

NOTICE D'INFORMATION

EXCELL - EXIAL

Société suisse
santé



Swiss Life



Le présent document constitue la notice d'information prévue par la législation. Il résume les dispositions des contrats d'assurance collective à adhésion individuelle EXCELL - EXIAL "Maintien des revenus" N° 5 000 004 et 5 000 005 et EXCELL - EXIAL "Remboursement des frais généraux" N° 5 000 006, souscrits par l'Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité (AGIS), 66 rue Taibout, 75009 PARIS ci-après dénommée "Association", auprès de la Société suisse santé, nommée ci-après "assureur". Les conditions d'adhésion sont régies par le Code des Assurances, les contrats d'assurance collective mentionnés ci-dessus, la présente notice d'information et les Dispositions Personnelles remises à l'adhérent.

Quelques définitions pour mieux nous comprendre

Pour vous faciliter la lecture de ce document, nous avons défini certains termes fréquemment utilisés.

NOUS : désigne la Société suisse santé.

ASSUREUR : désigne également la Société suisse santé.

ASSURÉ : la ou les personne(s) garantie(s) par les contrats et désignée(s) aux Dispositions Personnelles.

ADHÉRENT : la personne ayant demandé son adhésion et désignée aux Dispositions Personnelles. Elle est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au contrat.

MALADIE : toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente. Sont notamment considérées comme maladie : les hernies, ptôses, lombagos, scolioses, lordoses, ainsi que les congestions, insulations, sauf si elles sont consécutives à un accident garanti.

ACCIDENT : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

HOSPITALISATION : séjour 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.

ARRÊT DE TRAVAIL :

a - Incapacité temporaire totale de travail : impossibilité momentanée pour l'assuré d'exercer toute occupation professionnelle par suite de maladie ou d'accident, reconnue médicalement.

b - Invalidité permanente totale ou partielle : réduction de l'intégrité physique ou intellectuelle de l'assuré l'empêchant de façon définitive d'exercer totalement ou partiellement toute activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident.

DATE DE CONSOLIDATION : c'est le moment où, 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.

1 - OBJET DE L'ASSURANCE

L'objet de l'assurance est de faire bénéficier les personnes assurées des garanties indiquées aux Dispositions Personnelles en cas de maladie ou d'accident.

Selon la formule, les garanties sont choisies parmi les suivantes :

- Maintien des revenus
- Garanties indemnités journalières
- Rente invalidité
- Remboursement des frais généraux.

EXCELL et EXIAL prévoient le versement d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail lié à une incapacité temporaire totale d'exercer une activité professionnelle. Ces indemnités ont pour but de maintenir tout ou partie du revenu professionnel et/ou rembourser les frais généraux professionnels.

EXCELL prévoit également le versement d'une rente en cas d'invalidité.

Les dispositions qui suivent s'appliquent aux garanties EXCELL et EXIAL sauf indication particulière.

2 - QUI PEUT SOUSCRIRE ?

L'adhésion au contrat est réservée aux artisans, commerçants, exploitants agricoles, professions libérales et chefs d'entreprise, membres de l'AGIS qui exercent une activité professionnelle sous statut de travailleurs non salariés.

Ces personnes doivent être affiliées auprès de la caisse ou du régime obligatoire professionnel de prévoyance et de retraite dont relève leur activité.

Leur conjoint ayant le statut de conjoint collaborateur et affilié en tant que tel auprès des régimes obligatoires, peut également adhérer au contrat dans les conditions qui leur sont réservées.

Pour être admis à l'assurance, l'assuré doit être âgé de moins de 61 ans pour EXCELL, et de moins de 51 ans pour EXIAL.

Dispositions spécifiques au contrat N° 5 000 005, contrat spécifique EXCELL - EXIAL loi Madelin pour les garanties

MAINTIEN DES REVENUS : en complément aux dispositions mentionnées ci-dessus, l'adhérent souhaitant bénéficier des dispositions offertes par la loi Madelin, pour EXCELL - EXIAL "MAINTIEN DES REVENUS", adhère au contrat N° 5 000 0005 sous réserve d'être à jour de ses cotisations aux régimes obligatoires de base dont il relève.

3 - QUELLES SONT LES FORMALITÉS D'ADHÉSION ?

Pour adhérer aux contrats, l'adhérent doit remplir, dater et signer une demande d'adhésion comportant notamment des indications relatives à la situation personnelle et professionnelle des personnes à assurer et un questionnaire concernant leur état de santé. Selon les réponses apportées, l'assureur peut être amené à

refuser sa garantie ou la subordonner à un complément d'information ou à un examen de santé.

En cours d'assurance, toute augmentation ou adjonction de garantie entraîne de nouvelles formalités d'admission.

4 - QUELLES SONT LES INFORMATIONS À COMMUNIQUER EN COURS D'ADHÉSION ?

L'adhérent doit nous déclarer :

- tout changement de profession,
- les modifications des conditions d'exercice de sa profession,
- la minoration éventuelle des revenus et/ou des frais généraux,
- la cessation ou le changement d'affiliation au Régime Obligatoire,
- le changement de domicile ou sa fixation hors de France métropolitaine.

Si la modification déclarée constitue une aggravation ou une diminution de risque, l'assureur proposera de nouvelles conditions de garantie et de cotisation à l'adhérent. Dans ce cas, l'adhérent peut demander la résiliation de son adhésion dans les

30 jours suivant la date à laquelle il a eu connaissance des nouvelles dispositions.

En cas de déclaration tardive de cette modification, l'assureur peut appliquer à l'adhérent la déchéance du droit à indemnisation, s'il est établi que ce retard a causé préjudice à l'assureur.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte entraîne l'application des sanctions prévues par le code des assurances :

- Article L 113.8 — Nullité de l'adhésion,
- Article L 113.9 — Réduction des indemnités.

5 - QUAND L'ADHÉSION PREND - ELLE EFFET ?

En cas d'accord, l'assureur délivre à l'adhérent des Dispositions Personnelles précisant les conditions de garantie. La garantie prendra effet le lendemain à midi du jour du paiement de la

première cotisation et au plus tôt à la date indiquée aux Dispositions Personnelles.

6 - QUELLE EST LA DURÉE DE L'ADHÉSION ?

L'adhésion d'un assuré est conclue pour une durée d'un an à compter de la date d'effet initiale des garanties. Elle est ensuite reconduite tacitement d'année en année.

Elle peut être résiliée dans les conditions prévues aux paragraphes 16 et 17.

7 - LES GARANTIES "MAINTIEN DES REVENUS" EXCELL ET EXIAL

7.1 LA GARANTIE INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EXCELL ET EXIAL

7.1.1 - Objet de la garantie

EXCELL et EXIAL prévoient le paiement d'indemnités en cas d'incapacité temporaire totale de travail causée par une maladie ou un accident. Les indemnités ont pour but de maintenir tout ou partie du revenu professionnel net de l'assuré.

Par ailleurs avec **EXCELL**, si l'assuré, atteint d'une affection de longue durée définie à l'article L322-3-3° du code de la sécurité sociale (à l'exception des psychoses, troubles graves et arriération mentale) ayant fait l'objet d'une indemnisation reprend, pour des raisons thérapeutiques, une activité professionnelle à mi-temps, nous pourrions être amenés à poursuivre notre indemnisation pendant une durée maximum de 3 mois après étude et avis de notre Médecin Conseil. Dans ce cas, l'indemnité sera réduite de moitié.

7.1.2 - Montant de l'indemnité

Nous garantissons le paiement des indemnités assurées et indiquées aux Dispositions Personnelles.

A l'adhésion, ces indemnités doivent être choisies de façon à ne pas entraîner, en cas d'arrêt de travail, un dépassement du revenu professionnel net de l'assuré, compte tenu des indemnités pouvant être garanties par ailleurs (contrat d'assurance, régime de prévoyance obligatoire ou facultatif). Si en cours d'adhésion le revenu professionnel se réduisait, l'indemnité devrait être réduite de manière correspondante, moyennant ajustement de la cotisation.

7.1.3 - Franchise

Ces indemnités journalières sont versées pour chaque journée d'arrêt de travail garantie intervenant après le nombre de jours qui constitue la franchise choisie et indiquée aux Dispositions Personnelles.

- Avec **EXIAL**, en cas d'hospitalisation, les indemnités journalières sont versées dès le 4^{ème} jour suite à une hospitalisation d'une durée minimum de 3 jours (3 nuits) pour les franchises inférieures ou égales à 60 jours.
- Avec **EXCELL**, et pour les franchises inférieures ou égales à 30 jours, l'option **rachat de franchise en cas d'hospitalisation**

permet, si elle est souscrite, de percevoir les indemnités journalières :

- dès le 4^{ème} jour suite à une hospitalisation d'une durée minimum de 3 jours (3 nuits) nécessitée par une maladie,
- dès le 1^{er} jour d'hospitalisation, s'il s'agit d'une hospitalisation de plus de 24 h consécutives, nécessitée par un accident.

7.1.4 - Rechute

Lorsqu'une rechute intervient dans un délai de 3 mois après une affection ayant déjà fait l'objet d'une indemnisation, les indemnités sont versées à compter du 1^{er} jour du nouvel arrêt de travail et à concurrence de la durée maximale prévue aux Dispositions Personnelles, déduction faite de la durée de la 1^{ère} indemnisation.

En revanche la franchise sera à nouveau appliquée pour toute rechute qui surviendrait après une reprise d'activité ininterrompue de plus de 3 mois et à concurrence de la durée maximale prévue aux Dispositions Personnelles, déduction faite de la durée de la 1^{ère} indemnisation.

7.1.5 - Durée d'indemnisation

La durée maximum de versement des prestations, pour une maladie ou un accident, et les suites qu'ils peuvent provoquer, est fixée aux Dispositions Personnelles.

Pour tout arrêt de travail consécutif à une maladie mentale ou à une maladie neuro-dépressive, la durée maximum d'indemnisation est de 6 mois pour toute la durée de l'adhésion.

Cette indemnisation est limitée aux périodes d'hospitalisation pour EXIAL et n'excède pas 6 mois.

7.1.6 - Entrée en vigueur de la garantie

Les garanties, ainsi que leurs augmentations ou les extensions d'assurance prévues par avenant sont acquises :

- **Dès la date d'effet de l'adhésion** pour les accidents et maladies infectieuses suivantes : grippe,

angine, rhinopharyngite, coqueluche, varicelle, rubéole, oreillons, scarlatine, diphtérie, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, dysenterie, fièvre typhoïde et paratyphoïde.

• **Après un délai d'attente** décompté à partir de la prise d'effet de l'adhésion de :

- **6 mois** pour les autres maladies sauf

- **12 mois** pour les grossesses pathologiques et les maladies mentales ou maladies neuro-dépressives.

À noter : EXIAL ne couvre pas les grossesses et accouchements.

Tout événement survenant pendant le délai d'attente ne sera jamais garanti.

Ces délais d'attente peuvent être réduits ou abrogés dans les conditions prévues aux Dispositions Personnelles.

7.1.7 - Règlement des indemnités

L'indemnité est calculée en fonction du nombre de jours d'arrêt de travail garantis (1 jour = 1/30^e du montant mensuel des indemnités prévues aux Dispositions Personnelles). Le règlement de l'indemnité aura lieu dans le mois qui suit la remise des pièces justificatives, et après accord des parties. Lorsque la durée de l'incapacité est supérieure à 1 mois, l'indemnité pourra être versée par fractions mensuelles d'arrêt de travail et à concurrence des jours dûs.

7.1.8 - Fin de la garantie

La garantie et le versement de l'indemnité éventuellement en cours cessent à la fin de l'année au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 65 ans. Toutefois, en cas de départ en retraite de l'assuré avant cette date, la garantie et le versement cessent à la date d'entrée en jouissance des droits à la retraite.

7.2 LA RENTE INVALIDITÉ – EXCELL

Cette garantie est obligatoirement souscrite en complément de la garantie incapacité temporaire totale de travail **EXCELL**.

7.2.1 - Objet de la garantie

EXCELL garantit, en relais du versement des indemnités journalières, le paiement d'une rente en cas d'invalidité permanente totale ou partielle consécutive à une maladie ou un accident mettant l'assuré dans l'impossibilité d'exercer totalement ou partiellement une activité professionnelle.

Le versement de cette rente met fin au service des indemnités journalières.

Cette rente sera versée dès lors qu'à l'expiration d'un arrêt de travail couvert par les indemnités journalières, l'état de santé de l'assuré le met dans l'impossibilité présumée définitive de reprendre tout ou partie de toute activité professionnelle. Le point de départ du versement de la rente sera la date de consolidation.

7.2.2 - Garanties

L'adhérent a la possibilité de choisir entre les 2 options suivantes :

- option 1 : elle prévoit la couverture de l'invalidité totale ou partielle.
- option 2 : elle couvre uniquement l'invalidité totale, c'est-à-dire à partir d'un taux d'invalidité de 66 % (déterminé selon les modalités indiquées au paragraphe 7.2.5).

7.2.3 - Montant de la rente d'invalidité

Le montant de la rente garanti est indiqué aux Dispositions Personnelles.

A la souscription de la garantie, ce montant doit être choisi de façon à ne pas entraîner en cas d'invalidité, un dépassement du revenu professionnel net de l'assuré, compte tenu des indemnités pouvant être garanties par ailleurs (contrat d'assurance, régime de prévoyance obligatoire ou facultatif, de groupe ou personnel). Si, en cours de contrat, le revenu professionnel de l'assuré se réduisait, l'indemnité devrait être réduite de manière correspondante moyennant ajustement de la cotisation.

En outre, une personne atteinte d'une invalidité qui reprendrait une activité à temps plein ou à temps partiel peut se voir, selon le niveau de son revenu, réduire ou supprimer la rente prévue.

7.2.4 - Ce qui n'est pas garanti

L'état d'invalidité résultant des suites d'un arrêt de travail pour lequel l'assuré n'a pas droit au versement des indemnités journalières, ainsi que celui consécutif à une maladie mentale ou à une maladie neuro-dépressive.

7.2.5 - Détermination du taux d'invalidité

La nature et le taux d'invalidité sont fixés par le Médecin Conseil de l'assureur. Il y a invalidité lorsque l'assuré présente simultanément, après consolidation une incapacité fonctionnelle (physique ou mentale) et une incapacité professionnelle.

L'incapacité fonctionnelle est déterminée d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et intellectuelles de l'assuré. Elle est établie selon le barème fonctionnel indicatif des incapacités en droit commun.

L'incapacité professionnelle est appréciée selon la nature de l'invalidité de l'assuré par rapport à l'exercice de sa profession, en prenant en considération les aptitudes, sa qualification professionnelle ainsi que sa capacité à effectuer une éventuelle reconversion.

Les taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle ainsi définis, le taux d'invalidité est déterminé d'après le tableau suivant :

DEGRÉ D'INCAPACITÉ PROFESSIONNELLE	DEGRÉ D'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10				29	33	37	40	43	46
20			32	37	42	46	50	55	59
30		30	36	42	48	53	58	62	67
40	25	33	40	46	52	58	64	69	74
50	27	36	43	50	56	63	68	74	79
60	29	38	46	53	60	66	73	79	84
70	30	40	48	56	63	70	77	83	89
80	32	42	50	58	66	74	80	87	93
90	33	43	52	61	69	76	83	90	97
100	34	45	54	63	71	79	86	93	100

7.2.6 - Calcul de la rente versée

Le montant de la rente est calculé en fonction du taux d'invalidité (T) :

- si le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 66 %, nous versons l'intégralité de la rente assurée,
- si le taux (T) est, ou devient inférieur à 66 % mais est supérieur ou égal à 33 %, le montant de la rente versée est égal à $3T/2$ fois le montant de la rente assurée,
- dès que le taux est inférieur à 33 % : la rente n'est pas due ou cesse d'être versée.

7.2.7 - Revalorisation des rentes en cours de service

Nous revalorisons, chaque année les rentes en cours de service à la date anniversaire de leur échéance, en fonction de la valeur du point de retraite des cadres (AGIRC), dans la limite des sommes disponibles dans le fonds de revalorisation constitué à cet effet.

7.2.8 - Révision

La rente est toujours accordée à titre temporaire ; le taux d'invalidité peut être révisé périodiquement en fonction de

l'aggravation ou de l'amélioration de l'état de l'invalidité de l'assuré. En outre, l'assuré devra nous déclarer toute modification du taux d'invalidité attribué par son régime de prévoyance obligatoire.

7.2.9 - Invalidités multiples

Si en cours d'adhésion, plusieurs maladies ou accidents se déclarent successivement, la rente est calculée sur la base du taux d'invalidité global résultant de l'ensemble de ces maladies ou accidents.

7.2.10 - Règlement de la rente

La rente est versée par trimestre échu.

7.2.11 - Fin de la garantie

La garantie et le versement de la rente éventuellement en cours cessent à la fin de l'année au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 65 ans. Toutefois, en cas de départ en retraite de l'assuré avant cette date, la garantie et le versement cessent à la date d'entrée en jouissance des droits à la retraite.

8 - CE QUI N'EST PAS GARANTI

Les accidents ou maladies et leurs suites et conséquences dont la première constatation médicale est antérieure à la prise d'effet des garanties et mentionnés aux Dispositions Personnelles ne sont pas pris en charge.

En outre, le contrat ne garantit pas l'attribution des indemnités consécutives à l'un des événements suivants :

- actes intentionnels de l'assuré,
- usage de drogues ou de stupéfiants non médicalement prescrits,
- alcoolisme, ivresse ou démence,
- guerre étrangère, guerre civile,
- participation active de l'assuré à des rixes, émeutes et mouvements populaires, à des actes de terrorisme ou de sabotage,
- cataclysme,
- désintégration de noyau atomique, émission de radiation ionisante et tout phénomène de radioactivité,
- accomplissement du service militaire ou de périodes militaires supérieures à 1 mois

Sont également exclus de la garantie :

- les traitements esthétiques ou de rajeunissement,
- la pratique des sports à titre professionnel ou à titre amateur avec compétitions au niveau national ou international, ainsi que les entraînements afférents,
- la pratique des sports mécaniques, aériens, de l'alpinisme et de la spéléologie,
- les grossesses, accouchements, fausses couches ainsi que leurs suites et conséquences,
Toutefois, EXCELL garantit les grossesses et accouchements pathologiques déclarés comme tels par une autorité médicale compétente et reconnu par le Médecin Conseil de l'assureur. Elle sera justifiée par un certificat médical du gynécologue obstétricien et inscrite en tant que telle sur le carnet de maternité de l'assurée.
- les repos pré ou postnataux fixés à 6 semaines avant l'accouchement et 10 semaines après celui-ci (y compris en cas de grossesse pathologique).

9 - COMMENT PROCÉDER AU MOMENT DE L'ARRÊT DE TRAVAIL ?

Pour percevoir les indemnités journalières ou la rente, l'assuré doit :

- Déclarer à l'assureur son incapacité de travail ou son invalidité dans les 5 jours après qu'il en ait eu connaissance, sauf cas fortuit ou de force majeure.
- Nous transmettre, dans les mêmes délais, tout certificat médical prescrivant une prolongation de l'arrêt de travail et fixant la durée de cette prolongation.

En cas de déclaration tardive d'un arrêt de travail ou d'une prolongation, la prise en considération de ceux-ci intervient à partir de la date à laquelle ils sont notifiés à l'assureur.

- Nous faire parvenir l'imprimé "déclaration d'arrêt d'activité" dûment complété, en précisant les nom, adresse, âge, profession et domicile de l'assuré, la nature de l'affection, le nom et l'adresse du médecin traitant, éventuellement le lieu de l'hospitalisation et, s'il s'agit d'un accident, la date, l'heure, les circonstances et le lieu de survenance de celui-ci.

La partie "attestation médicale initiale" de cette déclaration doit être complètement rédigée.

- Nous faire parvenir la justification de l'exercice effectif d'une activité professionnelle au début de l'incapacité temporaire de travail.
- Nous transmettre les décomptes des indemnités journalières versées par les caisses ou les régimes de prévoyance

professionnelle, obligatoire ou facultatif.

- Nous transmettre, en cas d'invalidité, au plus tôt dès que l'assuré en a connaissance, la notification de mise en invalidité par son régime de prévoyance professionnel obligatoire.
- Nous transmettre la justification de ses revenus et / ou de ses frais généraux.

Renseignements complémentaires

Notre Médecin Conseil peut demander à l'assuré tout renseignement complémentaire sur la maladie ou l'accident traité, et notamment de répondre à un questionnaire ou de fournir une attestation médicale.

L'assuré peut lui communiquer ces renseignements soit directement, soit par l'intermédiaire de son médecin.

Par ailleurs, l'assuré s'engage à autoriser l'accès de son domicile ou de sa résidence, sauf opposition justifiée, au délégué de l'assureur pour mission d'information ou à son Médecin Conseil tous les jours ouvrables entre 9 heures et 21 heures.

L'indemnité est seulement payée pendant le temps où l'assuré réside au lieu de son domicile, le paiement cesse s'il le quitte sans autorisation préalable de l'assureur. Cette autorisation est censée être donnée si l'assuré doit se rendre dans une clinique ou un hôpital situé en dehors du lieu de son domicile.

Expertise

Sauf cas de force majeure, l'assuré malade ou accidenté doit le cas échéant, à notre demande, se soumettre à l'examen d'un médecin mandaté par nous. Les frais de cet examen sont à notre charge. La décision sera communiquée à l'assuré par notre Médecin Conseil. Si l'assuré ne l'a pas contesté dans les 30 jours, le diagnostic du Médecin Conseil est considéré comme acquis. En cas de désaccord, l'assuré doit transmettre une attestation médicale contradictoire. Dans le cas d'avis médicaux contradictoires, les médecins désignent un expert (s'ils n'y parviennent pas, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du lieu

du domicile de l'assuré). Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Les honoraires de l'expert et les éventuels frais de sa nomination sont supportés moitié par nous, moitié par l'assuré. Tant que cette expertise amiable n'a pas eu lieu, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire.

Sanctions : si l'assuré ne respecte pas un des points précédemment énoncés, nous pouvons refuser notre indemnisation.

10 - AGGRAVATION INDÉPENDANTE DE L'ÉVÉNEMENT GARANTI

Chaque fois que les conséquences d'un accident ou d'une maladie seront aggravées par l'état constitutionnel de l'assuré, par l'action d'une autre maladie ou d'une infirmité antérieure non garantie, par un manque de soins constaté dû à la négligence de l'assuré ou à un traitement empirique, la durée de

paiement des indemnités sera déterminée par le Médecin Conseil de l'assureur, non en fonction de la durée réelle d'arrêt de travail, mais de celle qu'elle aurait été chez un sujet de santé normale soumis à un traitement médical rationnel.

11 - ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

La garantie s'exerce dans le monde entier pour des événements imprévisibles à la date de départ de France. Elle ne concerne que les assurés résidant durablement en France.

Calcul de l'indemnisation :

- dès le 1^{er} jour en cas d'hospitalisation à l'étranger, limitée à 3 mois,

- dès le 1^{er} jour de retour en France.

Les franchises prévues au contrat restent applicables.

Le règlement des prestations est toujours effectué en France et au moyen de la monnaie légale de l'état français.

12 - COTISATIONS

12.1 - Montant

Le montant de la cotisation est fonction :

- de l'âge de l'assuré à la prise d'effet de l'adhésion ; la cotisation est fixée par tranche d'âge et réajustée automatiquement pour chaque assuré à partir de l'échéance annuelle la plus rapprochée du passage dans une tranche d'âge supérieure,
- du montant des indemnités assuré et des options souscrites,
- de l'activité professionnelle déclarée de l'assuré.

12.2 - Paiement

Les cotisations ainsi que les taxes se paient annuellement et d'avance au siège social de l'assureur ou auprès de son représentant. L'assureur peut accepter des paiements semestriels, trimestriels ou mensuels.

12.3 - Retard dans le paiement

En cas de non-paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'assureur indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, peut adresser une lettre recommandée de mise en demeure et suspendre la garantie 30 jours après l'envoi de cette lettre. Il peut résilier la garantie 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours et réclamer la totalité de la cotisation annuelle échue, majorée des éventuels frais de poursuite et de recouvrement.

En cas de règlement pendant une période de suspension des garanties, ces dernières reprennent leurs effets le lendemain à midi du jour où les primes arriérées, les cotisations venues à échéance, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement, ont été payés.

Toute maladie ou tout accident ayant son origine pendant une période de suspension de garanties ne sont pas garantis.

13 - EXONÉRATION DES COTISATIONS

Les cotisations venant à échéance ne sont plus dues dès que l'assuré est en incapacité totale de travail, pendant la durée de l'incapacité ou de l'invalidité. Cette exonération commence à la

fin de la franchise et, au plus tôt, après 90 jours d'incapacité totale continue et indemnisée.

14 - ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Les montants des indemnités garanties et des cotisations seront revalorisés à chaque échéance anniversaire de l'adhésion, d'un pourcentage correspondant à l'évolution de la valeur du point A.G.I.R.C. (Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres).

Le montant des indemnités garanties sera calculé sur la base de l'indice de la dernière cotisation acquittée au moment de la survenance de l'événement garanti.

15 - MODIFICATION DU TARIF

L'assureur peut être amené à modifier son tarif.

En cas d'aggravation de caractère technique général, telle que l'augmentation de la fréquence ou du coût moyen des sinistres, la révision intervient à la prochaine échéance anniversaire de l'adhésion.

En cas d'application de la clause de révision, nous en

informons l'adhérent qui aura alors la possibilité de résilier son adhésion dans les 15 jours où il aura eu connaissance de la modification. La résiliation prendra effet un mois après sa demande. L'adhérent sera redevable de la portion de la cotisation calculée sur la base précédente, au prorata du temps écoulé entre la date d'échéance et la date de résiliation.

16 - RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

Par l'adhérent : chaque année à l'échéance anniversaire de l'adhésion moyennant préavis d'au moins deux mois. Le commencement du préavis se compte à partir de la date du cachet de la poste.

Par l'assureur : pendant les 2 premières années de garantie, à l'échéance anniversaire de l'adhésion, moyennant préavis de deux mois.

Après 2 ans, le droit au maintien est acquis jusqu'au terme indiqué au paragraphe 7.1.8 ou 7.2.11 sauf pour les motifs suivants :

- non paiement des cotisations,
- réticence ou fausse déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat,
- fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues,
- en cas de redressement ou de liquidation judiciaire de l'adhérent (article L 113.6 du Code des Assurances).

Par l'administrateur ou le débiteur autorisé par le juge commissaire ou le liquidateur : en cas de redressement ou de liquidation judiciaire de l'adhérent (article L 113.6 du Code des Assurances).

De plein droit :

- en cas de décès de l'adhérent,
 - pour chaque assuré, à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 65 ans. Toutefois, en cas de départ en retraite de l'assuré avant cette date, la garantie cesse dans tous ses effets à la date d'entrée en jouissance des droits à la retraite. Si des prestations sont en cours de versement, ce dernier cesse à la date du départ en retraite.
- Dans les 2 cas cités ci-dessus, si d'autres assurés sont garantis, l'adhésion est maintenue jusqu'à la prochaine échéance à partir de laquelle elle sera adaptée.
- en cas de retrait d'agrément de l'assureur.

17- FORME DE LA RÉSILIATION

Dans tous les cas la résiliation doit être notifiée par lettre recommandée, le cachet de la poste faisant foi, au siège social de l'assureur ou chez son représentant.

Si la résiliation est de notre fait, elle sera notifiée à l'adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

Dans le cas de résiliation au cours d'une période annuelle d'assurance, la cotisation payée sera remboursée au prorata de la

période non courue, sauf dans les cas ci-dessous pour :

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

18 - CONSÉQUENCE DE LA RÉSILIATION SUR LE DROIT AUX PRESTATIONS

- En cas de résiliation de la garantie par l'adhérent, de plein droit ou par nous pour non paiement des cotisations, omission ou inexactitude dans la déclaration du risque, fraude ou tentative de fraude, la garantie cesse à la date de prise d'effet de la résiliation ainsi que le versement des prestations éventuellement en cours.
- En cas de résiliation par nous à l'échéance annuelle ou par

l'assuré suite à une révision des cotisations ou à notre refus de réduire les cotisations suite à une diminution du risque, la garantie cesse à la date de prise d'effet de la résiliation, mais le versement des prestations au titre d'un arrêt de travail survenu pendant la période de garantie est maintenu dans la limite de la durée contractuelle des obligations de l'assureur.

19 - PRESCRIPTION (ARTICLES L114.1 ET L114.2 DU CODE DES ASSURANCES)

Aucune action découlant de la présente garantie n'est recevable au-delà d'une période de 2 ans à compter de la date de

l'événement qui lui a donné naissance.

20 - SUBROGATION (ARTICLE L121.12 DU CODE DES ASSURANCES)

L'assureur se substitue à l'assuré aux fins de poursuite de tout responsable d'un sinistre. Cette subrogation intervient à

concurrence des prestations qu'il a versées.

21 - DROIT DE COMMUNICATION ET DE RECTIFICATION (LOI 78.17 DU 6 JANVIER 1978)

L'assuré peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur les fichiers à l'usage

du Groupe Swiss Life (France), en s'adressant au siège social.

22 - EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

En cas de difficultés liées à ses garanties, nous conseillons à l'assuré de consulter tout d'abord son assureur ou à défaut, notre service concerné. Si la réponse ne le satisfait pas, il peut demander l'avis d'un

médiateur indépendant. Les conditions d'accès au médiateur seront communiqués sur simple demande au siège social.

23 - CONTRÔLE DES ASSURANCES

Autorité chargée du contrôle des assurances :

Commission de contrôle des assurances
54 bis rue de Châteaudun - 75009 Paris

Contrat “remboursement des frais généraux” EXCELL et EXIAL

L'ensemble des dispositions indiquées précédemment s'applique à la garantie “remboursement des frais généraux” du contrat N° 5 000 006 (en dehors de celles applicables à la garantie invalidité et de celles afférentes à la loi Madelin).

1 - OBJET DE LA GARANTIE

EXCELL et **EXIAL** prévoient le paiement d'indemnités en cas d'arrêt de travail causé par une maladie ou un accident. Les indemnités ont pour but de rembourser tout ou partie des frais généraux professionnels permanents. La garantie s'applique lors de la survenance d'une incapacité temporaire totale de travail.

Toutefois avec **EXCELL**, si l'assuré, atteint d'une affection de longue durée définie à l'article L322-3 3° du code de la sécurité

sociale, (à l'exception des psychoses, troubles graves et arriérations mentales) ayant fait l'objet d'une indemnisation, reprend pour des raisons thérapeutiques une activité professionnelle à mi-temps, nous pourrions être amenés à poursuivre notre indemnisation pendant une durée maximum de 3 mois après étude et avis de notre Médecin Conseil. Dans ce cas l'indemnité sera réduite de moitié.

2 - MONTANT DE L'INDEMNITÉ

Nous garantissons le paiement de l'indemnité choisie et indiquée aux Dispositions Personnelles dans la limite des frais réellement engagés pendant la période d'indemnisation. Les frais payés pour

des périodes autres que mensuelles seront convertis prorata - temporis, en dépenses mensuelles.

3 - DÉFINITION DES FRAIS GÉNÉRAUX PROFESSIONNELS PERMANENTS

Ce sont les dépenses habituellement supportées par l'assuré (ou dans le cas d'associations professionnelles ou d'activités de groupe, la part de l'assuré dans de telles dépenses), pour l'exercice de sa profession mentionnée aux Dispositions Personnelles.

Entrent dans les frais généraux professionnels permanents les dépenses suivantes : services extérieurs, impôts, taxes et versements assimilés, charges de personnel, autres charges de gestion courantes, charges financières, charges exceptionnelles. Ces dépenses doivent être légalement admises comme frais généraux et non exclues du contrat.

Quelques exemples :

- le loyer des locaux professionnels,
- les intérêts et taxes payés sur les traites de financement des locaux et équipement, propriétés de l'assuré et utilisés par lui pour l'exercice de sa profession (à l'exclusion des remboursements de capital),

- les dépenses d'eau, gaz, électricité, chauffage et téléphone,
- les salaires, appointements et charges y afférentes des employés de l'assuré qui n'exercent pas la profession de l'assuré dans les conditions identiques,
- la patente, les impôts professionnels,
- le coût du leasing (crédit-bail),
- les pertes pour dépréciation de matières consommables et fournitures, les amortissements des équipements.

Ne sont pas considérés comme frais généraux :

les salaires, honoraires, prélèvements, profits et autres avantages ou rémunération de l'assuré, de ceux versés à toute personne exerçant dans les mêmes conditions la profession de l'assuré ou à toute autre personne engagée pour le remplacer. Est également exclue, l'acquisition de toutes matières consommables, marchandises, équipements, fournitures, installations, produits pharmaceutiques ou vétérinaires.