- Pour être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'application des obligations réglementaires et la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance ;
- Pour, éventuellement, être croisées afin d'améliorer nos produits, d'évaluer la situation de l'Assuré ou la prédire et personnaliser les offres qui pourront lui être proposées.

Les données relatives aux Assurés sont également transmises aux mandataires, partenaires, sous-traitants et réassureurs ou organismes habilités des responsables de traitement pour les besoins de ces opérations.
Les Assurés disposent d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité des données les concernant. Ils ont également la possibilité de définir des directives relatives au sort de leurs données après leur décès ou de choisir d'en limiter l'usage. Si l'Assuré a consenti de manière expresse à certaines utilisations de ses données, il peut retirer ce consentement à tout moment sous réserve que le traitement ne conditionne pas l'application de son contrat.
L'Assuré peut s'opposer au traitement de ses données pour un motif légitime.
L'Assuré également s'opposer à recevoir par SMS et mail des offres commerciales de la part des responsables de traitement pour des services et produits analogues.
Pour l'ensemble des demandes relatives à ces droits, l'Assuré peut s'adresser au délégué à la protection des données d'ASSUR TRAVEL pour exercer ses droits par email : dpo@assur-travel.fr ou par courrier à ASSUR TRAVEL à l'attention du DPO, 99 rue Parmentier - Zone Actiburo – 59650 Villeneuve d'Ascq.
Les demandes médicales doivent être libellées à l'attention du médecin-conseil.
L'Assuré peut également écrire à notre Délégué à la Protection des Données (DPO) : 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret (DPOswisslife@swisslife.fr).
Concernant les données collectées et traitées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'Assuré peut s'adresser directement auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (https://www.cnil.fr/).
La politique de protection des données à caractère personnel reflète les valeurs essentielles de Swiss Life : l'attention, la sérénité et la fiabilité. Pour plus d'informations : http://www.swisslife.fr/Protection-des-donnees. Nous pourrons l'expédier gratuitement à la demande de l'assuré à l'adresse indiquée dans ce contrat.

II. DÉCÈS TOUTES CAUSES

ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie Décès toutes causes a pour objet de verser au(x) Bénéficiaire(s) que vous avez désigné(s), lors de votre décès, le capital Décès que vous avez choisi.

Vous choisissez le montant du capital Décès par tranche de 30 000 € :

- dans la limite de 90 000 € si vous n'êtes pas salarié ;
- dans la limite de 300% de votre Salaire annuel brut, avec un maximum de 300 000 €, si vous êtes salarié.

Le montant du capital choisi est indiqué sur votre Certificat d'adhésion.

ARTICLE 2 - LES BENEFICIAIRES DE LA GARANTIE

2.1 Vous désignez le(s) Bénéficiaire(s) dans votre bulletin d'adhésion, par acte sous seing privé ou par acte authentique conformément à l'article L. 132-9 II du Code des assurances. Cette désignation peut être modifiée à tout moment, tant que le(s) Bénéficiaire(s) n'a/n'ont pas accepté le bénéficie du capital dans les conditions de l'article susvisé.

Dans tous les cas, vous devez envoyer au Délégataire une lettre recommandée datée et signée l'informant de cette nouvelle désignation. **Toute désignation ou changement de désignation non portée à la connaissance de l'Assureur ou de son Délégataire est inopposable à l'Assureur.**

2.2 A défaut de désignation d'un Bénéficiaire, ou si cette désignation résulte être caduque, le bénéfice du capital est attribué, par ordre de préférence :

- à votre conjoint non séparé de corps judiciairement ;
- à défaut, à votre partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité ;
- à défaut, par parts égales entre eux, à vos enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés ;
- à défaut, à vos père et mère, par parts égales entre eux, ou au survivant d'entre eux ;
- à défaut, à vos héritiers.

2.3 Afin d'éviter tout risque d'homonymie et pour faciliter la recherche du/des Bénéficiaire(s) désigné(s), vous devez indiquer, pour chaque Bénéficiaire, toutes précisions permettant son identification exacte, notamment ses nom et prénom(s), date et lieu de naissance. En cas de pluralité de Bénéficiaires, vous devez également veiller à répartir le pourcentage de capital entre les différents Bénéficiaires.

L'ouverture du droit des Bénéficiaires au capital garanti est subordonnée à leur existence le surlendemain du jour de votre décès.

ARTICLE 3 - DECLARATION DU SINISTRE ET VERSEMENT DU CAPITAL ASSURE

3.1 Déclaration du sinistre
Votre décès doit être déclaré à l'Assureur, par le(s) Bénéficiaire(s), le représentant légal le cas échéant ou par le Souscripteur dès qu'il en a connaissance.

3.2 Pièces justificatives
Dans tous les cas les pièces justificatives, traduites et validées par les services consulaires à remettre à l'Assureur pour le versement de la prestation sont :

- l'extrait du registre des actes de décès ;
- un certificat médical indiquant la cause du décès, à défaut l'indication de cette cause telle qu'elle a été portée à la connaissance des ayants droit ;
- le livret de famille à jour comportant la mention de votre décès et les mentions marginales habituelles ;
- l'extrait d'acte de naissance du Bénéficiaire ;
- la copie recto verso de la carte nationale d'identité ou du passeport du Bénéficiaire en cours de validité ;
- l'attestation de salaire du ou des employeur(s) reprenant les éléments de salaire des douze derniers mois soumis à cotisation séparant d'une part le salaire brut et d'autre part les Gratifications ;
- l'acte de notoriété le cas échéant ;
- l'attestation sur l'honneur de non séparation de corps du conjoint ou la convention de PACS enregistrée au Greffe du Tribunal d'Instance du domicile commun du partenaire s'il est bénéficiaire ;
- les justificatifs de vos Enfants à charge lorsque le montant de la prestation dépend de votre situation familiale au jour de votre décès.

Et en plus en cas de Décès accidentel uniquement :

- un certificat médical du médecin ayant constaté votre décès, précisant qu'il s'agit d'un Décès accidentel ne résultant pas d'un risque exclu (article 5 du Titre III) ;
- le cas échéant tous documents précisant la cause et les circonstances de l'Accident ayant entrainé votre Décès accidentel (coupure de journaux, rapport de police, procès-verbal de gendarmerie).

3.3 Complément d'information
L'Assureur se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'il jugerait nécessaire et de vérifier que votre décès ne résulte pas d'un risque exclu.

3.4 Versement du capital.

3.4.1 Revalorisation du capital
Le capital prévu en application des conditions particulières est revalorisé suivant les disposition de l'article R.132-3-1 du Code des assurances jusqu'au lendemain de la réception des pièces nécessaires à l'exécution du contrat, mentionnées ci-avant, ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt de cette somme à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L132-27-2 du Code des assurances.

3.4.2 Délai de versement
Le versement de la prestation par l'Assureur est effectué en Euro (€) au(x) Bénéficiaire(s) dans les trente jours suivant la date de réception des pièces justificatives.

ARTICLE 4 - CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie Décès toutes causes prend fin quand les garanties que vous avez souscrites cessent conformément à l'article 6-I.

ARTICLE 5 - LES RISQUES EXCLUS

La garantie Décès toutes causes ne s'applique pas pour l'un des motifs suivants :

- **Le suicide de l'Assuré : aucune prestation d'assurance n'est exigible si l'Assuré se donne volontairement la mort, consciemment ou inconsciemment, au cours de la première année d'assurance acquise dans le Contrat et, éventuellement dans le précédent régime d'assurance Décès comportant des garanties similaires à celles choisies par l'assuré. En cas d'augmentation des garanties en cours d'adhésion, le risque de suicide, pour les garanties supplémentaires est couvert à compter de la deuxième année qui suit cette augmentation ;**
- **Le décès de l'Adhérent occasionné par le(s) Bénéficiaire(s) : la garantie cesse de produire ses effets à l'égard du/des Bénéficiaire(s) lorsqu'il(s) a/ont volontairement donné ou provoqué la mort de l'Adhérent. Le capital garanti est alors reporté sur le Bénéficiaire suivant dans l'ordre de la désignation ou de la clause type figurant dans le bulletin d'adhésion ;**
- **Le risque d'aviation et de tout sport aérien : les risques résultant d'un Accident de navigation aérienne ne sont couverts que si la personne assurée se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet et une licence non périmée, ce pilote pouvant être la personne assurée elle-même.**
Les matches, paris, courses, acrobaties aériennes, records, tentatives de records ou essais préparatoires ainsi que les essais de réception sont exclus de la garantie.
Est assimilée à la navigation aérienne, l'utilisation :
- d'Ultras Légers Motorisés (ULM),
- d'ailes volantes (delta plane) et de parachutes pour autant que ces appareils soient en conformité avec les normes existantes ;
- **Le risque de guerre : la couverture du risque de guerre ne pourra être accordée que dans les conditions qui seront déterminées par la législation française à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre. Par guerre on entend tout conflit armé se déroulant sur le territoire français ou dans lequel la France est une des parties belligérantes ;**
- **Risque sanitaire grave : la garantie cesse ses effets lorsque les personnes assurées n'observent pas, plus de 10 jours après la diffusion des conseils par les autorités consulaires Française auprès de ses ressortissants ou par l'Organisation Mondiale de la Santé suite à un risque sanitaire grave (classement en Urgence de Santé Publique de Portée Internationale USPPI), les recommandations éventuelles de rapatriement décidées par l'Organisation Mondiale de la Santé.**
Cette exclusion n'est pas opposable dans le cas où les autorités locales compétentes restreignent ou interdisent tout déplacement ;
- **Le décès résultant d'un Accident dans un pays exclus : le capital Décès ne sera pas versé par l'Assureur si le décès de l'Adhérent résultant d'un Accident se produit dans l'un des pays suivants : Afghanistan, Algérie, Angola, Burundi, Inde (uniquement les provinces suivantes : Jammu, Cachemire, Punjab, Rajasthan, Gujarat), Irak, Palestine, Bande de Gaza, Cisjordanie, Libéria, Libye, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Pakistan, République Centrafricaine, République Démocratique du Congo (ex - Zaïre), Rwanda, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Syrie, Tchad, Timor Oriental, Yémen.**
L'Assureur se réserve la possibilité d'actualiser la liste de ces pays exclus ci-dessus durant l'exécution du Contrat.

III. PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE

1.1 Si vous subissez une Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), l'Assureur vous versera, par anticipation, le capital Décès assuré en cas de Décès toutes causes (article 1-II).

1.2 La mise en jeu de la garantie PTIA ne peut se cumuler avec la garantie Décès toutes causes. Par conséquent, le capital Décès qui vous est versé par anticipation met fin à la garantie Décès toutes causes.

1.3 Dans tous les cas, vous êtes considéré en état de PTIA lorsque :

- vous êtes reconnu définitivement incapable de vous livrer à aucune occupation, ni à aucun travail susceptible de vous procurer gain ou profit ;
- vous êtes obligé d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante ;
- et il est établi que votre état, ayant un caractère définitif, n'est susceptible d'aucune amélioration.

Lorsque la garantie a été souscrite en complément de la C.F.E ou de la Sécurité sociale française, vous devez également avoir été classé par l'un de ces organismes dans la 3ème catégorie d'invalidité selon la définition adoptée pour cette catégorie d'invalidité par la Sécurité sociale française, et bénéficier de la part de cet organisme d'une allocation pour tierce personne.

ARTICLE 2 - DECLARATION DU SINISTRE - VERSEMENT DU CAPITAL ASSURE

2.1 Vous devez déclarer votre état de PTIA à l'Assureur. La déclaration doit être faite par écrit, sous peine de déchéance, dans un délai de trois mois, sauf en cas d'événement de force majeure, à partir du jour où vous avez été reconnu en état de PTIA conformément à l'article 1-III.

2.2 La preuve de l'état de PTIA vous incombe. Les pièces justificatives, traduites et validées par les services consulaires, à remettre à l'Assureur sont, dans tous les cas :
- votre **Certificat d'adhésion** ;
- un **certificat médical détaillé** précisant notamment la nature de l'invalidité et la date de constatation médicale de survenance du sinistre entraînant l'invalidité ; ce certificat doit également attester que l'invalidité répond aux conditions définies à l'article 1-III et qu'elle n'est susceptible d'aucune amélioration.

De plus, si le régime que vous avez souscrit est en complément d'un régime de protection sociale de base (C.F.E. ou Sécurité sociale française) :
- la notification de la décision de cet organisme attribuant l'allocation pour assistance d'une tierce personne.

L'Assureur ou son Délégataire peut demander toute pièce justificative complémentaire qu'il jugerait nécessaire.

2.4 Le Médecin conseil de l'Assureur se réserve le droit de vérifier entre-temps que la PTIA ne résulte pas d'un risque exclu (article 4-III), et de vous soumettre, à ses frais, à expertise médicale.

2.5 Dès que le Médecin conseil a reconnu que votre état de PTIA ne relève pas d'un risque exclu, et au plus tôt six mois après la date de reconnaissance de l'état de PTIA, l'Assureur paie par anticipation, en Euro (€), le capital Décès tel que défini à l'article1.1-III.

ARTICLE 3 - CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie PTIA prend fin quand les garanties que vous avez choisies cessent conformément à l'article 6-I.

ARTICLE 4 - LES RISQUES EXCLUS

Sont exclus de la garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- **les risques exclus prévus en cas de Décès toutes causes (article 5-II) ;**
- **les invalidités provoquées volontairement ou intentionnellement, consciemment ou inconsciemment, par la personne assurée (tentative de suicide, blessures et mutilations) ainsi que les invalidités occasionnées par un accident du travail ou une maladie professionnelle.**

IV. INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL - INVALIDITÉ PERMANENTE

ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE

La garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail - Invalidité Permanente ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie obligatoire Décès toutes causes et à condition que vous soyez salarié.

1.1 Incapacité Temporaire Totale de Travail (I.T.T.)

1.1.1 Si vous êtes en état d'I.T.T, l'Assureur vous versera une indemnité journalière, à l'expiration d'une Franchise, en complément des prestations de la C.F.E., de la Sécurité sociale française ou au 1er Euro.

1.1.2 Vous choisissez votre Franchise au moment de votre adhésion dans votre bulletin d'adhésion. Vous avez le choix entre les franchises suivantes :
- **30 jours ;**
- **60 jours ;**
- **90 jours.**

Les périodes de reprise de travail à temps partiel thérapeutique indemnisées par la C.F.E. ou par la Sécurité sociale française sont prises en compte pour le calcul de la Franchise. Vous choisissez également le montant de l'indemnité journalière conformément au paragraphe 2.1 de l'article 2-IV.

1.1.3 Vous êtes considéré en état d'I.T.T. lorsque du fait d'un Accident ou d'une maladie, votre état de santé vous interdit tout travail. Lorsque la garantie est souscrite en complément de la Sécurité sociale française ou de la C.F.E., vous devez également recevoir une indemnité journalière de cet organisme au titre de cet arrêt de travail.

1.2 Invalidité Permanente

1.2.1 Si vous êtes en état d'Invalidité Permanente partielle ou totale, l'Assureur vous versera une rente d'invalidité en complément des prestations de la C.F.E., de la Sécurité sociale française ou au 1er Euro.

1.2.2 Le montant annuel de la rente entière d'invalidité est le montant que vous avez choisi pour les indemnités journalières multiplié par 360. Il sert de base au calcul de la rente d'invalidité conformément l'article 2.2-IV.

1.2.3 Vous êtes considéré en état d'Invalidité Permanente partielle ou totale lorsqu'à la suite d'une maladie ou d'un Accident ayant occasionné le versement d'indemnités journalières par l'Assureur, vous êtes dans l'impossibilité d'exercer tout ou partie de votre activité professionnelle et présentez simultanément, après consolidation de votre état de santé, une incapacité fonctionnelle et une incapacité professionnelle :

- **l'incapacité fonctionnelle** est déterminée d'après la nature de votre infirmité, votre état général, votre âge, vos facultés physiques et intellectuelles. Elle est établie selon le barème fonctionnel indicatif des incapacités de droit commun ;
- **l'incapacité professionnelle** est appréciée en fonction du taux et de la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée, des conditions d'exercice normal, des possibilités d'exercice restantes, des possibilités de reclassement dans une profession socialement équivalente et des possibilités de rééducation.

La nature et le taux d'invalidité sont fixés par le Médecin conseil du Délégataire.

Les taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle ainsi définis, le taux d'invalidité « T » est déterminé d'après le tableau suivant :

Taux d'incapacité professionnelle	Taux d'incapacité 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	47,02	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	72,69	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	89,79
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	86,18	93,22	100,00

Lorsque la garantie est souscrite en complément de la Sécurité sociale française ou de la C.F.E., vous devez également avoir été reconnu en état d'Invalidité Permanente par l'un de ces organismes.

ARTICLE 2 - MONTANT DES PRESTATIONS

2.1 Le montant de l'**indemnité journalière** versée lorsque vous êtes en état d'I.T.T. figure sur votre Certificat d'adhésion. Vous choisissez son le montant de l'indemnité journalière **entre 30 € et 150 € par tranche de 30 € dans la limite du 1000ème du montant du capital Décès** choisi (article 1-II).

2.2 Le montant annuel de la **rente entière d'invalidité en cas d'Invalidité Permanente est égal à 360 fois le montant de l'indemnité journalière souscrite** conformément au paragraphe 2.1 ci-dessus. Le montant de la rente d'invalidité versée est déterminé en fonction de cette rente entière d'invalidité et du taux d'invalidité « T » tel que défini au paragraphe 1.2.3 de l'article 1-IV :
- si le taux d'invalidité « T » est supérieur ou égal à 66%, la rente d'invalidité versée est égale à la rente d'invalidité souscrite ;
- si le taux d'invalidité « T » est compris entre 34% et 65%, la rente d'invalidité versée est égale au produit de la rente d'invalidité souscrite et du rapport entre « T » et 66% ;
- si le taux d'invalidité « T » est inférieur ou égal à 33%, aucune prestation n'est due par l'Assureur.

L'indemnité journalière et la rente d'invalidité prévues par le Contrat sont limitées de façon à ce que le cumul des prestations que vous percevez (Sécurité sociale française, C.F.E., autre régime de base, autre assurance complémentaire, salaire éventuel) n'excède pas 100% de votre Salaire annuel de base.

ARTICLE 3 - REVALORISATION

3.1 Les indemnités journalières et les rentes d'invalidité en cours de versement sont revalorisées pendant leur service sur décision de l'Assureur en fonction de l'évolution de la valeur du point de retraite du régime AGIRC, par prélèvement sur un fonds de revalorisation constitué dans le cadre du compte de pertes et profits, établi annuellement pour l'ensemble des assurances rattachées au portefeuille des «Grands Groupes de Salariés».

3.2 La revalorisation intervient dès la première variation du point de retraite du régime AGIRC qui suit le sinistre.

3.3 Les rentes en cours de service sont revalorisées dans la limite du fonds de revalorisation mentionné au paragraphe 3.1 ci-dessus.

3.4 En cas de résiliation du Contrat, la revalorisation s'arrête, les revalorisations antérieurement attribuées vous demeurant acquises.

ARTICLE 4 - DECLARATION DU SINISTRE

4.1 Vous devez déclarer par écrit au Délégataire tout arrêt de travail d'une durée excédant la période de Franchise et toute invalidité, susceptibles d'ouvrir droit aux prestations.

Nota Bene : les arrêts de travail ou les invalidités non déclarés dans les 15 jours précédant la fin de la Franchise seront considérés comme s'étant produits le jour de leur déclaration. Cette disposition intervient de façon à limiter le préjudice subi par l'Assureur, qui n'aura pas été en mesure de procéder au calcul des provisions nécessaires à la couverture du risque et de les intégrer dans ses comptes.

4.2 Au cours de l'indemnisation et au plus tard dans les deux mois qui suivent le dernier versement du Délégataire, vous devez lui indiquer par écrit votre situation :
- poursuite de l'arrêt de travail (que vous disposiez ou non des bordereaux de la Sécurité sociale française ou de la C.F.E.) ;
- reprise du travail ou instance de classement en invalidité.

A défaut de communication de cette information, l'indemnisation du sinistre sera automatiquement clôturée au terme des deux mois. Dans le cas où de nouveaux justificatifs d'indemnisation seraient produits au-delà de ce délai, l'Assureur se réserve le droit de considérer qu'il s'agit d'un nouveau sinistre survenu à la date de réception de ces justificatifs par ses services.
Nota Bene : cette disposition intervient de façon à limiter le préjudice subi par l'Assureur, qui n'aura pas été en mesure de procéder au calcul des provisions nécessaires à la couverture du risque et de les intégrer dans ses comptes.

4.3 La preuve de l'état d'I.T.T. ou d'Invalidité Permanente vous incombe.
Les pièces originales justificatives, traduites et validées par les services consulaires, à remettre au Délégataire sont les suivantes :

4.3.1 A l'ouverture du versement des prestations :
- la **déclaration de sinistre** intégralement complétée par vos soins et à laquelle seront joints les bordereaux d'indemnisation de la C.F.E. ou de la Sécurité sociale française le cas échéant ;
- le **certificat médical** complété par votre médecin indiquant la nature de la pathologie, la date des premiers symptômes, la durée probable de l'incapacité ou de l'invalidité, étant entendu que ce certificat médical est transmis sous pli confidentiel cacheté à l'adresse du Médecin conseil du Délégataire ;

Et en plus, **en cas d'I.T.T. ou d'Invalidité Permanente par suite d'Accident :**
- la **déclaration d'Accident** complétée par vos soins ;
- le **bulletin de situation** de l'hôpital ou de la clinique faisant apparaître vos dates d'entrée et de sortie.

4.3.2 En cours de versement des prestations :
- les **justificatifs de paiement** des prestations en espèces par la C.F.E. ou par la Sécurité sociale française au fur et à mesure de leur réception le cas échéant.

L'Assureur se réserve le droit de demander toute pièce justificative complémentaire qu'il jugerait nécessaire et notamment les documents justifiant de la perte de salaire.

4.4 Le Médecin conseil du Délégataire se réserve le droit de vérifier entre-temps que l'invalidité ou l'incapacité ne résulte pas d'un risque exclu par l'article 8-IV, et de vous soumettre à ses frais à expertise médicale.

4.5 Dès qu'il a reconnu que votre état d'incapacité ou d'invalidité ne relève pas d'un risque exclu, l'Assureur vous verse :

- en cas d'I.T.T. : le montant de l'indemnité journalière défini à l'article 2.1-IV, à l'expiration de la Franchise souscrite ;
- en cas d'Invalidité Permanente : une rente d'invalidité définie à l'article 2.2-IV.

ARTICLE 5 - CONTROLE - EXPERTISE

5.1 A tout moment, l'Assureur se réserve le droit d'envoyer un ou des médecins qu'il a mandatés afin d'aller constater votre état de santé. Ce contrôle continue à s'exercer même après la cessation du Contrat.
Afin de procéder à ce contrôle, l'Assureur se réserve le droit de vous convoquer, à ses frais, sur le territoire français.

5.2 Sauf s'il est justifié par un évènement de force majeure, tout refus de se soumettre à ce contrôle entraîne la déchéance de la garantie et l'arrêt du paiement des prestations en cours.

5.3 Lorsque le(s) médecin(s) mandaté(s) par l'Assureur constate(nt) que votre état de santé ne justifie pas un arrêt de travail, l'Assureur cesse son indemnisation à la date de la visite.

En cas de contestation, une expertise aura lieu. Chacune des parties (vous et l'Assureur) désignera à ses frais un médecin. En cas de désaccord entre eux, ceux-ci devront s'adjoindre un troisième médecin dont les honoraires seront supportés par moitié par l'Assureur et par vous.

Faute par l'une des parties de nommer son expert ou en cas de désaccord des médecins représentant les parties sur le choix du troisième médecin, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance de Paris.

ARTICLE 6 - PAIEMENT DES PRESTATIONS

6.1 Les prestations dues pour l'I.T.T. sont payables mensuellement, à terme échu, au plus tard jusqu'au 1095ème jour d'I.T.T. En tout état de cause, le paiement des prestations cesse lorsque vous liquidez votre pension dans un régime d'assurance vieillesse et au plus tard à l'âge fixé en application de l'article L. 351-8 du Code de la sécurité sociale (âge légal de la retraite à taux plein en France). Chaque paiement d'indemnités journalières est subordonné à la production d'un certificat médical mentionnant la persistance de l'I.T.T. accompagné d'une attestation sur l'honneur de non-reprise de l'activité professionnelle. Lorsque la garantie est souscrite en complément de la Sécurité sociale française ou de la C.F.E., vous devez produire les bordereaux du régime de base attestant le versement d'indemnités journalières par cet organisme.
Dans tous les cas, le versement des indemnités journalières cesse à la date de reprise du travail.

6.2 Les rentes d'invalidité sont payables trimestriellement à terme échu, et au plus tard jusqu'à ce que vous atteignez l'âge fixé en application de l'article L. 161-17-2 du Code de la sécurité sociale (âge légal de la retraite en France) ou jusqu'à l'âge fixé en application de l'article L. 351-8 du même code (âge légal de la retraite à taux plein en France) si vous exercez une activité professionnelle (en cas d'Invalidité partielle). Au moins une fois par an, vous êtes tenu de présenter un certificat médical justifiant la permanence de votre état d'invalidité. Lorsque la garantie est souscrite en complément de la Sécurité sociale française ou de la C.F.E., vous devez produire les bordereaux du régime de base attestant le versement d'une rente d'invalidité par cet organisme.

ARTICLE 7 - REPRISE DU TRAVAIL - RECHUTE

7.1 Lorsque vous avez commencé à bénéficier des prestations d'I.T.T. ou d'Invalidité Permanente, toute reprise de travail, dans la même activité que celle exercée avant l'incapacité ou l'invalidité, d'une durée inférieure à deux mois, n'entraîne qu'une suspension du paiement des prestations.

7.2 Dans ce cas, et à la condition que ce nouvel arrêt de travail soit dû à la même cause, maladie ou Accident, le versement des indemnités journalières est repris dès la rechute sur les mêmes bases, la date d'expiration contractuelle des indemnités journalières étant prolongée de la durée de reprise du travail sans toutefois que cela puisse entrainer un dépassement de l'âge limite de versement des prestation défini à l'article 6-IV.

ARTICLE 8 - CESSATION DE LA GARANTIE

Les garanties I.T.T. et Invalidité Permanente cessent quand les garanties que vous avez souscrites cessent conformément à l'article 6-I.

ARTICLE 9 - LES RISQUES EXCLUS

9.1 Sont exclus des garanties I.T.T. et Invalidité Permanente, les arrêts de travail résultant :

- **des maladies et accidents qui sont le fait volontaire de l'Adhérent ou qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilations volontaires ;**
- **des faits de guerre civile ou étrangère, d'émeute ou d'insurrection, de rixe et d'acte de terrorisme, si l'Adhérent y a pris une part active et volontaire. Il est précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel sont garantis ;**
- **d'un Accident qui se produit dans les pays suivants : Afghanistan, Algérie, Angola, Burundi, Inde (uniquement les provinces suivantes : Jammu, Cachemire, Punjab, Rajasthan, Gujarat), Irak, Palestine, Bande de Gaza, Cisjordanie, Libéria, Libye, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Pakistan, République Centrafricaine, République Démocratique du Congo (ex - Zaïre), Rwanda, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Syrie, Tchad, Timor Oriental, Yémen. L'Assureur se réserve la possibilité d'actualiser la liste de ces pays durant l'exécution du Contrat ;**
- **de blessures, lésions provenant de courses, matches ou paris, sauf compétitions sportives normales auxquelles l'Adhérent prendrait part à titre d'amateur ;**
- **de la modification de la structure du noyau atomique ;**
- **de radiations ionisantes, quelles qu'en soient la provenance et l'intensité, auxquelles serait exposé l'Adhérent, même par intermittence, en raison et au cours de son activité professionnelle ;**
- **de l'ivresse de l'Adhérent. En ce qui concerne les accidents de la circulation : lorsque l'Adhérent est le conducteur du véhicule terrestre à moteur, est exclue quelles que soient les circonstances, l'I.T.T. ou l'Invalidité Permanente consécutive à un accident survenu :**

- en état d'ivresse définie par un taux d'alcoolémie supérieur ou égal au taux légal en vigueur en France lors de l'accident ou au taux légal en vigueur dans le pays dans lequel s'est déroulé l'accident si celui-ci est inférieur;
- sous l'emprise de stupéfiants ;

- **de l'utilisation d'un Ultra Léger Motorisé (ULM), d'une aile volante ou d'un parachute ;**
- **de la pratique des activités suivantes :**

- sports mécaniques : automobile, karting, motocyclisme ;
- sports de montagne : varappe, alpinisme, saut à ski, au tremplin, bobsleigh ;
- autres sports : spéléologie, polo à cheval, saut à l'élastique, plongée sous-marine ;

- **de sciatiques, lombalgies, dorsalgies, cervicalgies (sauf celles d'origine accidentelle) ;**
- **de névroses, psychasthénies, psychonévrose et psychoses pour la garantie Invalidité Permanente ;**
- **de toute affection dont les premières constatations ont été faites antérieurement à la prise d'effet des garanties de l'Adhérent au titre du Contrat.**

9.2 Les risques de navigation aérienne sont couverts dans les mêmes conditions que pour la garantie Décès (article 5-II).

9.3 Aucune prestation n'est due pendant les périodes correspondant au congé légal ou conventionnel de maternité, de paternité(1) ou de congé sans solde, que le début de l'arrêt de travail se situe avant ou pendant le congé. Toutefois, si à l'expiration de ce congé, l'état pathologique de l'Adhérent l'empêche de reprendre son travail, les prestations sont dues, la période de Franchise étant dans ce cas décomptée à partir de l'expiration du congé.

(1) Il est convenu que le congé légal de maternité ou de paternité s'apprécie par référence à celui des salariés selon le régime de base de la Sécurité sociale française.

V. EXONÉRATION

ARTICLE 1 - DEFINITION DE LA GARANTIE

1.1 Exonération du paiement des cotisations

1.1.1 Lorsque vous êtes en état d'I.T.T. ou d'Invalidité Permanente suite à une maladie ou à un Accident et que vous cessez de percevoir l'intégralité de votre salaire, vous êtes exonéré, proportionnellement à la perte de salaire, du paiement des cotisations du Contrat relatives à la garantie I.T.T. - Invalidité Permanente (IV).

Nota Bene : les cotisations relatives aux garanties Décès toutes causes (partie II) et PTIA (partie III) ne font pas partie de l'Exonération.

1.1.2 La garantie Exonération prend effet après la période de Franchise que vous avez choisie, figurant sur votre Certificat d'adhésion.

1.2 Maintien des garanties

Pour la durée de l'Exonération, les garanties Décès toutes causes/PTIA et I.T.T. - Invalidité Permanente sont maintenues dans les mêmes conditions que celles définies par le Contrat, sous réserve du paiement des cotisations pour les garanties non exonérées.

Le maintien des garanties est également assuré au-delà de la date de résiliation du Contrat pour l'I.T.T. et l'Invalidité Permanente intervenues au cours de la période de couverture du Contrat.

1.3 Pour bénéficier de l'Exonération du paiement des cotisations et du maintien des garanties, vous devez aviser le Délégataire de l'I.T.T. ou de l'Invalidité Permanente et lui adresser les documents prévus à l'article 4-IV.

1.4 La garantie n'est pas due si l'arrêt de travail résulte d'un risque exclu (article 9-IV).

ARTICLE 2 - REPRISE DU TRAVAIL - RECHUTE

2.1 Lorsque vous avez commencé à bénéficier des prestations d'Exonération, toute reprise du travail, dans la même activité que celle précédemment exercée, d'une durée inférieure à deux mois, n'entraîne qu'une suspension de l'Exonération.

2.2 Dans ce cas, et à la condition que ce nouvel arrêt de travail soit dû à la même cause, l'Exonération est reprise dès la rechute sur les mêmes bases.

ARTICLE 3 - CESSATION DE LA GARANTIE

La garantie Exonération cesse quand les garanties que vous avez souscrites cessent conformément à l'article 6-I.

CONTACTEZ NOTRE SERVICE COMMERCIAL

Pour des renseignements complémentaires :

Par téléphone :

+33 (0)3 28 04 69 85 de 9 heures à 18 heures.

Par mail :

contact@assur-travel.fr

Pour faire une demande de devis en ligne ou souscrire sur notre site :

www.assur-travel.fr

assur-travel
Partenaire de votre mobilité

ASSUR-TRAVEL - Courtier Grossiste en assurances - N° ORIAS 07030650 - www.orias.fr
Siège social : ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO - 99 Rue Parmentier - 59650 VILLENEUVE D'ASCQ - France - Tél: 03 20 34 67 48 - Fax: 03 20 64 29 17
SAS au capital de 100.000 € - RCS LILLE 451 947 378
Entreprise régie par le Code des assurances sous l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest CS 92459 75436 Paris cedex 09
et Souscripteur d'une assurance Responsabilité Civile et Garantie financière LLOYD'S INSURANCE COMPANY SA N°PIFI-202411-LLB6-100125.
Conformément aux dispositions de l'article L.520-1-II b du code des assurances, Assur-travel exerce comme courtier en assurances.
La liste des compagnies d'assurance avec lesquelles nous travaillons est à votre disposition sur simple demande.
Service réclamation : ASSUR TRAVEL- Service Réclamation - ZONE D'ACTIVITE ACTIBURO - 99 Rue Parmentier - 59650 VILLENEUVE D'ASCQ - Tél: 03 20 34 67 48
Délais de traitement des réclamations : sous 10 jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation.
SSi notre service réclamation ne vous donne pas satisfaction, vous pouvez saisir le Médiateur de l'Assurance :
par courrier simple à : LA MEDIATION de L'ASSURANCE - POLE PLANETE CSCA -TSA 50110 - 75441 PARIS cedex 09
ou par email à le.mediateur@mediation-assurance.org ou à partir du site : https://www.mediation-assurance.org/