

SwissLife Prévoyance Entreprises +

Dispositions générales du contrat prévoyance

Votre contrat en quelques mots

Votre contrat en quelques mots

Avec SwissLife Prévoyance Entreprises + vous souscrivez à un contrat d'assurance entièrement modulable pour permettre de renforcer la protection sociale de vos salariés. Il s'agit d'un contrat d'assurance collectif spécifiquement conçu pour répondre aux attentes et aux besoins des petites et moyennes entreprises, en leur apportant des solutions innovantes et personnalisées sur le risque prévoyance. Ainsi, vous pouvez composer la formule de garanties la mieux adaptée afin d'optimiser la couverture de vos salariés.

Vous trouverez ci-après un résumé des points clés du fonctionnement de votre contrat. Ce résumé et les schémas simplifiés présentés ci-après ne sauraient se substituer aux dispositions générales et n'ont pas de valeur contractuelle.

Les conditions et modalités d'application des garanties sont décrites dans les dispositions générales de votre contrat SwissLife Prévoyance Entreprises +.

I. De quoi est constitué votre contrat ?

- **Les dispositions générales** du contrat qui :
 - définissent les conditions d'application de votre contrat ;
 - exposent l'ensemble des garanties proposées et pouvant être souscrites ;
 - vous informent sur les risques non couverts par votre contrat et les modalités à respecter pour percevoir le paiement des prestations.
- **Votre demande de souscription.**
- **Une liste des salariés à affilier** ou à défaut les **bulletins individuels d'adhésion** de vos salariés à assurer.
- **Les dispositions particulières** qui précisent :
 - les garanties choisies par l'entreprise et retenues par l'assureur ;
 - le montant des prestations correspondantes ;
 - la catégorie de personnel à assurer.
- **La notice d'information** rédigée par l'assureur, ainsi que le certificat d'adhésion, que l'entreprise doit remettre personnellement à chaque salarié concerné par le contrat et qui lui précisent l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites par l'entreprise et pour lesquelles il est assuré.

II. Qui est concerné par le contrat ?

- **L'entreprise contractante** : il s'agit de la personne morale qui, au travers de son représentant dûment habilité, a souscrit le contrat au profit de ses salariés relevant de la catégorie de personnel mentionnée aux dispositions particulières.
- **L'adhérent** : il s'agit de tout membre du personnel salarié de l'entreprise relevant à titre obligatoire de la catégorie objective de personnel à assurer au profit de laquelle est souscrit le contrat. Le mandataire social de l'entreprise peut, dans certains cas, bénéficier de ce contrat et avoir, par conséquent, la qualité d'adhérent.
- **L'assureur** : il s'agit de la société d'assurance qui garantit les risques souscrits.

Pour votre contrat, l'assureur est SwissLife Assurance et Patrimoine pour l'ensemble des garanties. L'ensemble des actes de gestion relatifs au présent contrat est effectué par SwissLife Prévoyance et Santé en tant que société apéritrice.

III. Quelles conditions vos salariés doivent-ils réunir pour s'affilier au contrat SwissLife Prévoyance Entreprises + ?

1	2	3	4
Bénéficier d'un contrat de travail en vigueur. Si le contrat de travail est suspendu, le (la) salarié(e) sera couvert(e) selon les conditions convenues avec l'assureur.	Appartenir à la catégorie de personnel à assurer.	Être affilié(e) à un régime obligatoire de la Sécurité sociale.	Être déclaré(e) à l'assureur par l'intermédiaire de votre conseiller commercial <i>via</i> : – la liste des salariés à affilier ; – ou à défaut le(s) bulletin(s) individuel(s) d'adhésion.

Pour en savoir plus sur les conditions et les modalités d'application, référez-vous au chapitre 2 des dispositions générales.

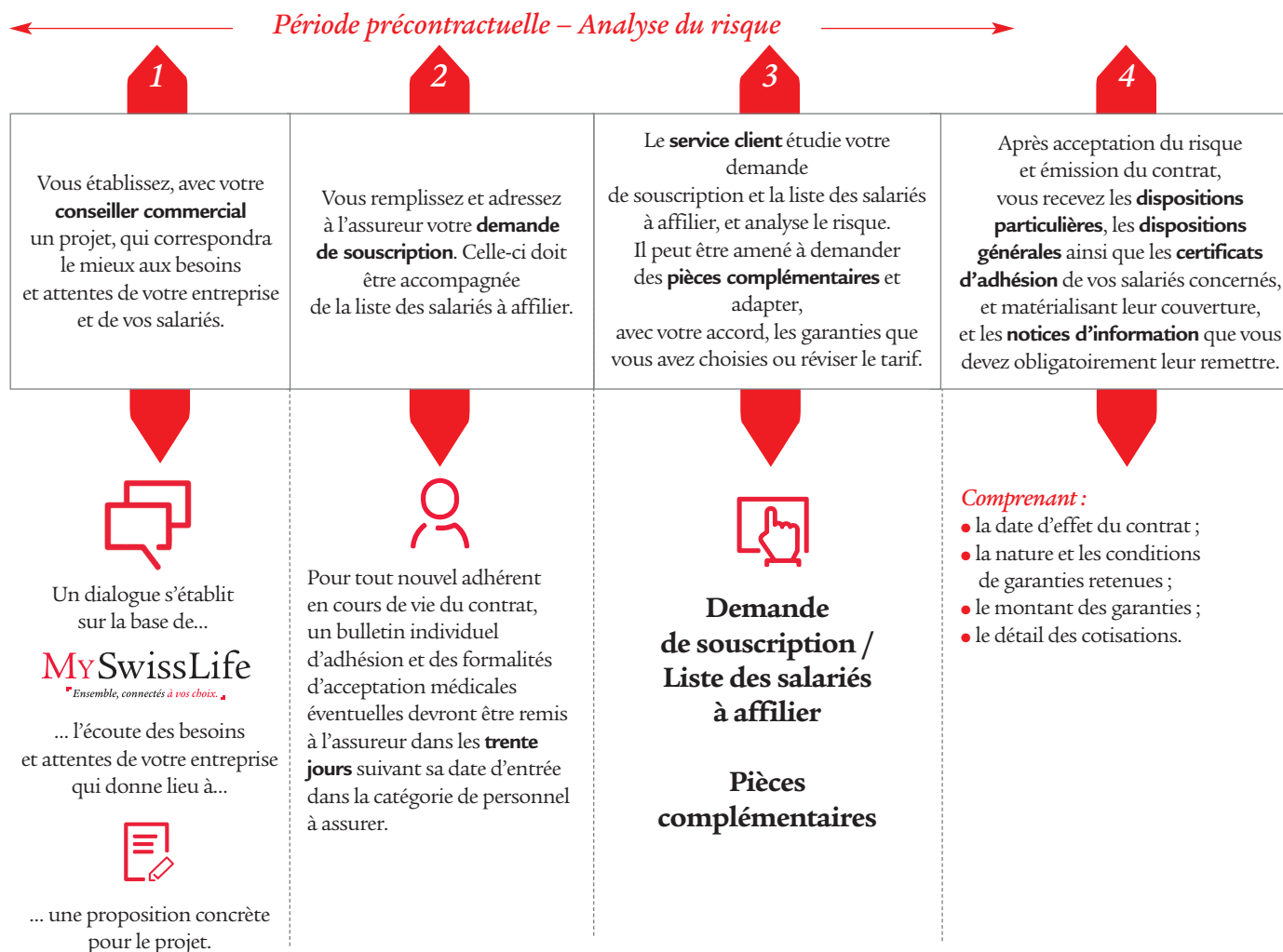
IV. Quelles sont les garanties SwissLife Prévoyance Entreprises + qui vous sont proposées ?

Les garanties que vous avez choisies (et qui ont été acceptées par l'assureur) sont précisées sur vos dispositions particulières.

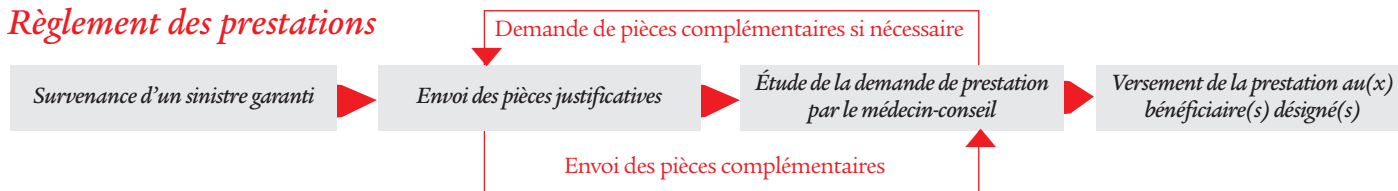
Garanties en cas de décès	Garanties en cas d'arrêt de travail
● Garantie obligatoire : capital décès / PTIA (perte totale et irréversible d'autonomie) toutes causes Garanties optionnelles ● Capital décès ou PTIA par accident ● Capital décès ou PTIA par accident de circulation ● Décès du conjoint survivant (double effet) ● Prédéces du conjoint ● Frais d'obsèques ● Rente de conjoint (temporaire et / ou viagère) ● Rente éducation ● Rente orphelin ● Rente enfant handicapé	Garanties optionnelles ● Indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire de travail (ITT) : – franchise fixe (continue ou discontinue) – en complément et / ou en relais des obligations de maintien de revenus par l'employeur ● Garantie rente invalidité dans le cadre de la vie privée ou résultant d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle (conditionnée à la souscription de la garantie ITT) ● Garantie charges sociales patronales (conditionnée à la souscription de la garantie ITT) Autres garanties ● Exonération du paiement des cotisations en cas d'arrêt de travail garanti (obligatoire) ● Assistance (obligatoire)

Pour les conditions et modalités d'application, référez-vous au chapitre 3 des dispositions générales.

V. Comment fonctionne votre adhésion ?



Règlement des prestations



Pour plus de détails et d'informations, référez-vous au chapitre 5 des dispositions générales.

Vous avez une interrogation sur votre contrat ? Besoin d'un document ou de contacter votre conseiller ? MySwissLife est là pour vous.



SwissLife

MySwissLife

Ensemble, connectés à vos choix.

Connectez-vous sur myswisslife.fr

Pensez à vous munir de votre identifiant personnel et de votre mot de passe



Pilotage de vos contrats

Mise à disposition de vos documents

Connexion à votre conseiller

Dispositions générales

Sommaire

<i>Lexique</i>		<i>11</i>
<i>Chapitre 1</i>	<i>Les dispositions relatives à votre contrat</i>	<i>12</i>
	1.1 Introduction	12
	1.2 Objet de votre contrat	12
	1.3 L'étendue territoriale des garanties	12
	1.4 Mise en place de votre contrat	12
	1.5 Révision de votre contrat	12
	1.6 Quels sont les différents cas de résiliation ou de cessation de votre contrat ?	12
	1.7 Quelles sont vos obligations ?	13
	1.8 Comment sont calculées vos cotisations ?	13
<i>Chapitre 2</i>	<i>Les dispositions relatives aux adhérents</i>	<i>15</i>
	2.1 Qui peut adhérer ?	15
	2.2 Quelles sont les modalités d'adhésion ?	15
	2.3 L'entrée en vigueur des garanties	15
	2.4 La suspension des garanties	15
	2.5 La cessation des garanties	15
<i>Chapitre 3</i>	<i>Que garantit votre contrat SwissLife Prévoyance Entreprise + ?</i>	<i>16</i>
	3.1 La base de calcul des prestations	16
	3.2 Les garanties en cas de décès	16
	3.3 Les garanties en cas d'arrêt de travail	18
	3.4 Autres garanties	20
	3.5 La revalorisation des prestations	20
	3.6 Le maintien des garanties	21
<i>Chapitre 4</i>	<i>Les exclusions et limitations de vos garanties</i>	<i>22</i>
	4.1 Les exclusions et restrictions communes à l'ensemble des garanties	22
	4.2 Les risques exclus pour les garanties en cas de décès accidentel ou perte totale et irréversible d'autonomie par suite d'accident, les garanties incapacité temporaire de travail et invalidité permanente	22
<i>Chapitre 5</i>	<i>Quels sont vos droits et obligations ?</i>	<i>22</i>
	5.1 Que faire en cas de sinistre ?	22
	5.2 Contrôle et expertise médicale	24
	5.3 La prescription	24
	5.4 Quand intervient la subrogation ?	25
	5.5 Quelles procédures devez-vous observer en cas de litiges et réclamations ?	25
	5.6 L'autorité de contrôle	25
	5.7 Données à caractère personnel	26
	5.8 Dispositions relatives à la dématérialisation et aux opérations valant convention de preuve	27

Lexique

Accident : par accident, il faut entendre toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'adhérent et provenant exclusivement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Accident de circulation : est considéré comme accident de circulation, l'accident qui survient sur la voie publique et impliquant au moins un véhicule.

Accident du travail : est considéré comme accident du travail, l'accident qui survient par le fait ou à l'occasion du travail ou sur le trajet du domicile au travail ou du travail au domicile.
La reconnaissance de l'accident de travail relève des compétences réglementaires de la Sécurité sociale.

Agirc-Arrco : caisse de retraite complémentaire des salariés du secteur privé.

Adhérent : ce terme désigne le salarié ou assimilé salarié, qui par son statut, est assuré pour les garanties souscrites par l'entreprise dans le cadre du contrat.
Il appartient à la catégorie de personnel à assurer au profit de laquelle le contrat a été souscrit par l'entreprise.

Assureur : L'assureur est SwissLife Assurance et Patrimoine pour l'ensemble des garanties de votre contrat, lequel délègue l'intégralité des formalités de gestion à SwissLife Prévoyance et Santé.

Bénéficiaire des garanties en cas de décès : la (les) personne(s) désignée(s) par l'adhérent(e), mentionnée(s) au certificat d'adhésion et à laquelle ou auxquelles l'assureur verse les indemnités prévues.

À défaut de désignation d'un bénéficiaire, ou de choix d'une autre clause bénéficiaire particulière, le capital décès est versé selon la clause standard suivante :

- en priorité à son conjoint non séparé judiciairement, à défaut à son partenaire avec lequel il est lié par un pacte civil de solidarité ;
- à défaut, par parts égales entre eux, à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés ;
- à défaut, à ses héritiers.

Cette clause standard est appliquée par défaut

Conjoint : la définition du conjoint est précisée sur les dispositions particulières de votre contrat. Cette définition est sans incidence sur la clause bénéficiaire standard, où seul l'époux(se) est considéré(e) comme tel(le). Cette définition est sans incidence sur la clause bénéficiaire standard, où seul l'époux(se) est considéré(e) comme tel(le).

Date de consolidation : date à laquelle, à la suite de l'état transitoire que constitue la période des soins, les lésions ou séquelles consécutives à une maladie ou à un accident prennent un caractère permanent, tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation.

La date de consolidation est définie par une autorité médicale.

Date d'effet : date à laquelle votre souscription prend effet. Elle est reprise sur les dispositions particulières.

Déchéance : c'est la perte du droit à la prestation due en cas de sinistre à la suite du non-respect de certaines dispositions du contrat.

Enfant(s) à charge : la définition d'enfant(s) à charge est précisée sur les dispositions particulières de votre contrat.

Entreprise : ce terme désigne la personne morale qui, au travers de son représentant dûment habilité, a souscrit le contrat au profit de son personnel relevant de la catégorie mentionnée aux dispositions particulières.

Franchise : période qui débute le premier jour d'arrêt de travail et pendant laquelle aucune prestation n'est due.

Hospitalisation : séjour de plus de 24 heures, en qualité de patient, prescrit par un médecin dans une clinique ou un hôpital public ou privé dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie, d'un accident ou d'une maternité.

Maladie : toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente et indépendante.

Maladie professionnelle : il s'agit de la maladie qui trouve son origine dans les conditions de l'exercice de l'activité professionnelle. La prise en charge de la maladie ou la reconnaissance de la maladie professionnelle relève des compétences réglementaires de la Sécurité sociale.

Maternité : l'état de grossesse, l'interruption de grossesse (sauf interruption volontaire de grossesse), l'accouchement, les suites de couches ainsi que les complications pathologiques de ces événements.

Nous : « Nous » désigne l'assureur.

Nullité : sanction entraînant l'annulation du contrat d'assurance qui est censé alors n'avoir jamais existé (article L. 113-8 du Code des assurances).

Pacte civil de solidarité (Pacs) : le pacte civil de solidarité (Pacs) est un contrat conclu entre deux personnes physiques majeures pour organiser leur vie commune, selon les dispositions prévues dans le cadre des articles 515-1 à 515-7-1 du Code civil.

Pays à risques aggravés : ce sont les états dans lesquels il existe des risques naturels (ouragans, séismes, par exemple), des risques sanitaires (grippe aviaire, par exemple), des risques terroristes, un risque nucléaire, un risque de piraterie maritime, formellement déconseillés par le ministère des Affaires étrangères sur son site Internet (www.diplomatie.gouv.fr/fr – rubrique « Conseil aux voyageurs »).

Plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) : il s'agit du plafond annuel des cotisations de la Sécurité sociale, égal à 12 fois le plafond mensuel de la Sécurité sociale.

Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) : la Sécurité sociale a mis en place un salaire mensuel de référence, appelé « plafond mensuel de la Sécurité sociale », qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales. Il est fixé par décret chaque année en fonction de l'évolution moyenne des salaires.

Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) : est considéré en PTIA tout adhérent qui est reconnu pendant la période de validité de la garantie :

- définitivement incapable de se livrer à toute occupation ou à tout travail lui procurant gain ou profit ;
- et dont l'état nécessite en permanence l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie ou qui est définitivement obligé de vivre dans un établissement hospitalier.

Prestations : ce sont les sommes que l'assureur verse suite à un événement contractuellement garanti.

Rechute : nouvelle manifestation d'une affection ayant déjà donné lieu à une indemnisation dans les conditions prévues au contrat.

Résiliation : c'est la cessation des effets du contrat.

Subrogation : en cas de dommage causé par un tiers responsable, l'assureur exercera son recours à l'encontre de ce dernier, conformément à l'article L. 131-2 du Code des assurances, à concurrence des prestations et indemnités versées à l'assuré.

Vous : « Vous » désigne l'entreprise souscriptrice.

Chapitre 1

Les dispositions relatives à votre contrat

1.1. Introduction

SwissLife Prévoyance Entreprises +, ci-après désigné « contrat », est une offre de prévoyance complète et modulable, qui vous permet de renforcer la protection sociale de vos salariés. Il s'agit d'un contrat d'assurance collectif, régi par le Code des assurances. Il est souscrit auprès de SwissLife Assurance et Patrimoine, dont le siège est situé 7, rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret, pour l'ensemble des garanties, lequel délègue l'intégralité des formalités de gestion à SwissLife Prévoyance et Santé.

1.2. Objet de votre contrat

Votre contrat prévoyance a été souscrit au profit des membres de votre personnel ou d'une catégorie de votre personnel définie sur vos dispositions particulières, dénommés ci-après « adhérents ».

Il a pour objet de faire bénéficier aux adhérents de tout ou partie des garanties retenues par l'entreprise, décrites au chapitre 3 et définies sur vos dispositions particulières.

Le contrat est une assurance de groupe à adhésion obligatoire pour chacun des salariés garantis collectivement sous réserve des cas de dispenses prévus par la réglementation en vigueur ainsi que ceux prévus dans l'acte fondateur du régime de prévoyance, soit une convention ou un accord collectif, un projet d'accord déposé par le chef d'entreprise et ratifié par la majorité des salariés inscrits ou par décision unilatérale du chef d'entreprise constatée par un écrit remis à chaque intéressé.

Vous vous engagez à affilier au contrat tous les salariés entrant dans le champ d'application défini ci-dessus.

1.3. L'étendue territoriale des garanties

Sauf indication contraire mentionnée sur vos dispositions particulières, les garanties sont acquises aux adhérents relevant du régime général de la Sécurité sociale :

- exerçant leur activité en France ou dans l'un des pays de l'espace économique européen ;
- détachés pour mission professionnelle hors des pays de l'espace économique européen.

Il est indiqué que pour ceux-ci, l'indemnisation interviendra dans les conditions prévues au chapitre 3 :

- dès le premier jour en cas d'hospitalisation à l'étranger, **limitée à 3 mois** ;
- dès le premier jour de retour en France pour les autres cas. Les jours précédant le retour en France ne seront donc pas couverts.

Le règlement des prestations est toujours effectué en France, dans la monnaie légale de l'État français.

Les garanties du présent contrat sont suspendues pendant la période où l'adhérent est appelé à effectuer pour l'entreprise, à l'étranger, une mission professionnelle dans des pays à risques aggravés définis au Lexique. Sur demande préalable de l'entreprise formulée par pli recommandé au moins 15 jours ouvrés avant le départ de l'adhérent, l'assureur pourra proposer des conditions de maintien des garanties. Un avenant sera établi pour marquer l'accord de l'assureur.

1.4 Mise en place de votre contrat

1.4.1 Conditions de souscription

Vous devez nous adresser une demande de souscription dûment complétée, datée et signée. L'ensemble des réponses aux questions de la demande de souscription est obligatoire, le défaut de réponse aura pour conséquence le non examen du dossier. La demande de souscription sera accompagnée de :

- la liste des salariés à affilier ;
- et des pièces complémentaires relatives à l'acceptation du risque par l'assureur.

Après étude de votre dossier de souscription, nous nous réservons la possibilité de refuser la mise en place du contrat. Ce refus vous sera, le cas échéant, notifié.

Notre acceptation se matérialise par l'émission du contrat, mentionnant notamment la date d'effet, la catégorie de personnel à assurer, les garanties et prestations assurées ainsi que les taux de cotisations définis.

S'il est avéré que les éléments d'informations relatifs à vos salariés ou à votre entreprise figurant dans le dossier de souscription sont différents de ceux transmis pour l'établissement du projet commercial, nous nous réservons la possibilité de revenir sur les conditions de garanties et le montant des cotisations convenus.

1.4.2 Date d'effet, durée et renouvellement

Le contrat prend effet à la date indiquée sur vos dispositions particulières.

Il se poursuit jusqu'au 31 décembre de l'année en cours, sous réserve du paiement des cotisations. Il est ensuite renouvelé annuellement par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, sauf résiliation à votre initiative ou à notre initiative dans les formes et conditions mentionnées à l'article 1.6.

1.5 Révision de votre contrat

Votre contrat tient compte des dispositions législatives et réglementaires en vigueur à sa date d'effet.

En cas de modification(s) ultérieure(s) de ces dispositions, nous pouvons procéder à une révision de votre contrat, au plus tôt à leur date d'effet. Jusqu'à cette date, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer à votre contrat étant précisé que si les nouvelles dispositions sont d'ordre public, elles sont d'application immédiate.

Si les modalités de la révision que nous vous avons proposées ne vous conviennent pas (hors augmentation de taxe ou de prélèvement de toute nature), vous pouvez demander la résiliation de votre contrat conformément à l'article 1.6.

1.6 Quels sont les différents cas de résiliation ou de cessation de votre contrat ?

1.6.1 À votre initiative

Vous pouvez résilier votre contrat :

- chaque année à l'échéance anniversaire. Pour ce faire, une **lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 113-14 du Code des assurances** doit nous être adressé(e) au plus tard 2 mois avant cette date (soit au plus tard le 31 octobre de chaque année).

La résiliation prend effet le 31 décembre suivant à minuit ;

- en cas de révision des cotisations en fonction de l'évolution des résultats techniques constatés sur l'ensemble des contrats de même nature et / ou d'une même catégorie de contrats ou de garanties, et / ou du contrat d'assurance précité selon les dispositions de l'article 1.8.2.

Pour ce faire, une **lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 113-14 du Code des assurances** doit nous être adressé(e) dans les 30 jours qui suivent la date de notification de la modification.

La résiliation prend effet le 31 décembre suivant à minuit ;

- en cas de révision du contrat pour tenir compte des modifications législatives ou réglementaires (hors augmentation de taxe ou de prélèvement de toute nature), conformément à l'article 1.5.

Pour ce faire, une **lettre recommandée ou un envoi recommandé électronique ou tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 113-14 du Code des assurances** doit nous être adressé(e) dans les 30 jours qui suivent la date de notification des nouvelles conditions.

La résiliation prend effet à la fin du trimestre civil entamé et pendant lequel la lettre recommandée ou l'envoi recommandé électronique a été adressé(e).

1.6.2 À notre initiative

Nous pouvons mettre fin à votre contrat :

- chaque année à l'échéance anniversaire. Pour ce faire, une **lettre recommandée** ou un **envoi recommandé électronique doit vous être adressé(e) au plus tard 2 mois avant cette date** (soit au plus tard le 31 octobre de chaque année). La résiliation prend effet le 31 décembre suivant à minuit ;
- en cas de non-paiement des cotisations ou d'une fraction de cotisation du contrat ;
- en cas de réticence ou fausse déclaration intentionnelle du risque à la souscription ou en cours de contrat (la fausse déclaration pouvant aller jusqu'à la nullité du contrat) ;
- en cas d'aggravation du risque en cours de contrat, si vous n'acceptez pas le tarif proposé ;
- en cas de fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues ; étant précisé que les assurés seront déchus de tout droit à prestations en cas de déclaration de sinistre frauduleuse ;
- en cas de procédure de sauvegarde (article L. 622-13 du Code de commerce), de redressement judiciaire (article L. 631-14 du Code de commerce), ou de liquidation judiciaire (article L. 641-11-1 du Code de commerce) de l'entreprise souscriptrice, et dans le respect des dispositions de ces textes.

1.6.3 De plein droit

En cas de retrait de l'agrément de l'assureur et en cas de disparition de personnels à assurer au sein de la catégorie objective définie au contrat.

1.6.4 La forme de la résiliation

La résiliation du contrat à votre initiative doit être notifiée par lettre recommandée à notre siège social : Swiss Life – CS50003 – 59897 Lille Cedex 9, ou par envoi recommandé électronique à gestion.pmi.pme.ind@swisslife.fr, ou **tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L. 113-14 du Code des assurances**.

La résiliation du contrat à notre initiative doit vous être notifiée par lettre recommandée à votre dernière adresse connue.

Dans le cas de résiliation au cours de la période annuelle d'assurance, la cotisation payée vous sera remboursée au prorata de la période non couverte sauf en cas de :

- non-paiement des cotisations ;
- réticence ou fausse déclaration à la souscription ou en cours de contrat ;
- fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues.

1.6.5 La modification du contrat à votre initiative

Toute modification relative aux garanties et aux conditions d'exécution du contrat ne peut être réalisée qu'après un délai d'un an à compter de la souscription et sous réserve d'acceptation de l'assureur. La demande de modification doit nous parvenir deux mois avant la date de modification souhaitée.

1.7 Quelles sont vos obligations ?

1.7.1 À l'égard de l'assureur

L'entreprise s'engage à :

- fournir tous les documents nécessaires à la souscription du contrat indiqués à l'article 1.4.1 ;
- communiquer à chaque échéance trimestrielle, le bordereau d'appel de cotisations sur lequel elle aura indiqué : la période de garantie pour chaque adhérent ainsi que le nom des membres du personnel entrés ou sortis du groupe au cours du trimestre, en précisant leur date d'entrée ou de sortie ;
- régler les cotisations à échéance ;
- déclarer tout changement d'activité, d'adresse postale, d'adresse e-mail

ou de convention collective applicable par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique moyennant un délai de quinze jours dès le moment où l'entreprise en a connaissance. À défaut, toutes les communications lui seront faites valablement à la dernière adresse (postale ou e-mail) connue par l'assureur ;

- déclarer la mise en place de tout dispositif d'activité partielle au sein de l'entreprise ;
- déclarer l'envoi de tout ou partie de salariés en expatriation ou détachement à l'étranger ;
- informer l'assureur des modifications intervenues dans la situation de famille de l'adhérent, des personnes dont le contrat de travail a été suspendu pour incapacité de travail ainsi que les adhérents à radier lorsqu'ils ne font plus partie de la catégorie de personnel à assurer. Lorsque l'employeur nous transmet des flux DSN mensuels, les adhérents sont radiés automatiquement du contrat à compter de leur date de sortie.

Le défaut ou le retard de communication de ces informations pourrait amener l'assureur à demander à l'entreprise de la dédommager des prestations versées à tort aux anciens salariés.

L'ensemble des déclarations faites par l'entreprise et les adhérents servent de base à l'appréciation du risque par l'assureur.

Conformément aux dispositions des articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des assurances et indépendamment des suites judiciaires qui pourraient être engagées, toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte sur les éléments constitutifs du risque au moment de la souscription ou en cours de contrat, est sanctionnée par la nullité du contrat, par la résiliation ou la réduction d'indemnités.

1.7.2 À l'égard des adhérents

L'entreprise s'engage à informer les membres de son personnel appartenant à la catégorie de personnel à assurer de l'obligation de compléter un bulletin individuel d'adhésion lors de la souscription du contrat, si ce mode d'affiliation a été requis par l'entreprise, et toutes pièces complémentaires nécessaires à l'appréciation du risque.

L'entreprise, conformément à l'article 12 de la loi n° 89-1009, est tenue de remettre à chaque adhérent un exemplaire de la notice d'information établie par l'assureur et de l'informer par écrit de toute modification qui pourrait être apportée au contrat et ce, au moins trois mois avant la date de prise d'effet de la modification.

Le non-respect des obligations précitées engage sa responsabilité vis-à-vis de ses salariés. En cas de litige, il lui incombera d'apporter la preuve que la notice d'information a bien été remise aux adhérents.

Dans le cadre de la portabilité des garanties et conformément à l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale, l'entreprise est tenue de signaler le maintien des garanties de l'ancien adhérent dans le certificat de travail.

1.8 Comment sont calculées vos cotisations ?

1.8.1 L'assiette de cotisations

Les taux de cotisations et leur base de calcul sont définis sur vos dispositions particulières.

Lorsque vos cotisations sont exprimées en pourcentage du salaire annuel de base de l'adhérent, le salaire retenu pour le calcul des cotisations correspond au salaire annuel de base défini à l'article 3.1 « La base de calcul des prestations », sauf mention contraire indiquée sur vos dispositions particulières.

Pour le calcul des cotisations vous appliquez le ou les taux fixés sur vos dispositions particulières, aux assiettes de cotisations retenues et définies sur vos dispositions particulières sur la période au titre de laquelle les cotisations sont dues.

1.8.2 L'évolution des cotisations

En cas d'évolution des garanties, les cotisations sont adaptées dès la mise en place des nouvelles garanties.

À garanties identiques, les cotisations évolueront automatiquement :

- chaque année au 1^{er} janvier, en fonction des résultats techniques constatés sur l'ensemble des contrats de même nature et/ou d'une même catégorie de contrats ou de garanties, et/ou du contrat d'assurance précité ;
- en cas de modification de dispositions législatives et/ou réglementaires, y compris toute modification fiscale ou sociale, de nature à remettre en cause la portée des engagements de l'assureur. Ces modifications de cotisations prennent effet au plus tôt à la date d'entrée en vigueur de ces événements, étant précisé que si ces modifications sont d'ordre public, elles sont d'application immédiate.

1.8.3 Le paiement des cotisations

Les cotisations sont payables par trimestre civil à terme échu et dans les dix jours suivant la réception des appels de cotisations par l'entreprise.

En fonction des déclarations fournies en fin d'année d'assurance par l'entreprise, les cotisations sont susceptibles de faire l'objet d'un ajustement en début d'année suivante. Ces déclarations portent sur les mouvements de personnel et, le cas échéant, sur l'évolution des salaires versés au cours de l'année précédente.

Les cotisations sont payables par trimestre civil à terme échu et dans les dix jours suivant la réception des appels de cotisations par l'entreprise ou des bordereaux de cotisations issus de vos déclarations mensuelles sociales nominatives (DSN).

1.8.4 Le non-paiement des cotisations

L'entreprise est seule responsable du paiement des cotisations. Conformément à l'article L. 113-3 du Code des assurances, l'assureur peut actionner une procédure de résiliation visée à l'article 1.5 en cas de non-paiement d'une ou plusieurs cotisations par l'entreprise.

Cette procédure entraînera la résiliation de l'ensemble du contrat d'assurance collectif.

1.8.5 L'exonération des cotisations

En cas d'arrêt de travail d'un adhérent consécutif à une maladie ou à un accident, l'ensemble des cotisations le concernant cessent d'être dû, après un délai de franchise défini dans vos dispositions particulières.

De ce fait, l'exonération des cotisations permet à l'adhérent de bénéficier du maintien des garanties pendant toute la période de son arrêt de travail, y compris en cas de rupture du contrat de travail ou de résiliation du contrat.

Vous êtes alors dispensé du paiement des cotisations pour les adhérents concernés.

La prise en charge des cotisations est fonction de la perte de salaire subie par l'adhérent au titre de son incapacité temporaire de travail ou de son invalidité.

En cas de reprise à mi-temps thérapeutique, l'exonération des cotisations cesse. Les cotisations seront calculées sur la base du salaire effectivement versé par vos soins (hors Indemnités journalières de la Sécurité sociale et indemnités journalières complémentaires en cas de subrogation).

Le mode de règlement des cotisations à privilégier est le prélèvement automatique qui est le plus simple et le plus rapide.

Chapitre 2

Les dispositions relatives aux adhérents

2.1 Qui peut adhérer ?

Pour pouvoir adhérer au contrat, l'adhérent doit remplir les conditions suivantes :

- appartenir à la catégorie de personnel à assurer telle que définie sur vos dispositions particulières ;
- être affilié à un régime obligatoire de Sécurité sociale ;
- bénéficier d'un contrat de travail en vigueur (sauf cas particulier des mandataires sociaux assimilés salariés).

2.2 Quelles sont les modalités d'adhésion ?

Chaque adhérent doit :

- remplir et signer un bulletin individuel d'adhésion, excepté lorsque l'entreprise envoie une liste des salariés à affilier ;
- réaliser les formalités médicales lorsqu'elles sont demandées par l'assureur (en fonction de l'engagement financier) ;
- compléter, le cas échéant, les formulaires de reprise d'arrêt de travail.

Pour tout nouvel adhérent en cours de vie du contrat, le bulletin individuel d'adhésion et les formalités d'acceptation médicale éventuelles devront être remis à l'assureur dans les trente jours suivant leur date d'entrée dans la catégorie de personnel à assurer.

À défaut, la garantie prendra effet le premier jour du mois civil suivant la date de réception du BIA par l'assureur. (La preuve de l'envoi à l'assureur incombe à l'employeur). Dans tous les cas, l'affiliation n'est effective qu'après l'acceptation de l'assureur qui se concrétise par l'émission d'un certificat d'affiliation indiquant la date d'effet des garanties.

En dehors des cas de réticence, de déclaration intentionnellement fausse ou incomplète, de toute omission ou d'inexactitude dans la déclaration des circonstances du risque faite par l'adhérent, ce dernier une fois admis au contrat, ne peut être exclu de l'assurance contre son gré tant qu'il fait partie de l'effectif assuré et tant que la cotisation est payée.

2.3 L'entrée en vigueur des garanties

Les adhérents bénéficient des garanties :

- à compter de la date d'effet du contrat s'ils appartiennent à la catégorie de personnel à assurer (sauf cas de dispenses) ;
- à partir de la date à laquelle ils entrent dans la catégorie de personnel à assurer.

Pour ce faire, vous devez nous adresser un bulletin individuel d'adhésion dans les trente jours qui suivent la date d'entrée dans la catégorie de personnel à assurer. **À défaut, la garantie prendra effet à compter du premier jour du mois qui suit la réception du bulletin individuel d'adhésion.**

2.4 La suspension des garanties

Les garanties du présent contrat sont suspendues :

- lorsque l'adhérent est appelé à effectuer pour l'entreprise et selon les modalités définies à l'article 1.3, une mission professionnelle dans un pays à risques aggravés ;
- lorsque le contrat de travail de l'adhérent est lui-même suspendu et ne donne pas lieu à un maintien total ou partiel de son salaire ou au versement d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'entreprise, ni au versement d'un revenu de remplacement en cas d'activité partielle. La suspension s'achève dès la reprise effective du travail de l'adhérent, à condition que l'assureur en ait été informé dans les trois mois qui suivent la reprise effective. À défaut, la suspension s'achève à la date à laquelle l'assureur en aura été informé ;
- en cas de non-paiement des cotisations conformément à l'article 1.8.4.

Il est précisé que tout événement survenu pendant une période de suspension des garanties, ainsi que ses suites, conséquences et récidives, ne sera jamais garanti.

Les cas de suspension pourront faire l'objet d'adaptation(s) spécifique(s), notamment pour permettre à l'entreprise de répondre aux exigences de l'accord de branche auquel elle est soumise. Ces adaptations seront précisées, le cas échéant, sur vos dispositions particulières.

2.5 La cessation des garanties

En dehors des personnes visées à l'article 3.6, toutes les garanties cessent :

- dès que l'adhérent cesse de faire partie de la catégorie de personnel à assurer définie aux dispositions particulières ;
- à la date de résiliation du contrat d'assurance par l'entreprise ou l'assureur ;
- à la date de liquidation des droits à la retraite de l'adhérent, sauf en cas de cumul emploi - retraite ;
- à la date de rupture du contrat de travail de l'adhérent.

Ces dispositions ne font pas obstacle à l'application de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale relatif à la portabilité des garanties et repris à l'article 3.6.

Chapitre 3

Que garantit votre contrat SLPE + ?

3.1 La base de calcul des prestations

Les montants des capitaux et des prestations garantis sont définis sur vos dispositions particulières.

Ces montants sont définis selon les garanties choisies en fonction du salaire annuel de base de l'adhérent, ou du plafond annuel ou mensuel de la Sécurité sociale, ou en euros, le cas échéant.

Lorsque les prestations sont calculées en fonction du salaire annuel de base de l'adhérent, ce dernier est, **sauf mention contraire indiquée sur vos dispositions particulières**, celui perçu par l'adhérent au cours des douze mois entiers précédant le mois au cours duquel est survenu l'arrêt de travail ou le décès, hors primes ou gratifications exceptionnelles discrétionnaires (c'est-à-dire primes ou gratifications non prévues dans le contrat de travail et laissées à la discrétion de l'employeur).

Le salaire de base pourra être réparti le cas échéant selon les deux tranches de rémunération suivantes :

- tranche 1 : limitée au plafond annuel de la Sécurité sociale ;
- tranche 2 : au-delà d'un plafond annuel de la Sécurité sociale, et limitée au nombre de plafonds annuels de la Sécurité sociale choisi par l'entreprise et accepté par l'assureur à la souscription.

Sauf mention contraire indiquée sur vos dispositions particulières, la tranche 2 est limitée à 4 PASS. Ce seuil est réduit à 1 PASS (soit 100 % de la tranche 1) pour les entreprises en création depuis moins d'un an.

Précision – Lorsque l'entreprise a recours au dispositif d'activité partielle (pour tout ou partie de ses salariés), le salaire de base se définira par le salaire éventuellement perçu par le salarié, auquel s'ajouteront les indemnités versées au titre de l'activité partielle et les allocations complémentaires d'activité partielle.

Si l'adhérent ne compte pas douze mois entiers de présence dans l'entreprise ou si pendant cette période son salaire a été réduit ou supprimé pour cause de maladie, d'accident, de maternité ou de congé sans solde, la base de calcul des prestations est reconstituée sur une base annuelle.

Lorsque les garanties font référence à un plafond annuel ou mensuel de la Sécurité sociale, celui-ci correspond au plafond en vigueur pour la période considérée.

Les montants des capitaux et des prestations sont indiqués sur vos dispositions particulières pour chacune des garanties et peuvent, dans certains cas, prendre en compte la situation familiale de l'adhérent au jour du sinistre. Dans ce cadre, la situation des adhérents liés par un pacte civil de solidarité (Pacs) ou par un concubinage peut, le cas échéant, en fonction des garanties, être assimilée à celle d'un adhérent marié, sous réserve que cette situation soit portée à la connaissance de l'assureur au plus tard dans les trois mois suivant le décès de l'adhérent et **sauf mention contraire spécifiée aux dispositions particulières**.

La garantie peut également prendre en compte les enfants à charge tels que définis aux dispositions particulières, pour déterminer la situation de famille de l'adhérent.

En cas de portabilité, l'assiette de calcul des prestations est déterminée non plus en fonction des salaires, mais dans la limite du montant de l'allocation nette du régime obligatoire d'assurance chômage auquel l'ex-salarié ouvre droit, limité lui-même au dernier salaire perçu.

3.2 Les garanties en cas de décès

En cas de décès d'un adhérent, la garantie prévoit le versement d'un capital décès et éventuellement d'une rente que le décès soit consécutif à une maladie ou un accident.

3.2.1 Capital décès toutes causes

Capital décès

En cas de décès d'un adhérent, il est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), un capital dont le montant est précisé sur vos dispositions particulières.

Ce montant peut, le cas échéant, être déterminé en fonction de la situation familiale de l'adhérent au jour de son décès.

Il est entendu que si la garantie prévoit une majoration du capital décès pour enfant(s) à charge de l'adhérent et que le bénéficiaire n'a pas l'autorité parentale du ou des enfants après le décès de l'adhérent, ces majorations seront directement versées aux enfants qui étaient à charge de l'adhérent au moment de son décès.

Si la garantie choisie le prévoit aux dispositions particulières, et si l'adhérent a des enfants à charge au moment de son décès, le bénéficiaire peut choisir, en remplacement du capital décès, le versement :

- d'un capital décès réduit ;
- et d'une rente éducation, attribuée à chacun des enfants à charge de l'adhérent.

Ce choix doit être précisé par le bénéficiaire lors de la déclaration du décès de l'adhérent. En outre, ce choix ne pourra être proposé si le bénéficiaire n'a pas l'autorité parentale des enfants.

Perte totale et irréversible d'autonomie

Si l'adhérent est atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie, il peut demander à bénéficier du capital décès par anticipation.

Lorsque ce capital est versé, l'adhérent ne bénéficie plus des garanties décès en capital.

Cette garantie n'a d'effet que si elle est inscrite sur vos dispositions particulières.

3.2.2 Capital décès par accident

Capital décès / PTIA par accident

Lorsque le décès d'un adhérent est causé par un accident et qu'il survient, immédiatement ou dans les 12 mois suivant le jour de l'accident, l'assureur verse un capital supplémentaire au(x) bénéficiaire(s) désigné(s).

Si la perte totale et irréversible d'autonomie est consécutive à un accident et survient, immédiatement ou dans les 12 mois suivant le jour de l'accident, l'adhérent peut demander à bénéficier du capital décès accidentel par anticipation.

Lorsque ce capital est versé, l'adhérent ne bénéficie plus des garanties décès en capital.

Cette garantie n'a d'effet que si elle est inscrite sur vos dispositions particulières.

Capital décès / PTIA par accident de la circulation

Lorsque le décès d'un adhérent est causé par un accident de la circulation et qu'il survient, immédiatement ou dans les 12 mois suivant le jour de l'accident de la circulation, l'assureur verse un capital supplémentaire au(x) bénéficiaire(s) désigné(s).

Si la perte totale et irréversible d'autonomie est consécutive à un accident de la circulation et survient, immédiatement ou dans les 12 mois suivant le jour de l'accident de la circulation, l'adhérent peut demander à bénéficier du capital décès par accident de la circulation par anticipation.

Lorsque ce capital est versé, l'adhérent ne bénéficie plus des garanties décès en capital.

Cette garantie n'a d'effet que si elle est inscrite sur vos dispositions particulières.

3.2.3 Capital en cas de décès du conjoint survivant (« double effet »)

Cette garantie prévoit le versement d'un capital, indiqué sur vos dispositions particulières, à l'enfant (ou aux enfants) d'un adhérent décédé, si le conjoint de ce dernier, vient également à décéder avant l'âge de 62 ans, pour autant que le ou les enfants soient encore à la charge du conjoint au jour de son décès.

Le décès du conjoint doit être simultané ou survenir dans un délai de

24 mois suivant le décès de l'adhérent.

Cette garantie n'a d'effet que si elle est inscrite sur vos dispositions particulières.

La définition du conjoint à prendre en compte pour cette garantie est précisée sur vos dispositions particulières.

3.2.4 Capital en cas de prédécès du conjoint

Cette garantie prévoit le versement à l'adhérent d'un capital, précisé sur vos dispositions particulières lorsque le conjoint de l'adhérent décède avant son 62^e anniversaire alors que l'adhérent est encore en vie et bénéficie du présent contrat.

Cette garantie n'a d'effet que si elle est inscrite sur vos dispositions particulières.

La définition du conjoint à prendre en compte pour cette garantie est précisée sur vos dispositions particulières.

3.2.5 Les bénéficiaires du ou des capitaux décès

Lors de son adhésion au contrat, l'adhérent a la possibilité de désigner le ou les bénéficiaire(s) de son choix en remplissant le document « Désignation bénéficiaire(s) spécifique ».

Pour les cas d'affiliation avec une liste des salariés à affilier, ou en cas de souscription par signature électronique, ou à défaut de désignation particulière ou si la désignation s'avère caduque et sans effet, le capital en cas de décès de l'adhérent sera directement versé selon la clause standard suivante :

- en priorité à son conjoint non séparé judiciairement, à défaut à son partenaire avec lequel il est lié par un pacte civil de solidarité ;
- à défaut, par parts égales entre eux, à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés ;
- à défaut, à ses héritiers.

Cette clause standard est appliquée par défaut

Il est précisé que l'adhérent a la possibilité de modifier cette clause à tout moment après réception du certificat d'adhésion, via le document « Désignation bénéficiaire(s) spécifique », disponible après adhésion sur l'espace client ou auprès de votre interlocuteur commercial. Pour cela, l'adhérent doit nous faire parvenir un courrier manuscrit daté et signé, accompagné d'une copie de sa carte nationale d'identité à l'adresse postale Swiss Life – Service vie du contrat et des adhérents – CS 50003 – 59897 Lille Cedex 9, ou en pièces jointes d'un mail adressé à gestion.pme.pmi.ind@swisslife.fr.

Le bénéficiaire peut accepter le bénéfice de l'assurance. L'acceptation doit obligatoirement être faite selon l'une des deux modalités suivantes :

- soit par un avenant signé de l'assureur, de l'adhérent et du bénéficiaire ;
- soit par un acte authentique ou par un acte sous seing privé, signé seulement de l'adhérent et du bénéficiaire ; mais dans ce dernier cas, elle n'a d'effet à l'égard de l'assureur que lorsqu'elle lui a été notifiée par écrit.

L'attention de l'adhérent doit être attirée sur le fait que, dès lors qu'un bénéficiaire accepte le bénéfice du contrat dans les conditions prévues par la réglementation en vigueur, sa désignation devient irrévocable (article L. 132-9 du Code des assurances).

3.2.6 Frais d'obsèques

En cas de décès de l'adhérent, de son conjoint ou de l'un de ses enfants à charge, la garantie prévoit le versement d'une allocation, dont le montant est précisé sur vos dispositions particulières, destinée à couvrir tout ou partie des frais d'obsèques, à la personne physique ou morale qui a pris en charge et organisé les obsèques, au plus tard dans les trente jours suivant la réception des éléments demandés pour l'étude du dossier.

En tout état de cause, le montant de l'allocation est limité au montant des frais réellement engagés indiqués sur la facture acquittée.

Cette garantie n'a d'effet que si elle est inscrite sur vos dispositions particulières.

Les définitions du conjoint et d'enfant(s) à charge à prendre en compte pour cette garantie sont précisées sur vos dispositions particulières.

3.2.7 Rentes de conjoint

Lors de la souscription, l'entreprise a le choix entre trois options :

- le paiement d'une rente viagère au conjoint de l'adhérent ;
- ou le paiement d'une rente temporaire au conjoint de l'adhérent ;
- ou le paiement au conjoint de l'adhérent d'une rente dite de « carrière » correspondante à une rente viagère complétée d'une rente temporaire.

En cas de décès de remariage, de Pacs ou de décès du conjoint survivant, la rente temporaire continue d'être versée aux enfants à charge, tel que défini sur votre certificat d'adhésion, sous la forme d'une rente orphelin jusqu'au terme indiqué sur votre certificat d'adhésion, et au plus tard le jour de son 26^e anniversaire.

Ce choix s'appliquera à tous les adhérents.

Cette garantie n'a d'effet que si l'option choisie est inscrite sur vos dispositions particulières. La définition du conjoint à prendre en compte pour cette garantie est précisée sur vos dispositions particulières.

Pour les adhérents sans conjoint, la garantie prévoit le versement au(x) bénéficiaire(s) d'un capital en remplacement de la ou des rentes ci-dessus. Ledit bénéficiaire est celui défini à l'article 3.2.5.

La rente choisie est versée selon les conditions définies ci-après.

Rente de conjoint viagère

En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'adhérent, la garantie prévoit le paiement, au conjoint survivant, d'une rente viagère immédiate.

Le paiement des rentes intervient dans les conditions prévues à l'article 3.3.10. Le montant de la rente est précisé sur vos dispositions particulières. Elle est payée par trimestre civil à terme échu, les premier et dernier paiements étant effectués au prorata temporis. Le versement de la rente en cas de PTIA prend fin au décès de l'adhérent.

Rente de conjoint temporaire

En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'adhérent, la garantie prévoit le paiement, au conjoint survivant, d'une rente temporaire dont le montant et la durée de versement sont définis sur vos dispositions particulières.

Le paiement des rentes intervient dans les conditions prévues à l'article 3.2.10. Le montant de la rente est précisé sur vos dispositions particulières. Elle est payée par trimestre civil à terme échu, les premier et dernier paiements étant effectués au prorata temporis. Le versement de la rente en cas de PTIA prend fin au décès de l'adhérent.

Rente de conjoint dite de « carrière »

Si la garantie est indiquée sur vos dispositions particulières, une rente viagère et une rente temporaire seront versées au profit du conjoint de l'adhérent. Leur montant et leur durée de versement sont précisés sur vos dispositions particulières et dépendent de l'âge de l'adhérent à son décès.

La rente temporaire est versée à condition qu'à la date du décès de l'adhérent, le conjoint :

- ait moins de deux enfants à charge et qu'il ne soit pas reconnu en état d'invalidité de taux supérieur ou égal à 66 % par la Sécurité sociale ;
- ne bénéficie pas de la réversion d'une pension vieillesse des régimes de retraite complémentaire.

Cette rente temporaire cesse dès que le conjoint remplit l'une des conditions suivantes :

- bénéficie de la pension réversion vieillesse de l'adhérent ;
- atteint l'âge de 60 ans ;
- se remarie, conclut un nouveau pacte civil de solidarité ou décède. Dans ce cas, il sera versé en remplacement, une rente temporaire d'orphelin aux enfants de l'adhérent dont le montant est fixé à 50 % des rentes de conjoint en cours de service. Cette rente est répartie entre les enfants qui étaient à la charge de l'adhérent et demeurés à la charge de son conjoint jusqu'au jour du remariage, de la conclusion d'un nouveau pacte civil de solidarité ou du décès de ce dernier. Le versement de la rente temporaire d'orphelin cesse à compter du terme indiqué sur votre certificat d'adhésion, et au plus tard le jour de son 26^e anniversaire.

Elle est payée par trimestre civil à terme échu, les premier et dernier paiements étant effectués au prorata temporis. La rente viagère intervient dans les conditions prévues à l'article 3.2.10.

3.2.8 Rentes versées aux enfants

Rente éducation

Cette garantie n'a d'effet que si elle est inscrite sur vos dispositions particulières.

En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'adhérent, il est versé, à chacun des enfants, qui étaient à sa charge, tels que définis sur

vos dispositions particulières, au moment du décès ou de la perte totale et irréversible d'autonomie, une rente temporaire dont le montant annuel est fixé sur vos dispositions particulières.

Elle est payée par trimestre civil à terme échu, les premier et dernier paiements étant effectués au prorata temporis. Les trimestrialités sont versées :

- au représentant légal de l'enfant si ce dernier est âgé de moins de 18 ans ;
- à l'enfant lui-même s'il est âgé d'au moins 18 ans.

Le versement de la rente cesse à compter du terme indiqué sur vos dispositions particulières, et en tout état de cause, au plus tard le jour de son 26^e anniversaire.

La rente d'éducation est viagère pour les enfants à charge handicapés percevant l'allocation aux adultes handicapés ou l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, au jour du décès ou PTIA de l'adhérent.

Si l'adhérent est sans enfant à charge au jour de son décès, un capital substitutif à la rente éducation dont le montant est précisé sur vos dispositions particulières, est versé au(x) bénéficiaire(s) en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'adhérent. Ledit bénéficiaire est celui défini à l'article 3.2.5. Le paiement des rentes intervient dans les conditions prévues à l'article 3.2.10.

Rente orphelin

Cette garantie n'a d'effet que si elle est inscrite sur vos dispositions particulières et elle ne peut être souscrite qu'en complément de la rente éducation.

En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'adhérent, il est versé, à chacun des enfants qui étaient à sa charge, tels que définis sur vos dispositions particulières, et qui seraient alors orphelins de père et de mère au moment du décès ou de la perte totale et irréversible d'autonomie de l'adhérent, une rente temporaire dont le montant annuel est fixé sur vos dispositions particulières.

Elle est payée par trimestre civil à terme échu, les premier et dernier paiements étant effectués au prorata temporis. Les trimestrialités sont versées :

- au représentant légal de l'enfant si ce dernier est âgé de moins de 18 ans ;
- à l'enfant lui-même s'il est âgé d'au moins 18 ans.

Le versement de la rente cesse à compter du terme défini sur vos dispositions particulières, et en tout état de cause, au plus tard le jour de son 26^e anniversaire. Le paiement des rentes intervient dans les conditions prévues à l'article 3.2.10.

Rente enfant handicapé

Cette garantie n'a d'effet que si elle est inscrite sur vos dispositions particulières et elle ne peut être souscrite qu'en complément de la rente éducation.

En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'adhérent, il est versé, à chacun des enfants qui étaient à sa charge et en situation de handicap, au moment du décès ou de la perte totale et irréversible d'autonomie, une rente temporaire dont le montant annuel est fixé sur vos dispositions particulières.

Sauf mention contraire spécifiée sur vos dispositions particulières, l'enfant est considéré handicapé s'il perçoit l'allocation aux adultes handicapés ou l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé.

Elle est payée par trimestre civil à terme échu, les premier et dernier paiements étant effectués au prorata temporis. Les trimestrialités sont versées :

- au représentant légal de l'enfant si ce dernier est âgé de moins de 18 ans ;
- à l'enfant lui-même s'il est âgé d'au moins 18 ans.

Le versement de la rente cesse à compter du terme défini sur vos dispositions particulières, et en tout état de cause, au plus tard le jour de son 26^e anniversaire.

Le paiement des rentes intervient dans les conditions prévues à l'article 3.2.10.

3.2.9 Le montant maximum des capitaux et rentes assurés

Pour un événement donné, le montant total des capitaux et capitaux constitutifs de rente versée en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie (y compris majoration par enfant à charge et capitaux supplémentaires en cas de sinistre accidentel ou double effet) ne peut excéder 60 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale par adhérent, sauf mention contraire sur les dispositions particulières.

Ce montant est ramené à une limite de 400 000 euros jusqu'à la seconde échéance anniversaire, pour les entreprises créées depuis moins de douze mois lors de la date d'effet du contrat.

En cas de dépassement de ces plafonds, les prestations dues à chaque bénéficiaire sont réduites proportionnellement.

3.2.10 Le paiement des capitaux, allocations et rentes

Avant de procéder au paiement, l'assureur se réserve le droit de vérifier que le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie ne résulte pas d'un risque exclu prévu au chapitre 4 des présentes dispositions générales.

En cas de décès

S'il est dû, le paiement des capitaux, allocation et des rentes intervient dans les trente jours suivant la réception de l'ensemble des documents et des pièces nécessaires à l'étude du dossier.

Les garanties afférentes aux rentes éducation, orphelin et handicapé ainsi qu'aux rentes de conjoint entrent en jeu le premier jour du mois qui suit le décès de l'adhérent.

Elles sont payables à la fin de chaque trimestre civil.

Le versement des rentes cesse :

- à compter du terme indiqué sur vos dispositions particulières, et au plus tard le jour de son 26^e anniversaire ;
- à la date de remariage, de conclusion d'un nouveau pacte civil de solidarité ou du décès du conjoint bénéficiaire, dans le cas de la rente viagère de conjoint.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie

Le paiement du capital assuré et des rentes intervient après la date de reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie par la Sécurité sociale et l'assureur, et à condition qu'il soit reconnu que la perte totale et irréversible d'autonomie de l'adhérent ne relève pas d'un risque exclu.

La preuve de la perte totale et irréversible d'autonomie incombe à l'adhérent. L'assureur peut, à ses frais, demander à l'adhérent de se soumettre à une expertise médicale. L'adhérent a la faculté de se faire assister, à ses frais, du médecin de son choix.

3.3 Les garanties en cas d'arrêt de travail

Les garanties du présent article ne peuvent être souscrites qu'en complément de la garantie « capital décès toutes causes » de l'article 3.2.1.

Lorsque l'adhérent est en arrêt de travail, la garantie prévoit le versement de prestations, en complément de celles versées par la Sécurité sociale, qui visent à indemniser totalement ou partiellement la perte de salaire de l'adhérent, sous la forme :

- d'indemnités journalières, en cas d'incapacité temporaire totale ou partielle de travail ;
- d'une rente d'invalidité, en cas d'invalidité permanente totale ou partielle.

Ces prestations ont un caractère indemnitaire et ne peuvent, en tout état de cause, amener l'adhérent à percevoir un revenu supérieur à celui qu'il aurait perçu s'il avait continué à travailler.

Les salariés en arrêt de travail lors de la souscription du présent contrat, et indemnisés à ce titre par un précédent organisme d'assurance, bénéficieront des garanties du contrat SLPE + à compter de leur reprise d'activité, à l'exception des garanties non souscrites précédemment et qui ont été retenues au titre de la présente police.

En outre, il est précisé que les salariés indemnisés par un précédent organisme au titre d'un fait générateur survenu sous l'empire de ce contrat, resteront garantis par cet assureur pour toutes les suites, conséquences et récidives découlant de ce même fait générateur, au titre des garanties souscrites auprès de cet organisme.

Exemple 1 : si le contrat du précédent organisme ne comprenait que la garantie en cas d'incapacité de travail et non la garantie en cas d'invalidité, et que le contrat SLPE + émis comprend cette garantie invalidité, dans ces conditions, les salariés en cas d'arrêt de travail lors de la mise en place du contrat SLPE + (ou subissant une rechute dont le fait générateur est antérieur à leur adhésion) resteront garantis au titre de la garantie incapacité par leur précédent assureur, et pourront bénéficier de la garantie invalidité souscrite auprès de SwissLife Assurance et Patrimoine.

Exemple 2 : à l'inverse, si le contrat du précédent organisme comprenait la garantie en cas d'incapacité de travail ainsi que la garantie en cas d'invalidité, les salariés en arrêt de travail lors de la mise en place du présent contrat resteront garantis uniquement par le précédent assureur pendant toute la durée de leur arrêt de travail (incapacité + invalidité). Il en est de même pour les salariés subissant une rechute dont le fait générateur est survenu sous l'empire d'un précédent contrat d'assurance.

3.3.1 L'incapacité temporaire de travail

La garantie est acquise sous réserve qu'elle figure sur vos dispositions particulières.

Objet de la garantie

L'adhérent en arrêt de travail est considéré en état d'incapacité temporaire totale de travail lorsque du fait d'un accident ou d'une maladie, constaté par une autorité médicale compétente et entériné le cas échéant par notre médecin-conseil, son état de santé le place dans l'incapacité physique totale d'exercer son activité professionnelle. L'altération de l'état de santé de l'adhérent est une condition de garantie impérative pour toute prise en charge par l'assureur.

En outre, l'adhérent doit bénéficier du versement des indemnités de la Sécurité sociale au titre de l'assurance maladie ou au titre de l'assurance des accidents du travail et maladies professionnelles pour bénéficier de la garantie. Dans ce contexte, la garantie prévoit le paiement par l'assureur, à l'expiration de la franchise choisie à la souscription, d'une indemnité journalière complémentaire à celle de la Sécurité sociale dont le montant est indiqué sur vos dispositions particulières.

Sauf mentions contraires spécifiées sur vos dispositions particulières, les arrêts de travail résultant du congé légal ou conventionnel de maternité ou de paternité de l'adhérent, n'ouvrent pas droit au versement de prestations pendant le congé, que le début de l'arrêt de travail se situe avant ou pendant le congé.

Il en est de même durant la période des congés spéciaux. On entend par « congés spéciaux », les congés prévus au chapitre II « autres congés » du titre IV du livre V du Code du travail. À titre d'exemples, sont visés les congés d'articulation entre la vie professionnelle et la vie personnelle et familiale, congés pour engagement associatif, politique ou militant et congé et période de travail à temps partiel pour la création ou la reprise d'entreprise.

Le montant des prestations versées en cas d'arrêt de travail après la radiation de l'adhérent de la catégorie de personnel à assurer ne peut excéder le salaire net que celui-ci aurait perçu en complète activité professionnelle.

En cas d'activité partielle, la prestation versée par l'assureur sera limitée au montant de l'allocation qu'aurait perçue le salarié sur cette période. La prestation versée par l'assureur ne peut conduire à verser au salarié un montant plus élevé que celui qu'il toucherait s'il n'était pas en arrêt de travail.

Exception : en cas de mise en place de chômage partiel dans l'entreprise, l'employeur peut, s'il le souhaite continuer de cotiser sur une base pleine (salaire théorique perçu), permettant ainsi aux salariés de conserver l'intégralité de ses garanties.

Franchise

L'indemnité journalière est due dès l'expiration d'une période ininterrompue d'arrêt de travail, appelée franchise.

La durée et les modalités d'application de la franchise sont indiquées sur vos dispositions particulières.

Seuls sont pris en charge au titre du présent contrat, les sinistres pour lesquels la franchise est arrivée à expiration pendant la période de validité du contrat.

Cela signifie qu'un sinistre survenu en période de validité du contrat mais pour lequel la franchise n'est pas arrivée à expiration avant résiliation, ne sera pas pris en charge.

Il existe plusieurs types de franchise :

- franchise fixe continue : les indemnités journalières seront versées en complément de celles versées par la Sécurité sociale, à l'expiration du délai de franchise, après la période ininterrompue d'arrêt de travail ;
- franchise fixe discontinue : les indemnités journalières seront versées en complément de celles versées par la Sécurité sociale, à l'expiration du délai

de franchise pouvant intervenir de manière discontinue. Dans ce délai de franchise sont pris en compte tous les arrêts pour incapacité temporaire totale intervenus dans les 365 jours précédant l'arrêt de travail susceptible d'ouvrir droit à prestation, sauf mention contraire spécifiée sur vos dispositions particulières ;

- en complément et / ou en relais des obligations de maintien de salaire de l'employeur résultant de la loi de mensualisation du 19 janvier 1978 ou d'une disposition d'un accord collectif ayant le même objet et dont dépend votre entreprise.

Pour les salariés dont l'ancienneté ne permet pas de bénéficier de l'accord de branche ou de la loi de mensualisation, la franchise fixe applicable sera définie sur vos dispositions particulières.

Franchise maladie réduite en cas d'hospitalisation ou d'accident

Dans le cas où a été retenue une franchise réduite en cas d'hospitalisation ou d'accident :

- la franchise hospitalisation s'appliquera à condition que l'adhérent ait été hospitalisé plus de 24 heures consécutives ;
- la franchise accident s'appliquera si son arrêt de travail résulte d'un accident.

Ces franchises sont précisées sur vos dispositions particulières.

La reprise du travail à temps partiel

Dans le cas où l'adhérent est autorisé à reprendre une activité à temps partiel pour motif thérapeutique et à condition que la Sécurité sociale verse ses indemnités, le montant de l'indemnité journalière est diminué du montant du salaire partiel perçu par l'adhérent.

Sauf mentions contraires aux dispositions particulières, la garantie prend fin quand le versement du régime obligatoire pour incapacité temporaire de travail prend fin, dans la limite prévue à l'article R. 323-1 du Code de la Sécurité sociale.

La rechute

Si l'adhérent rechute moins de deux mois après avoir repris son activité au sein de l'entreprise, et pour la même cause que l'arrêt initial indemnisé par l'assureur, il ne sera pas fait application de la franchise à condition toutefois que le contrat soit toujours en vigueur à la date de la rechute.

À défaut, il sera de nouveau fait application de la franchise prévue. L'indemnisation s'effectuera sur les mêmes bases que l'arrêt de travail initial.

3.3.2 L'incapacité permanente totale ou invalidité permanente

La garantie est acquise sous réserve qu'elle figure sur vos dispositions particulières.

La garantie invalidité permanente ne peut être souscrite sans la garantie incapacité temporaire de travail.

Objet de la garantie

La garantie prévoit le versement par l'assureur d'une rente d'invalidité en complément de celle de la Sécurité sociale, si à la suite d'un accident ou d'une maladie d'origine professionnelle ou non, l'adhérent est reconnu en état d'incapacité permanente partielle ou totale selon l'une des catégories suivantes présentées dans le tableau ci-dessous, et sous réserve toutefois que son taux ou degré d'invalidité soit validé par notre médecin-conseil.

Il est précisé que nous ne sommes pas tenus par les décisions prises par la Sécurité sociale. De plus, nous nous réservons la possibilité de soumettre l'adhérent à un contrôle médical dans les conditions prévues à l'article 5.2.

Catégories d'invalidité définies par l'assureur

<i>Invalidité permanente d'origine non professionnelle (vie privée)</i>	<i>Invalidité permanente d'origine professionnelle (accident du travail ou maladie professionnelle)</i>
L'adhérent est dans un état d'invalidité partielle qui ne lui permet pas de se procurer dans une profession quelconque des revenus supérieurs au tiers de ses revenus antérieurs à l'incapacité <i>et</i> la Sécurité sociale lui verse à ce titre une pension au titre de l'invalidité 1 ^{re} catégorie.	L'adhérent s'est vu attribuer un taux d'invalidité compris entre 33 % et 66 % par la Sécurité sociale <i>et</i> la Sécurité sociale lui verse une rente invalidité à ce titre.
L'adhérent est dans un état présumé d'invalidité, tel qu'il lui est absolument impossible, et de façon définitive, d'exercer une quelconque activité rémunératrice <i>et</i> le régime obligatoire lui verse à cet effet une rente au titre de l'invalidité de 2 ^e catégorie.	L'adhérent s'est vu attribuer un taux d'invalidité supérieur à 66 % par la Sécurité sociale <i>et</i> la Sécurité sociale lui verse une rente invalidité à ce titre.
L'adhérent est dans un état qui lui interdit absolument et de façon présumée définitive d'exercer toute activité rémunératrice <i>et</i> le régime obligatoire lui verse à cet effet une rente au titre de l'invalidité de 3 ^e catégorie, ou une rente d'incapacité permanente avec majoration pour tierce personne.	

Le montant de la rente d'invalidité complémentaire versée par l'assureur est déterminé en fonction de la catégorie d'invalidité retenue par l'assureur. Il est indiqué sur vos dispositions particulières et complète les prestations versées par la Sécurité sociale à **l'exclusion des majorations**.

La prestation maximale, après mise en invalidité ou après rupture du contrat de travail ne pourra jamais excéder 100 % du salaire net de référence de l'adhérent, déduction faite de l'ensemble des charges salariales y compris la cotisation sociale généralisée (CSG) et la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS).

Le montant des prestations versées en cas d'arrêt de travail après la radiation de l'adhérent de la catégorie de personnel à assurer ne peut excéder le salaire net que celui-ci aurait perçu en complète activité professionnelle.

Certains accords de branche ou conventions collectives peuvent imposer des taux ou mesures différents de ceux indiqués dans les dispositions générales. Dans ce cas de figure, et en accord avec l'assureur, les montants à prendre en compte seront ceux indiqués dans les dispositions particulières.

À défaut de mention spécifique, les dispositions générales seront pleinement applicables.

3.3.3 Le paiement de l'indemnité journalière et la rente d'invalidité

Les prestations sont versées à l'entreprise tant que le contrat de travail est en vigueur. Après la rupture du contrat de travail, elles sont directement réglées à l'adhérent, sous réserve que la Sécurité sociale verse les prestations correspondantes.

Les rentes d'invalidité sont réglées à la fin de chaque mois, avec prorata temporis en cas de fin d'invalidité. L'indemnité journalière ou la rente d'invalidité versée par l'assureur au titre des garanties incapacité temporaire de travail et invalidité permanente, cumulée à celle de la Sécurité sociale, du salaire de l'employeur et éventuellement de celle de tout autre organisme de prévoyance, ne peut en aucun cas excéder le montant de la prestation indiqué aux dispositions particulières.

Il en est de même, après la rupture du contrat de travail de l'adhérent.

Toutefois, dans ce cas, la prestation indiquée aux dispositions particulières et versée par l'assureur à l'adhérent sera calculée sur la base du salaire net (salaire de base brut sous déduction des charges salariales) et diminuée du montant de la CSG déductible.

Le versement des prestations complémentaires cesse, y compris pour les cas de maintien des garanties :

- dès que l'adhérent ne perçoit plus de prestations de la Sécurité sociale ;
- dès que le contrôle ou l'expertise médicale permettent de constater que l'état d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente n'est pas justifié ;

- à la date de liquidation des droits à retraite de l'adhérent par la Sécurité sociale (sauf cas de cumul emploi-retraite, mais dans ce cas, le versement des prestations est subordonné à la perception de prestations de la Sécurité Sociale).

3.3.4 La garantie charges sociales patronales

La garantie est acquise sous réserve qu'elle figure sur vos dispositions particulières. Elle ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie incapacité temporaire de travail.

La garantie des charges sociales patronales vise à couvrir tout ou partie des charges sociales patronales dues sur les indemnités journalières complémentaires versées en cas d'incapacité de travail de l'adhérent. Les conditions de versement (montant garanti, franchise, et durée de paiement) de la garantie sont spécifiées sur vos dispositions particulières.

Il est précisé que la garantie cesse automatiquement lorsque que le bénéficiaire des indemnités journalières quitte les effectifs de l'entreprise ou ne perçoit plus d'indemnités journalières. La garantie cesse également automatiquement dans le cas où l'adhérent est autorisé à reprendre une activité à temps partiel pour motif thérapeutique.

Cette garantie est financée par une cotisation uniquement à la charge de l'entreprise.

La rechute

Si l'adhérent rechute moins de deux mois après avoir repris son activité au sein de l'entreprise, et pour la même cause que l'arrêt initial indemnisé par l'assureur, il ne sera pas fait application de la franchise à condition toutefois que le contrat soit toujours en vigueur à la date de la rechute.

À défaut, il sera de nouveau fait application de la franchise prévue.

3.4 Autres garanties

D'autres garanties pourront être proposées afin de respecter les obligations prévues par la convention collective nationale dont vous dépendez.

Ces garanties seront précisées sur vos dispositions particulières.

3.5 La revalorisation des prestations

Les indemnités journalières et les rentes 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-Arrco, par prélèvement sur un fonds de revalorisation (et dans la limite de celui-ci) constitué dans le cadre du compte de pertes et profits, établi annuellement pour l'ensemble des assurances « incapacité de travail – incapacité permanente – exonération ».

En cas de résiliation du contrat, les revalorisations ultérieures cessent d'être appliquées. Les revalorisations antérieurement attribuées demeurent acquises.

3.6 Le maintien des garanties

Les garanties sont maintenues, moyennant paiement des cotisations, à l'adhérent :

- dont le contrat de travail est suspendu postérieurement à la date d'effet du présent contrat, pour congé ou absence, dès lors que pendant toute cette période il bénéficie d'un maintien total ou partiel de salaire de l'employeur ou des indemnités journalières de la Sécurité sociale financées au moins pour partie par l'employeur ;
- bénéficiant d'un revenu de remplacement versé par l'employeur durant une suspension de contrat de travail. Ce cas concerne notamment les salariés placés en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, dont l'activité est totalement suspendue ou dont les horaires sont réduits, ainsi que toute période de congé rémunéré par l'employeur (reclassement, mobilité...) ;
- dont la date initiale d'arrêt de travail pour maladie ou accident est postérieure à la date d'effet du présent contrat et qui bénéficie à ce titre des prestations en espèces de la Sécurité sociale.

Le maintien des garanties est assuré :

- tant que le contrat de travail de l'adhérent n'est pas rompu ;
- en cas de rupture du contrat de travail, quand cette rupture intervient durant l'exécution du présent contrat et lorsque les prestations de la Sécurité sociale au titre de la maladie, de l'accident ou de l'invalidité, sont servies sans interruption depuis la date de rupture du contrat de travail.

Pour l'adhérent dont le contrat de travail est en vigueur, en arrêt de travail et indemnisé à ce titre par l'assureur, le maintien des garanties souscrites par l'adhérente intervient sans contrepartie des cotisations à compter du premier jour d'indemnisation par Swiss Life. L'exonération de cotisations cesse dès le premier jour de reprise du travail par l'adhérent ou dès la cessation ou suspension des prestations de l'assureur.

Lorsque l'adhérent perçoit un salaire réduit pendant la période d'indemnisation complémentaire de l'assureur, les cotisations patronales et salariales finançant le présent contrat restent dues sur la base du salaire réduit.

En outre, et sauf dispositions particulières prévues au niveau de chaque garantie pour les adhérents en situation de cumul emploi – retraite, le maintien de garantie et l'exonération des cotisations cessent dès la survenance de l'un des événements suivants :

- suspension ou cessation des prestations en espèces de la Sécurité sociale ;
- date d'effet de la liquidation de la pension vieillesse de la Sécurité sociale du participant ;
- décès du participant ;
- date d'effet de la résiliation ou du non renouvellement du présent contrat.

3.6.1 Le maintien des garanties en cas d'arrêt de travail

Les adhérents en arrêt de travail consécutivement à une maladie ou à un accident continuent de bénéficier des garanties souscrites par l'entreprise :

- dès lors que les cotisations continuent d'être versées par l'entreprise ;
- sans contrepartie lorsque la garantie exonération de cotisations visée à l'article 1.8.5 a pris effet.

3.6.2 Le maintien des garanties pour résiliation ou non-renouvellement du contrat

La garantie décès est maintenue pour l'ensemble des adhérents bénéficiant de prestations périodiques relatives aux garanties incapacité et invalidité. Elle est maintenue tant que les adhérents perçoivent des prestations périodiques de la part de l'assureur (indemnités journalières ou rente invalidité) en application de l'article 7-1 de la loi n° 89-1009.

Les prestations en cours de service ou résultant d'un événement survenu avant la date de résiliation, du non-renouvellement du contrat ou de la rupture du contrat de travail, continuent d'être assurées pour le montant atteint à la date de la résiliation, à l'exclusion de toute revalorisation ultérieure et prise en charge par un autre assureur. Ce maintien cessera au jour où les prestations cessent d'être versées par la Sécurité sociale ou à la date de liquidation des droits à la retraite de l'adhérent.

Dans les autres cas, l'assureur ne propose aucun maintien des garanties systématique à titre individuel au profit des salariés concernés.

3.6.3 La portabilité des garanties dans le cadre de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale

Pour rappel, en cas de portabilité, l'assiette de calcul des prestations est déterminée non plus en fonction des salaires, **mais dans la limite du montant de l'allocation nette du régime obligatoire d'assurance chômage auquel l'ex-salarié ouvre droit, limité lui-même au dernier salaire perçu.**

Le bénéfice du dispositif de portabilité est subordonné à la présence effective de personnel à assurer au sein de la catégorie objective définie au présent contrat. À cet égard, en cas de liquidation judiciaire de la société souscriptrice et du licenciement des salariés appartenant à la catégorie objective définie au contrat, la mise en place et le maintien de la portabilité ne pourront être effectifs que s'il y a financement par le liquidateur pour la période de portabilité envisagée. La prime due pour chaque ex-salarié sera calculée à partir de la dernière prime payée, elle sera due à terme d'avance

Durée du maintien et conditions

L'ancien adhérent bénéficie du maintien de ses garanties à compter de la date d'effet de la rupture de son contrat de travail. La durée de cette couverture est égale à celle du dernier contrat de travail ou des derniers contrats de travail consécutifs dans l'entreprise, appréciée en mois entiers dans la limite de douze mois, à conditions toutefois que :

- le contrat de travail de l'adhérent soit rompu pour une cause autre que la faute lourde ;
- le droit aux prestations du contrat ait été ouvert avant la date de cessation du contrat de travail ;
- la rupture du contrat de travail ait ouvert droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage. L'adhérent devra faire parvenir à l'assureur les documents justifiant son inscription et sa prise en charge par Pôle emploi dans les meilleurs délais suivant la rupture de son contrat de travail. L'assureur se réserve le droit de demander tout justificatif de prise en charge. À défaut de réception la portabilité des garanties ne sera pas accordée.

Les anciens salariés répondant à ces conditions bénéficieront d'un maintien de garanties aux mêmes conditions que les salariés en activité au sein de l'entreprise. Par exception, ce maintien ne peut conduire les anciens salariés à percevoir des indemnités d'un montant supérieur à celui des indemnités chômage qu'ils auraient perçues au titre de la même période. Toute modification des garanties des salariés en activité leur sera applicable.

Cessation

Le maintien de la garantie prend fin automatiquement dans les cas suivants :

- à la date à laquelle l'ancien adhérent reprend une activité professionnelle ;
- à la date à laquelle l'ancien adhérent cesse de bénéficier d'une indemnisation par le régime d'assurance chômage ;
- à l'arrivée du terme des droits acquis par l'ancien adhérent au titre de la portabilité ;
- à la date de liquidation des droits à la retraite par l'ancien adhérent ;
- à la date à laquelle le contrat d'assurance est résilié. Dans ce cas, l'entreprise doit organiser la poursuite du maintien des garanties aux bénéficiaires de la portabilité. À défaut, et conformément à la législation en vigueur, elle sera seule débitrice de l'obligation de maintenir lesdites garanties ;
- dès que l'adhérent ne retourne pas les justificatifs de prise en charge par Pôle emploi, que nous aurons demandés. Vous vous engagez à nous informer, de la cessation prématurée du bénéfice de l'indemnisation chômage par l'ancien membre du personnel.

Chapitre 4

Les exclusions et limitations de vos garanties

4.1. Les exclusions et restrictions communes à l'ensemble des garanties

Sont exclus de l'ensemble des garanties, les événements suivants et leurs conséquences :

- le risque de guerre : en cas de guerre civile ou étrangère, invasions, agressions étrangères, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non), de rixes, d'émeutes ;
- la participation active ou de complicité de l'adhérent 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 ou attentat, à des rixes, ou à des troubles quels qu'ils soient et où qu'ils aient lieu.

Sont toutefois garantis, les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et accomplissement du devoir professionnel ;

- le déplacement ou le séjour de l'adhérent, dans une des régions ou un des pays qui, compte tenu des événements vient à répondre à la définition au lexique. L'exclusion ne s'appliquera qu'à compter du 14^e jour suivant l'événement déclencheur ou la date de son inscription sur la liste du ministère des Affaires étrangères, sauf cas de force majeure (impossibilité pour l'adhérent de quitter le pays en question).

Cette exclusion de garantie peut être levée si l'assureur en a donné son accord par écrit, aux conditions définies dans les présentes dispositions générales à l'article 1.3.

4.2. Les risques exclus pour les garanties en cas de décès accidentel ou perte totale et irréversible d'autonomie par suite d'accident, les garanties incapacité temporaire de travail et invalidité permanente

En plus des exclusions indiquées à l'article 4.1, ne sont pas couverts les événements suivants et leurs conséquences :

- le fait intentionnel de l'adhérent ;
- la pratique par l'adhérent de toute activité sportive non représentée par une fédération sportive ;
- la pratique par l'adhérent de toute activité sportive sans respecter les règles de sécurité recommandées par les pouvoirs publics ou par la fédération du sport correspondant à l'activité ;
- la participation de l'adhérent à tout sport et / ou compétition à titre professionnel ;
- d'attentats ou d'actes de nature terroriste utilisant directement ou indirectement toute arme ou toute matière, qu'elle soit radioactive, d'origine chimique ou d'origine bactériologique ou virale ;
- les conséquences directes ou indirectes de la désintégration du noyau atomique ;
- si l'adhérent 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 ;
- l'éthylisme et ses conséquences ;
- si l'adhérent est sous l'emprise de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales.

Chapitre 5

Quels sont vos droits et obligations ?

5.1 Que faire en cas de sinistre ?

5.1.1 Comment déclarer le sinistre ?

Les pièces à fournir, pour obtenir le paiement des prestations, sont précisées dans les tableaux récapitulatifs de l'article 5.1.2.

En cas de décès

Le décès de l'assuré doit être déclaré dans les meilleurs délais possibles par le bénéficiaire, ou par l'entreprise, à l'assureur.

Modalités de paiement du capital et revalorisation

Lorsque l'ensemble des pièces demandées dont le détail est décrit à l'article 5.1.2 est parvenu, et sous réserve, qu'après étude par l'assureur du dossier, la garantie soit acquise, le montant du capital prévu et détaillé au certificat d'adhésion peut être payé.

Ce capital est revalorisé suivant les dispositions mentionnées à 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 à l'article 5.1.2 ou le cas échéant, jusqu'au dépôt de cette somme à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article R. 132-27-2 du Code des assurances.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie

Tout accident ou maladie pouvant entraîner une perte totale et irréversible d'autonomie doit être déclaré à l'assureur par l'adhérent ou par l'entreprise.

Sous peine de déchéance, la déclaration doit, sauf cas fortuit ou de force majeure, être faite par écrit dans un délai de six mois à partir du jour où

l'adhérent a été reconnu en invalidité permanente et totale par la Sécurité sociale.

En cas d'incapacité temporaire de travail

Il vous appartient de nous déclarer tout arrêt de travail d'une durée excédant la période de franchise et susceptible d'ouvrir droit aux prestations de la présente garantie.

Les arrêts de travail doivent être déclarés à l'assureur dans un délai d'un mois à partir de l'expiration de la période de franchise ; au-delà de ce délai, ils seront considérés comme s'étant produits le jour de leur déclaration, dans la mesure où l'assureur n'aura pas pu procéder au calcul des provisions nécessaires à la couverture du risque et intégrer les sommes correspondantes dans ses comptes.

En cas d'invalidité permanente

L'adhérent ou l'entreprise agissant pour le compte de l'adhérent doit déclarer l'invalidité à l'assureur dès réception de la notification de la Sécurité sociale.

Les invalidités, non déclarées à l'assureur dans le délai d'un mois à partir de la première date de notification par la Sécurité sociale seront considérées comme s'étant produites le jour de leur déclaration.

Cette disposition intervient de façon à limiter le préjudice subi par l'assureur, qui n'aura pas été mis en mesure de procéder au calcul des provisions nécessaires à la couverture du risque et de les intégrer dans ses comptes.

5.1.2 Quels sont les documents justificatifs à fournir ?

Compte tenu de la situation particulière de certains dossiers, l'assureur se réserve la possibilité de demander des pièces complémentaires à celles figurant dans les tableaux suivants.

En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie

Documents et justificatifs à transmettre dans les meilleurs délais	En cas de décès	En cas de perte totale et irréversible d'autonomie
Acte de décès	X	
Certificat médical indiquant la nature et les circonstances du décès (document à retourner à notre médecin-conseil sous pli confidentiel)	X	
Demande écrite de l'adhérent ou de son représentant légal		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 à notre médecin-conseil)		X
Notification d'attribution de la Sécurité sociale de la rente de 3 ^e catégorie d'invalidité ou du taux d'incapacité permanente de 100 % faisant apparaître l'allocation pour tierce personne		X
Copie intégrale de l'acte de naissance de l'adhérent	X	X
Copie intégrale de l'acte de naissance du conjoint	X	
Photocopie du ou des livrets de famille	X	X
Bulletins de paie de l'adhérent des 12 mois précédant l'événement	X	X
Photocopie du pacte civil de solidarité ou, pour le concubin, un certificat de vie maritale délivré par la mairie du lieu de domiciliation. À défaut, une déclaration sur l'honneur des deux concubins assortie d'une copie d'un justificatif d'identité et d'un justificatif de domicile.	X	X
Copie du contrat de formation en alternance ^{(1) (2)}	X	X
Attestation du paiement des allocations pour adulte handicapé	X	X
Ordonnance ou jugement de tutelle ⁽¹⁾	X	X
Copie du dernier avis d'imposition sur le revenu et attestation de l'administration fiscale précisant le nombre de personnes entrant dans le calcul du quotient familial et d'enfants recevant une pension alimentaire, au jour du décès ou de la demande ⁽²⁾	X	X
Copie du dernier avis d'imposition du partenaire lié par un pacte civil de solidarité ou du concubin	X	X

(1) Documents à remettre annuellement si une garantie rente éducation ou rente orphelin ou rente handicapé est souscrite.

(2) Documents à fournir lorsque l'application de la garantie dépend des enfants ou personnes à charge de l'adhérent.

À réception de l'ensemble des documents justificatifs, nous disposons d'un délai de trente jours pour statuer ou, éventuellement, demander des pièces complémentaires.

En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie accidentel

Les pièces à communiquer sont les mêmes que celles de la garantie en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie, auxquelles il conviendra de joindre tout document susceptible de démontrer le lien de cause à effet entre l'accident et le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie (copie du rapport de police, procès-verbal de gendarmerie, coupure de presse, etc.).

En cas d'incapacité temporaire de travail

Pièces justificatives	À l'origine de l'incapacité	En cours de versement
Certificat médical détaillé, à adresser à notre médecin-conseil 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	
Décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité sociale	X	X
Avis d'arrêt de travail initial	X	
Avis de prolongation d'arrêt de travail		X
Éventuellement, les bulletins d'hospitalisation	X	X
Si vous avez choisi une franchise réduite en cas d'accident ou d'hospitalisation : • en cas d'accident, le certificat médical attestant que l'arrêt de travail résulte d'un accident et décrivant ses causes et circonstances • en cas d'hospitalisation, un bulletin d'hospitalisation	X	
En cas de rechute, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection, ainsi que l'avis d'arrêt de travail mentionnant la rechute et les certificats de prolongations s'ils n'ont pas été fournis		X
En cas de mi-temps thérapeutique, justificatifs des salaires perçus		X

Pour la garantie charges sociales patronales, les bulletins de paie de l'adhérent seront demandés en plus des pièces à communiquer en cas d'incapacité temporaire de travail.

En cas d'invalidité permanente

Pièces justificatives	À l'origine de l'invalidité	Chaque trimestre	Chaque année
Notification définitive d'attribution de pension d'invalidité ou de rente d'incapacité permanente en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle, délivrée par la Sécurité sociale au moment de l'ouverture des droits	X		
Justificatif du paiement de la rente ou de la pension par la Sécurité sociale	X	X	X
Attestation sur l'honneur de non-activité professionnelle ou justificatif des salaires perçus	X		
Décompte des prestations Pôle emploi	X	X	X
Copie du dernier avis d'imposition pour bénéficier d'une éventuelle exonération de la CSG et / ou de la CRDS	X		
Relevé d'identité bancaire si l'adhérent souhaite recevoir sa rente par virement	X		

5.2 Contrôle et expertise médicale

L'adhérent doit apporter la preuve de son incapacité de travail ou de son invalidité. Il fournira à ce titre tous les éléments justificatifs qui peuvent lui être demandés, et se soumettra aux examens de contrôle effectués par le médecin expert mandaté par le médecin-conseil de l'assureur ou tout autre représentant mandaté par celui-ci.

Ainsi, l'adhérent s'engage à autoriser l'accès de son domicile ou lieu de traitement préalablement signalé par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique à l'assureur, sauf opposition justifiée.

Ce contrôle continue à s'exercer même après la résiliation du contrat, si l'adhérent bénéficie d'un maintien de prestations.

À défaut de pouvoir se soumettre au contrôle ou à cet examen médical, sauf s'il est justifié par un cas de force majeure, le service des prestations ou sa poursuite sera, selon la situation respectivement suspendu ou refusé. Les conclusions de l'examen médical seront communiquées à l'adhérent par le médecin-conseil de l'assureur. Elles peuvent conduire l'assureur à cesser le versement de ses prestations à la date de la visite du médecin, même si la Sécurité sociale continue son indemnisation.

Toute contestation de l'adhérent sur les conclusions de l'expert relatives à son état de santé entraînera la procédure qui suit :

- **expertise contradictoire** : en cas de désaccord sur les conclusions de l'expert de l'assureur, les parties peuvent procéder à une expertise amiable contradictoire durant laquelle chacune d'elles devra se faire assister par le médecin de son choix.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin ;

- **compromis d'arbitrage** : si un désaccord sur l'état de santé de l'adhérent subsiste après l'expertise contradictoire, les parties intéressées pourront convenir, si elles le souhaitent, de s'en remettre à un médecin tiers-arbitre désigné d'un commun accord. Faute d'entente sur le choix de ce dernier, il sera désigné par le président du tribunal judiciaire du domicile de l'adhérent situé en France.

Chaque partie paie les frais et honoraires du médecin qui l'assiste. En revanche, les honoraires du tiers arbitre, ainsi que, s'il y a lieu, les frais de sa nomination judiciaire sont payés par moitié par chacune des parties.

Les conclusions rendues par le tiers arbitre s'imposeront aux parties qui ne pourront former de recours ultérieur envers celles-ci.

5.3 La prescription

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 :

Articles L. 114-1

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action de l'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 2., les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Article L. 114-2 – Causes d'interruption de la prescription

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 ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés 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.

Article L. 114-3 – Caractère d'ordre public de la prescription

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

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.

Étendue 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.

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L. 114-3 du Code des assurances sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil reproduits ci-après dans leur version en vigueur au 1^{er} janvier 2020 :

Article 2233 du Code civil

La prescription ne court pas :

1. à l'égard d'une créance qui dépend d'une condition, jusqu'à ce que la condition arrive ;
2. à l'égard d'une action en garantie, jusqu'à ce que l'éviction ait lieu ;
3. à l'égard d'une créance à terme, jusqu'à ce que ce terme soit arrivé.

Article 2234 du Code civil

La prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi, de la convention ou de la force majeure.

Article 2235 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre les mineurs non émancipés et les majeurs en tutelle, sauf pour les actions en paiement ou en répétition des salaires, arrérages de rente, pensions alimentaires, loyers, fermages, charges locatives, intérêts des sommes prêtées et, généralement, les actions en paiement de tout ce qui est payable par années ou à des termes périodiques plus courts.

Article 2236 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue entre époux, ainsi qu'entre partenaires liés par un pacte civil de solidarité.

Article 2237 du Code civil

Elle ne court pas ou est suspendue contre l'héritier acceptant à concurrence de l'actif net, à l'égard des créances qu'il a contre la succession.

Article 2238 du Code civil

La prescription est suspendue à compter du jour où, après la survenance d'un litige, les parties conviennent de recourir à la médiation ou à la conciliation ou, à défaut d'accord écrit, à compter du jour de la première réunion de médiation ou de conciliation. La prescription est également suspendue à compter de la conclusion d'une convention de procédure participative ou à compter de l'accord du débiteur constaté par l'huissier de justice pour par-

ticiper à la procédure prévue à l'article L. 125-1 du Code des procédures civiles d'exécution.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter de la date à laquelle soit l'une des parties ou les deux, soit le médiateur ou le conciliateur déclarent que la médiation ou la conciliation est terminée. En cas de convention de procédure participative, le délai de prescription recommence à courir à compter du terme de la convention, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois. En cas d'échec de la procédure prévue au même article, le délai de prescription recommence à courir à compter de la date du refus du débiteur, constaté par l'huissier, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois.

Article 2239 du Code civil

La prescription est également suspendue lorsque le juge fait droit à une demande de mesure d'instruction présentée avant tout procès.

Le délai de prescription recommence à courir, pour une durée qui ne peut être inférieure à six mois, à compter du jour où la mesure a été exécutée.

Ces différents articles peuvent évoluer en cours de vie du contrat. Ces articles sont disponibles à la rubrique « Les codes en vigueur » du site Internet du service public de la diffusion du droit (<http://www.legifrance.gouv.fr>) ou sur simple demande écrite auprès de l'assureur.

5.4 Quand intervient la subrogation ?

Conformément aux articles L. 121-12 et L. 131-2 du Code des assurances, l'assureur est subrogé dans les droits du bénéficiaire des prestations, pour exercer son recours, en cas de sinistre, contre les tiers responsables jusqu'à concurrence des prestations et indemnités versées en application de cette adhésion.

5.5 Quelles procédures devez-vous observer en cas de litiges et réclamations ?

Votre premier contact : votre interlocuteur habituel

En cas de réclamation concernant votre contrat, vous êtes invité, dans un premier temps, à prendre contact avec votre conseiller habituel (conseiller commercial ou service client).

Pour une gestion plus rapide, vous avez la possibilité de formuler votre réclamation depuis votre Espace Client *MySwissLife*.

Il vous suffit de cliquer sur « Nous contacter », de sélectionner le contrat concerné puis le formulaire « Effectuer une réclamation ».

Votre deuxième contact : le service réclamations

Si un désaccord persiste, vous pouvez vous adresser à notre service réclamations :

SwissLife Prévoyance et Santé
Service réclamations
TSA 36003
59781 Lille Cedex

En dernier recours : la Médiation de l'Assurance

La Médiation de l'Assurance ne peut être saisie qu'après épuisement des procédures internes 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.

5.6 L'autorité de contrôle

L'autorité administrative chargée du contrôle de l'assureur est l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située au 4, place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09.

5.7 Données à caractère personnel

Dans le cadre de nos relations, Swiss Life est amenée à collecter vos données personnelles dans le respect du règlement général sur la protection des données (RGPD), de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978 modi-

fiée, et des référentiels édictés par la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés).

Les objectifs poursuivis par la collecte de vos données et les fondements juridiques des traitements de vos données personnelles sont les suivants :

Finalité : passation, gestion, exécution des contrats d'assurance	Bases légales des traitements
• Étude des besoins spécifiques de chaque assuré afin de proposer des contrats adaptés • Examen, acceptation, contrôle et surveillance du risque • Exécution des garanties des contrats • Gestion des contrats et gestion des clients • Exercice des recours • Gestion des réclamations et des contentieux • Exécution de dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur (il peut notamment s'agir de traitements relatifs à l'exécution des règles fiscales, sociales, etc. ou encore des obligations relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme) • Mise en place d'actions de prévention proposées par l'assureur • Gestion du client intra-groupe • Conduite d'activités de recherche et développement • Opérations de communication et de fidélisation de la clientèle ou d'amélioration de la qualité du service • Respect des obligations prudentielles prévues par la législation européenne et la législation nationale	Exécution du contrat Respect d'obligations légales Intérêt légitime
Finalité : lutte contre la fraude à l'assurance	Bases légales des traitements
• Analyse et détection des actes réalisés dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution des contrats présentant une anomalie, une incohérence, ou ayant fait l'objet d'un signalement pouvant révéler une fraude à l'assurance • Gestion des alertes en cas d'anomalies, d'incohérences ou de signalements • Constitution de listes des personnes dûment identifiées comme auteurs d'actes pouvant être constitutifs d'une fraude • Gestion des procédures amiables, contentieuses, et disciplinaires consécutives à un cas de fraude • Exécution des dispositions contractuelles, législatives, réglementaires ou administratives en vigueur applicables consécutivement à une fraude Ces traitements permettent de prévenir, de détecter ou de gérer les opérations, actes, ou omissions présentant un risque de fraude.	Intérêt légitime
Finalité : prospection commerciale	Bases légales des traitements
• Réalisation des opérations relatives à la gestion des prospects • Acquisition, cession, location ou l'échange des données relatives à l'identification des prospects de l'organisme d'assurance	Intérêt légitime

Durées de conservation des données personnelles

Les données traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution des contrats sont conservées durant toute notre relation, et jusqu'à expiration des durées légales de prescription. En cas de non-conclusion d'un contrat, les données (notamment les données de santé) pourront être conservées pour une durée maximale de 5 ans à compter de leur collecte ou du dernier contact émanant du demandeur.

Dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance, les données pourront être conservées pour une durée de 5 ans à compter de la clôture du dossier de fraude si l'alerte est confirmée, et en cas de procédure judiciaire, ces données pourront être conservées jusqu'au terme de la procédure. Ces informations seront ensuite archivées.

En cas d'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, les données pourront être conservées 5 ans maximum à compter de l'inscription.

Dans le cadre de la prospection commerciale, les données sont conservées pour une durée de trois ans maximum après le dernier contact ou la fin de la relation contractuelle.

Destinataires des données personnelles

Les données personnelles sont destinées dans la limite de leurs attributions :

- aux services de l'assureur ou à d'autres entités du groupe Swiss Life dès lors que leurs missions le justifient, et notamment à des fins de reporting, de lutte contre la fraude, de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, d'audit et de contrôle ;
- à nos réassureurs ou co-assureurs, intermédiaires, partenaires, ou sous-traitants, et à d'autres sociétés d'assurance si celles-ci sont impliquées dans la gestion du contrat (exemple : assureur du tiers victime) ;
- à des organismes susceptibles d'intervenir dans l'exécution des contrats d'assurance, tels les organismes publics habilités (administration fiscale, ministères concernés, autorités de tutelle, régimes

sociaux...), ainsi qu'à des organismes professionnels (notamment à l'Agence de lutte contre la fraude à l'assurance ou l'Association pour la gestion des informations sur le risque en assurance), ou encore aux médiateurs, notaires, avocats, ou juridictions s'il y a lieu.

Vos données sont traitées par Swiss Life en France ou au sein de l'Union européenne. Toutefois, si des données personnelles doivent faire l'objet de transferts vers des pays tiers (notamment à destination de nos sous-traitants), Swiss Life prendra toutes les garanties nécessaires pour encadrer ces transferts (notamment encadrement des transferts à l'aide de clauses contractuelles types émises par la Commission européenne) et veiller à ce que la protection de vos données s'effectue dans des conditions adaptées permettant de garantir leur sécurité et l'effectivité de vos droits.

Droits sur vos données

Vous disposez de droits sur ces données :

- **droit d'accès** : vous pouvez obtenir des informations concernant le traitement de vos données ainsi qu'une copie de ces données (N.B. : concernant les données traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, le droit d'accès s'exerce auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés) ;
- **droit de rectification** : si vos données sont inexacts ou incomplètes, vous pouvez demander à ce qu'elles soient modifiées ou complétées ;
- **droit d'opposition** au traitement des données à caractère personnel pour des motifs légitimes, ou droit d'opposition sans motif concernant l'utilisation de vos données à des fins de prospection commerciale. Concernant la prospection par téléphone, vous pouvez aussi vous opposer en vous inscrivant gratuitement sur la liste d'opposition nationale Bloctel (www.bloctel.gouv.fr) qui interdit aux professionnels avec lesquels vous n'avez pas de relation contractuelle en cours, de vous démarcher par téléphone ;
- **droit à la limitation** des données à caractère personnel ;

- **droit à l'effacement** : vous pouvez demander l'effacement de vos données sous réserve de l'application de votre contrat ou d'obligations légales de conservation s'appliquant à l'assureur ;
- **droit à la portabilité des données** : vous pouvez demander que les données personnelles que vous nous avez personnellement fournies vous soient rendues ou, lorsque cela est techniquement possible, soient transférées à un tiers ;
- **droit de retirer votre consentement** si l'utilisation des données est fondée sur votre autorisation spéciale et expresse ;
- **droit de définir des directives** relatives au sort des données à caractère personnel après votre décès.

Ces droits peuvent s'exercer par un courrier adressé au DPO – Swiss Life – Direction gouvernance et qualité de la donnée – 7, rue Belgrand, 92300 Levallois-Perret ; ou par e-mail à dposwisslife@swisslife.fr ; ou auprès du médecin-conseil de Swiss Life à l'adresse précitée pour toutes demandes liées à des données médicales.

Vous pouvez également en cas de réclamation choisir de contacter la CNIL : <https://www.cnil.fr>

Concernant vos données, vous pouvez également vous reporter à tout moment à la politique de protection des données sur notre site Internet : www.swisslife.fr.

5.8 Dispositions relatives à la dématérialisation et aux opérations valant convention de preuve

5.8.1 Dématérialisation des échanges entre le souscripteur et l'assureur

Dès lors que le souscripteur transmet à l'assureur une adresse de courrier électronique valide, l'assureur pourra délivrer toutes informations et, plus généralement, adresser toutes correspondances quelconques au souscripteur par voie électronique, à savoir, sur le site Internet ou par courrier électronique (e-mail).

Il appartient au souscripteur d'aviser immédiatement l'assureur de tout changement d'adresse e-mail.

Le souscripteur déclare et reconnaît en outre que tout écrit qui lui sera transmis par l'assureur sur support électronique sur le site Internet aura force probante de son envoi et de sa réception et pourra lui être valablement opposé par l'assureur.

Pour conserver un envoi postal, sans frais, le souscripteur pourra adresser sa demande par courrier, en indiquant son identifiant personnel ainsi que son adresse e-mail, à Swiss Life – Service support papier – 1, rue du Maréchal de Lattre de Tassigny – 59671 Roubaix Cedex 1.

5.8.2 Opérations transmises par voie électronique (« opérations en ligne »)

Durant la durée de son contrat, le souscripteur a la faculté de demander certaines opérations par le site Internet : <http://www.Swisslife.fr> au travers de son espace client sécurisé.

Le site mis à disposition du souscripteur lui permet d'effectuer des demandes d'opérations. Les demandes ou les validations du souscripteur sur le site sont transmises directement par voie électronique à l'assureur ; l'assureur les exécute comme demandes d'opérations du souscripteur, dans les délais éventuellement prévus au contrat, courant à compter de la demande ou de la validation du souscripteur. Ces demandes et validations sont, aux termes du présent contrat, des opérations en ligne.

Certains actes, notamment l'acceptation par le bénéficiaire, ne pourront être faits en ligne. Les opérations concernées seront alors transmises uniquement sur support papier et par voie postale.

En cas de suspension ou de suppression de l'accès à l'une des opérations en ligne, le souscripteur transmettra ses instructions de gestion sur support papier et par voie postale.

Toute demande d'opération reçue par l'assureur, par voie électronique ou sur support papier, dès lors qu'elle entre dans les conditions du contrat d'assurance, est mise à exécution. Cette exécution sera considérée comme parfaite et ne pourra engager la responsabilité de l'assureur.

Le souscripteur reconnaît de manière expresse et irrévocable que le recours aux opérations en ligne ne constitue pas une condition essentielle et déterminante de sa souscription au contrat.

Toute opération demandée en ligne par le souscripteur donne lieu à l'envoi à celui-ci d'un courrier électronique (e-mail), dans les 12 heures.

Le souscripteur sera réputé de convention expresse et irrévocable, avoir pris connaissance de manière incontestable dudit message du seul fait de son expédition à l'adresse e-mail connue de l'assureur.

À défaut de réception de ce courrier électronique dans les 12 heures de la demande d'opération, le souscripteur doit immédiatement en informer l'assureur en précisant les informations qui ont été saisies sur le site de son conseiller ; l'assureur s'engage, dans ce cas, à effectuer une vérification dans le système d'information et à envoyer un mail au souscripteur l'informant de la situation de sa demande. Le souscripteur doit également faire part immédiatement à l'assureur de toute anomalie. À défaut, toute conséquence directe ou indirecte d'une inexécution ou d'une erreur dans l'exécution ne pourrait être opposée à l'assureur.

Pour informer l'assureur, le souscripteur adressera un e-mail à l'adresse suivante : contact.serviceclients@swisslife.fr.

5.8.3 Dispositions diverses

Le souscripteur est informé que les dispositions relatives notamment aux conditions d'accès au site, d'attribution des identifiant et mot de passe dans le cadre de la dématérialisation et aux opérations en ligne figurent dans les conditions générales d'utilisation dont le souscripteur est tenu de prendre connaissance et d'accepter les termes lors de sa première connexion au site.

*Nous permettons à chacun
de vivre selon ses propres choix.*