

Avec **Corade**,
vous faites confiance
au spécialiste de la santé

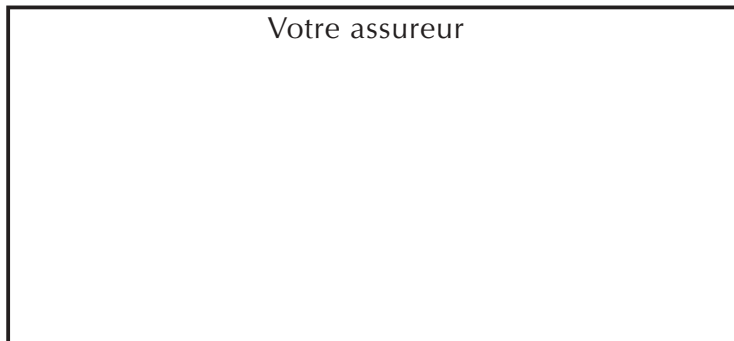
3 millions
d'assurés



Notre volonté est de vous proposer des assurances adaptées aux besoins des familles d'aujourd'hui, dans le respect de nos engagements : **simplicité, choix, juste prix**. Avec **Corade**, vous choisissez la sérénité. Pour renforcer votre protection, n'hésitez pas à faire appel à votre assureur pour la retraite, la prévoyance, l'assurance de vos biens...

Déjà, plus de 3 millions d'assurés ont choisi le Groupe Swiss Life (France) pour assurer la sécurité financière de leur famille. Rejoignez-les en toute confiance !

Votre assureur



Mod. 5909 B - 09/2001



Société suisse
santé

Siège social
41 rue de Châteaudun
75304 Paris Cedex 09

Société anonyme
au capital de € 150.000.000
RCS Paris B.322.215.021

Entreprise
régie par le code
des assurances



Dossier de souscription

Etes-vous sûr de toucher 100%
de votre salaire en cas d'arrêt de
travail ?

Corade

Garantie de revenus

- Vous permet de maintenir vos revenus à 100%
- Vous couvre pendant toute votre vie professionnelle
- Vous verse des indemnités exonérées d'impôt sur le revenu



Demande de souscription CORADE



Cachet de l'intermédiaire

Code intermédiaire :

RÉSERVÉ A LA COMPAGNIE

☐ Affaire nouvelle

☐ Avenant au contrat n° :

☐ Remplacement du contrat n° :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE SOUSCRIPTEUR

N° de Personne :

N° de Client intermédiaire :

Identification : ☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle

Nom :

Prénom :

Complément d'identité :

Adresse :

N° : Rue :

Rés., Bât., Appt :

Lieu-dit/Hameau :

Code Postal : [][][][][][]

Localité :

Tél. domicile : [][][][][][][][][][][]

Tél. professionnel : [][][][][][][][][][][]

Fax : [][][][][][][][][][][]

Informations personnelles :

Date de naissance : [][][][][][][][][][][]

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)
☐ Concubin(e)

Enfant(s) à charge : ☐ OUI ☐ NON

Profession très précise :

☐ Exploitant agricole ☐ Artisan ☐ Commerçant

☐ Chef d'entreprise ☐ Profession libérale

☐ Cadre, Professeur, Profession intellectuelle, scientifique ou artistique

☐ Technicien, Agent de maîtrise, Instituteur, etc.

☐ Employé ☐ Ouvrier ☐ Retraité

☐ Autre sans profession

Régime social : ☐ S.S. ☐ T.N.S. ☐ Agricole

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ASSURÉ (si différent du souscripteur)

N° de Personne :

N° de Client intermédiaire :

Identification : ☐ M. ☐ Mme ☐ Mlle

Nom :

Prénom :

Complément d'identité :

Adresse :

N° : Rue :

Rés., Bât., Appt :

Lieu-dit/Hameau :

Code Postal : [][][][][][]

Localité :

Tél. domicile : [][][][][][][][][][][]

Tél. professionnel : [][][][][][][][][][][]

Fax : [][][][][][][][][][][]

Informations personnelles :

Date de naissance : [][][][][][][][][][][]

☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Veuf(ve)
☐ Concubin(e)

Enfant(s) à charge : ☐ OUI ☐ NON

Profession très précise :

☐ Exploitant agricole ☐ Artisan ☐ Commerçant

☐ Chef d'entreprise ☐ Profession libérale

☐ Cadre, Professeur, Profession intellectuelle, scientifique ou artistique

☐ Technicien, Agent de maîtrise, Instituteur, etc.

☐ Employé ☐ Ouvrier ☐ Retraité

☐ Autre sans profession

Régime social : ☐ S.S. ☐ T.N.S. ☐ Agricole

LES GARANTIES CHOISIES

☐ CORADE ☐ CH En remplacement d'un contrat d'un autre assureur ☐ OUI ☐ NON

Nature des activités : ☐ Bureau ☐ Activité manuelle ☐ Déplacements fréquents

Niveau du salaire mensuel : euros ou francs

CORADE

1€ = 6,55957 FRF	MONTANT MENSUEL DE LA GARANTIE DE SALAIRE	FRANCHISES		RACHAT DE FRANCHISE (en cas d'hospitalisation)	DURÉE DE VERSEMENT	COTISATIONS ANNUELLES (TTC)	
		Accident	Maladie			en euros	en francs
Assuré	Classe 1 <input type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/>						
	..... € (..... F)			<input type="checkbox"/>		€	F
	..... € (..... F)			<input type="checkbox"/>		€	F
Conjoint	Classe 1 <input type="checkbox"/> Classe 2 <input type="checkbox"/>						
	..... € (..... F)			<input type="checkbox"/>		€	F
	..... € (..... F)			<input type="checkbox"/>		€	F
RENTE INVALIDITÉ							
Assuré	Montant mensuel € (..... F)					€	F
Conjoint	Montant mensuel € (..... F)					€	F
PERTE D'EMPLOI							
Assuré	Montant € (..... F)					€	F
Conjoint	Montant € (..... F)					€	F
CONFORT HOSPITALISATION (CH)					TOTAL COTISATIONS TTC	€	F
Assuré	Indemnités journalières Garantie chirurgie	Montant/jour € (..... F) option 1 <input type="checkbox"/> option 2 <input type="checkbox"/>				€	F
Conjoint	Indemnités journalières Garantie chirurgie	Montant/jour € (..... F) option 1 <input type="checkbox"/> option 2 <input type="checkbox"/>				€	F
Voir Dispositions Générales n°5708							
PRISE D'EFFET SOUHAITÉE :					TOTAL GÉNÉRAL COTISATIONS TTC	en euros €	en francs F

Mode de paiement des cotisations

☐ annuel ☐ semestriel ☐ trimestriel ☐ mensuel (uniquement par prélèvement automatique)

Prélèvement automatique

☐ oui ☐ non ☐ le 5 ☐ le 10 ☐ le 20 ☐ le dernier jour du mois

Si oui, compléter l'autorisation de prélèvement.

J'accepte, en cas de rejet de prélèvement automatique, que les frais éventuels facturés par l'organisme financier restent à ma charge.

☐ Je verse un acompte de euros ou francs pour une période de garantie de mois à titre de provision sur le contrat à établir.

ou

☐ Je demande le prélèvement automatique de l'acompte.

LE SOUSSIGNÉ

☒ déclare avoir répondu en toute sincérité aux questions figurant sur la présente demande de souscription et reconnaît savoir que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de sa part pourra entraîner la nullité du contrat d'assurance conformément aux articles L 113.8 et L 113.9 du Code des Assurances,

☒ déclare avoir reçu un exemplaire des dispositions générales, et en avoir pris connaissance,

☒ peut demander la communication et la rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à l'usage du Groupe Swiss Life (France), de ses mandataires, des réassureurs ou des organismes professionnels concernés conformément à la Loi 78-17 du 6 janvier 1978, au siège de la société.

Fait à le

Signature du souscripteur précédée de la mention "Lu et approuvé"

Quelles que soient les réponses données dans le questionnaire ci-dessous, vous pouvez les transmettre sous pli cacheté au médecin-conseil du service médical de la société d'assurances. Merci de précisez votre Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Mais si vous estimez que les réponses données n'exigent pas de confidentialité particulière, vous pouvez joindre ce questionnaire aux documents destinés à la souscription de votre contrat ; l'ensemble de ces documents sera remis aux services administratifs.

	Assuré	Conjoint
• Des propositions d'assurance vous concernant ont-elles été refusées ou acceptées avec surprime, ou avez-vous été résilié par d'autres organismes d'assurance ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
• Êtes-vous titulaire d'autres contrats garantissant des prestations en cas d'incapacité ou d'invalidité auprès d'autres organismes d'assurance ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

I - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX - à compléter obligatoirement

	Assuré	Conjoint
Indiquer : • votre poids • votre taille	..... kg cm	..... kg cm
1/ Dans les 5 dernières années, avez-vous été soigné pour une maladie, autre qu'une affection courante (grippe, angine, etc.), avez-vous eu une hospitalisation médicale ou chirurgicale ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2/ Dans les 6 mois qui viennent, une hospitalisation médicale ou une intervention chirurgicale est-elle envisagée ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3/ Dans les 5 dernières années, avez-vous eu un ou plusieurs arrêts d'activité pour maladie ou accident de plus de 15 jours ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4/ Êtes-vous atteint d'une incapacité ou d'une invalidité et/ou êtes-vous pris en charge à 100% par votre Régime Obligatoire ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
5/ Effectuez-vous des séjours à l'étranger de plus d'un mois en dehors des pays de l'Union Européenne ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
6/ Madame, avez-vous présenté, au cours des 5 dernières années, une ou plusieurs fausses couches spontanées ou des grossesses compliquées ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs des questions numérotées de 1 à 6 ci-dessus ou à une des deux questions du premier cadre, veuillez donner toutes les informations s'y rapportant (cause, date, nature, conséquences) et joindre tous les éléments médicaux utiles.		

II - RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX
à compléter obligatoirement par tout assuré de 51 à 55 ans ou pour toute souscription d'un contrat avec rente

	Assuré	Conjoint
1/ Êtes-vous ou avez-vous été atteint d'une ou plusieurs affections concernant : a - l'appareil cardio-vasculaire : hypertension, angine de poitrine, infarctus du myocarde ou autres affections b - l'appareil respiratoire : asthme, bronchite, tuberculose, allergies, affections ORL, ou autres affections c - l'appareil digestif : ulcère, hépatite, pancréatite, affections du colon ou du rectum, autres affections d - l'appareil urologique : néphrite, pyélonéphrite, prostate, calcul, ou autres affections e - l'appareil locomoteur : arthrose, rhumatisme, sciatique, hernie discale, lombalgie, ou autres affections f - la peau : eczéma, dermite, ou autres affections g - le système neurologique : état dépressif, accidents vasculaires cérébraux, épilepsie, atteinte médullaire ou autres affections h - les glandes endocrines, diabète, cholestérol, dysfonctionnement thyroïdien, ou autres affections	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2/ Êtes-vous ou avez-vous été atteint des maladies suivantes : cancer, tumeur, maladies de sang ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3/ Avez-vous, au cours de votre vie, été victime d'un ou plusieurs accidents (autre qu'accident consolidé sans rechute possible) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4/ Avez-vous déjà passé des tests de séro-diagnostic (HIV et hépatite C ou B) ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si vous avez répondu OUI à une ou plusieurs questions numérotées de 1 à 4, veuillez indiquer la rubrique concernée et donner toutes les informations s'y rapportant (cause, date, nature, conséquences) et joindre tous les éléments médicaux utiles.		

LE SOUSSIGNÉ

déclare avoir répondu avec exactitude aux différentes questions du questionnaire de santé, et certifie avoir été informé(e) que toute réticence ou déclaration intentionnellement fausse, toute omission ou déclaration inexacte de circonstances connues de lui entraînerait l'application, suivant le cas, des sanctions prévues par les articles L 113.8 et L 113.9 du Code des Assurances.

Fait à le

Signature du souscripteur précédée de la mention "Lu et approuvé"

Vous disposez d'un droit d'accès, et de rectification aux données vous concernant conformément à la Loi du 06/01/1978, auprès du siège de la société.

AUTORISATION DE PRÉLÈVEMENT

L'autorise l'établissement teneur de mon compte à prélever sur ce dernier, si la situation le permet, tous les prélèvements ordonnés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'exécution par simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je réglerai le différend directement avec le créancier.

Les informations contenues dans la présente autorisation ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la gestion et pourront donner lieu à l'exercice du droit individuel d'accès et de rectification auprès du créancier à l'adresse ci-dessous.

NOM ET ADRESSE DU CRÉANCIER
Société suisse santé
1 rue du Maréchal de Lattre de Tassigny - 59671 Roubaix Cedex 1

NOM, PRÉNOMS ET ADRESSE DU DÉBITEUR

COMPTE À DÉBITER
CODES Établissement Guichet N° DE COMPTE CLÉ RIB
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nom et adresse postale de l'établissement teneur du compte à débiter

Fait à _____ le _____

SIGNATURE :

Questionnaire de santé CORADE
à compléter obligatoirement
et à adresser sous pli confidentiel
à notre Médecin Conseil.

- Remplissez, datez et signez votre proposition d'assurance, l'autorisation de prélèvement ci-dessus, ainsi que le questionnaire de santé.
- Joignez votre Relevé d'Identité Bancaire (RIB) ou Postal (RIP).

CORADE

La garantie de revenus des salariés



I - QUELQUES DÉFINITIONS POUR MIEUX NOUS COMPRENDRE

VOUS : désigne le souscripteur ou l’assuré.	ACCIDENT : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l’assuré provenant de l’action soudaine d’une cause extérieure.
NOUS : désigne la Société suisse santé.	
ASSUREUR : désigne également la Société suisse santé.	
ASSURÉ : la ou les personne(s) garantie(s) par le contrat et désignée(s) aux Dispositions Personnelles.	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 ou d’un accident.
SOUSCRIPTEUR : la personne signant le contrat et désignée aux Dispositions Personnelles. Elle est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies au contrat.	ARRÊT DE TRAVAIL : l’incapacité temporaire totale de travail de l’assuré reconnue médicalement. Il y a incapacité temporaire totale de travail lorsque l’assuré est dans l’impossibilité momentanée d’exercer toute occupation professionnelle par suite de maladie ou d’accident. Pendant une période de chômage, l’état d’incapacité temporaire totale sera défini par rapport à la capacité fonctionnelle qu’aura l’assuré à rechercher un emploi.
MALADIE : toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.	

II - OBJET DU CONTRAT

Le contrat “CORADE” garantit le versement d’un complément de ressources financières en cas d’arrêt de travail pour maladie, accident ou perte d’emploi. Il est composé de 3 garanties :	■ la garantie Perte d’Emploi En cas de perte d’emploi, une indemnité forfaitaire est versée. CORADE associe à cette dernière garantie des services d’assistance orientés sur l’aide au retour à l’emploi : service d’informations, service de prestations personnalisées.
■ la garantie de Salaire En cas d’incapacité temporaire totale d’exercer une activité suite à une maladie ou un accident, CORADE garantit le paiement d’indemnités journalières.	Les garanties choisies sont précisées aux Dispositions Personnelles.
■ la garantie Rente d’Invalidité Si l’incapacité devient permanente, la prestation consiste à verser une rente d’invalidité.	

III - LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE CONTRAT

1 - FORMATION - PRISE D’EFFET	
Le contrat est parfait dès l’accord des parties. Il produira ses effets le lendemain à midi du jour du paiement de la première cotisation et au	plus tôt à la date fixée aux Dispositions Personnelles.
2 - LA DURÉE DU CONTRAT	
Votre contrat est conclu pour une durée annuelle. A l’expiration de chaque période annuelle, il est reconduit automatiquement d’année en	année sauf résiliation par vous ou par nous.
3 - RÉSILIATION	
■ Par vous : <ul style="list-style-type: none">chaque année à l’échéance anniversaire du contrat moyennant préavis d’au moins deux mois. Le commencement du préavis se compte à partir de la date du cachet de la poste,en cas de disparition de circonstances aggravantes mentionnées au contrat, si nous refusons de réduire la cotisation en conséquence,en cas de changement de profession ou cessation d’activité professionnelle lorsque ce changement entraîne une modification dans la nature ou la portée des garanties. La résiliation doit intervenir dans les 3 mois suivant l’événement et prend effet un mois après sa notification,en cas de révision des cotisations selon les dispositions de l’article V-5. L’ajustement de la cotisation en fonction de l’âge ne constitue pas un motif de résiliation.	<ul style="list-style-type: none">réticence ou fausse déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat,aggravation du risque en cours de contrat, si vous n’acceptez pas le tarif proposé,fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues,en cas de changement de profession ou cessation d’activité professionnelle lorsque ce changement entraîne une modification dans la nature ou la portée des garanties. La résiliation doit intervenir dans les 3 mois suivant l’événement et prend effet un mois après sa notification.
■ Par nous : pendant les 2 premières années de garantie, à l’échéance anniversaire du contrat moyennant préavis de deux mois. Au-delà, nous renonçons à notre droit de résiliation sauf pour les motifs suivants : <ul style="list-style-type: none">non paiement des cotisations,	■ De plein droit : <ul style="list-style-type: none">en cas de décès du souscripteur,pour chaque assuré, à la fin de l’année d’assurance au cours de laquelle il fait valoir ses droits à la retraite et au plus tard à 65 ans. Si des prestations sont en cours de versement, celui-ci cesse à cette même date. Dans les 2 cas cités ci-dessus, si le contrat garantit d’autres assurés, il est maintenu jusqu’à la prochaine échéance à partir de laquelle un nouveau contrat sera proposé, <ul style="list-style-type: none">en cas de retrait d’agrément de l’assureur.
4 - FORME DE LA RÉSILIATION	

Dans tous les cas, la résiliation doit être notifiée par lettre recommandée, le cachet de la poste faisant foi, à notre siège social ou chez notre représentant. Si la résiliation est de notre fait, elle doit être notifiée au souscripteur par lettre recommandée à son dernier domicile connu.	la cotisation payée vous sera remboursée au prorata de la période non courue. Sauf dans les cas ci-dessous pour : <ul style="list-style-type: none">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.
Dans le cas de résiliation au cours d’une période annuelle d’assurance,	

5 - CONSÉQUENCES DE LA RÉSILIATION SUR LE DROIT AUX PRESTATIONS	
<ul style="list-style-type: none">En cas de résiliation du contrat par vous, 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.	<ul style="list-style-type: none">En cas de résiliation par nous à l’échéance annuelle ou par vous 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 du contrat, mais le versement des prestations au titre d’un sinistre survenu pendant la période de garantie est maintenu dans la limite de la durée contractuelle des obligations de l’assureur.

6 - ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

La garantie des contrats 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.
---	--

7 - PRESCRIPTION

Articles L 114.1 et L 114.2 du Code des Assurances. Aucune action découlant de la présente garantie n’est recevable au-	délà d’une période de 2 ans à compter de la date de l’événement qui lui a donné naissance.
--	--

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

Vous pouvez demander communication et rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur les fichiers à l’usage du	Groupe Swiss Life (France), en vous adressant au siège social.
---	--

9 - EXAMEN DES RÉCLAMATIONS

En cas de difficultés liées à votre contrat, nous vous conseillons de consulter tout d’abord votre assureur ou, à défaut, notre service concerné. Si la réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez demander l’avis d’un	médiateur indépendant. Les conditions d’accès au médiateur vous seront communiquées sur simple demande au siège social.
---	---

10 - CONTRÔLE DES ASSURANCES

Autorité chargée du contrôle des assurances :	Commission de contrôle des assurances 54 bis rue de Châteaudun 75009 PARIS
---	--

IV - DÉCLARATION DU RISQUE

1 - A LA SOUSCRIPTION

Le contrat est établi d’après vos déclarations et la cotisation fixée en conséquence. Vous devez donc répondre à la souscription avec précision à toutes les questions figurant dans le dossier de souscription et nous déclarer tous	les éléments connus de vous, nous permettant d’apprécier les risques. Vous devez répondre à toute demande de renseignements sur la nature et l’origine d’une maladie ou d’un accident.
---	--

2 - EN COURS DE CONTRAT

Vous devez nous déclarer toutes les modifications suivantes : <ul style="list-style-type: none">changement de profession ou cessation d’activité même temporaire,modification des conditions d’exercice de la profession,	<ul style="list-style-type: none">minoration éventuelle des revenus,cessation ou changement d’affiliation au régime obligatoire,changement de domicile ou fixation hors de France métropolitaine.
--	---

3 - A LA SOUSCRIPTION OU EN COURS DE CONTRAT

Vous devez déclarer les garanties de même nature souscrites par vous auprès d’autres assureurs.	
---	--

4 - FORME DE LA DÉCLARATION

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites par lettre recommandée adressée à notre siège social ou à notre représentant : <ul style="list-style-type: none">avant la modification, si elle est de votre fait,dans les 8 jours où vous en avez eu connaissance dans le cas contraire.	Conformément aux dispositions de l’article L 113.4 du Code des Assurances, nous pouvons vous proposer un nouveau montant de cotisations et si vous le refusez, nous pouvons résilier le contrat.
---	--

5 - DÉCLARATIONS INEXACTES OU INCOMPLÈTES

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte entraîne l’application des sanctions prévues par le Code des Assurances.	<ul style="list-style-type: none">Article L 113.8 - Nullité du contrat,Article L 113.9 - Réduction des indemnités.
--	---

V - LES COTISATIONS

1 - MONTANT

Il est fixé par tranche d’âge et réajusté d’office pour chaque assuré à partir de l’échéance annuelle la plus rapprochée du passage dans une	tranche d’âge supérieure. L’âge limite de souscription est fixé à 55 ans.
--	---

2 - PAIEMENT	
Les cotisations ainsi que les taxes se paient annuellement et d’avance au siège de la Société assureur ou auprès de son représentant.	L’assureur peut accepter des paiements semestriels, trimestriels ou mensuels, il en est alors fait mention aux Dispositions Personnelles.
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 le contrat 10 jours après	l’expiration de ce délai de 30 jours et réclamer la totalité de la cotisation annuelle échue. Le contrat non résilié reprend ses effets le lendemain à midi du jour où les cotisations arriérées, les cotisations venues à échéance, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement, ont été payés.
4 - REVALORISATION	
Les montants des indemnités garanties et des cotisations seront revalorisés à chaque échéance anniversaire du contrat, d’un pourcentage correspondant à l’évolution de l’indice de référence. L’indice de référence est constitué par la valeur du point A.G.I.R.C. (Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres). L’évolution de l’indice correspond à la valeur du point en vigueur à	l’échéance anniversaire du contrat par rapport à celle en vigueur à l’échéance anniversaire précédente. 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.

5 - MODIFICATION DU TARIF	
L’assureur peut être amené à modifier son tarif. En cas d’aggravation de caractère technique général tel que l’augmentation de la fréquence ou du coût moyen des sinistres, la révision intervient à la prochaine échéance anniversaire du contrat. En cas d’application de la clause de révision, nous vous en informerons et vous aurez alors la possibilité de résilier votre contrat suivant les	formes définies à l’article III-4 dans les 15 jours où vous aurez eu connaissance de la modification. La résiliation prendra effet un mois après votre demande ; vous serez 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.

VI - LA GARANTIE DE SALAIRE ET LA RENTE D’INVALIDITÉ

A - LA GARANTIE DE SALAIRE

1 - OBJET	
La garantie prévoit le paiement d’indemnités en cas d’arrêt de travail causé par une maladie ou un accident. Les indemnités ont pour but de maintenir tout ou partie du revenu professionnel de l’assuré. La	garantie s’applique lors de la survenance d’une incapacité temporaire totale de travail.
2 - MONTANT DE L’INDEMNITÉ	
Nous garantissons le paiement des indemnités choisies et indiquées aux Dispositions Personnelles. A la souscription du contrat, ces indemnités doivent être choisies de façon à ne pas entraîner en cas d’arrêt de travail, un dépassement du revenu professionnel réel 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).	Dans le cas où en cours de contrat, votre revenu professionnel se réduisait, les indemnités devraient être réduites de manière correspondante moyennant ajustement de la cotisation. Si vous êtes en arrêt de travail tel que défini au paragraphe I pendant une période de chômage total consécutif à un licenciement et donnant lieu à l’attribution d’un revenu de remplacement prévu aux articles L 351.1 et suivants du Code du Travail, les indemnités sont réduites de moitié.
3 - FRANCHISE	
Ces indemnités sont versées pour chaque journée d’arrêt de travail intervenant après le nombre de jours qui constitue la franchise que	vous avez choisie et indiquée aux Dispositions Personnelles.
4 - RACHAT DE FRANCHISE EN CAS D’HOSPITALISATION	
Vous pouvez choisir à la souscription dans le cas d’un versement prévu au 1er jour accident, 31ème jour maladie, de racheter la franchise 30 jours maladie : cela vous permet de percevoir les indemnités	journalières dès le 4ème jour suite à une hospitalisation d’une durée minimum de 3 jours (3 nuits) nécessitée par une maladie.
5 - RECHUTE	
Lorsqu’une rechute intervient dans un délai de 6 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 6 mois et à concurrence de la durée maximale prévue aux Dispositions Personnelles, déduction faite de la durée de la 1 ^{ère} indemnisation.
6 - 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 du contrat.

7 - ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE	
Les garanties du contrat, ainsi que les augmentations de garantie ou les extensions d’assurance prévues par avenant sont acquises : - Dès la date d’effet du contrat pour les accidents et maladies infectieuses suivantes : grippe, angine, rhinopharyngite, coqueluche, varicelle, rubéole, oreillons, scarlatine, diphtérie, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, dysenterie, fièvre thyphoïde et parathyphoïde. - Après un délai d’attente décompté à partir de la prise d’effet du	contrat de : - 6 mois pour les autres maladies, sauf - 12 mois pour les grossesses pathologiques et les maladies mentales ou maladies neuro-dépressives. Tout événement survenant pendant le délai d’attente ne sera jamais garanti. Ces délais d’attente peuvent être abrogés dans les conditions prévues aux Dispositions Personnelles.
8 - EXONÉRATION DES COTISATIONS	
Si vous êtes en incapacité de travail tel que défini au paragraphe I, vous êtes exonéré du paiement des cotisations de votre contrat pendant la durée de l’incapacité temporaire 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.
9 - RÈGLEMENT DES INDEMNITÉS	
L’indemnité est calculée en fonction du nombre de jours d’arrêt de travail garantis (1 jour = 1/30è 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 dus.

B - LA RENTE D’INVALIDITÉ

<

6 - REVALORISATION DES RENTES EN COURS DE SERVICE	
Chaque année, les rentes en cours de service sont revalorisées 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. Ce fonds est alimenté par un prélèvement de 5% des cotisations afférentes à cette garantie.
7 - 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 fixé par son régime de prévoyance obligatoire.
8 - INVALIDITÉS MULTIPLES	
Si en cours de contrat 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.
9 - RÈGLEMENT DE LA RENTE	
La rente est versée par trimestre échu.	
10 - 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.
---	---

C - EXCLUSIONS - CE QUI N'EST PAS GARANTI

Les accidents ou maladies ainsi que leurs suites et conséquences dont la première constatation médicale est antérieure à la prise d’effet de la garantie et mentionnés aux Dispositions Personnelles ne sont pas pris en charge par votre contrat.

En outre, le contrat ne vous 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 état de 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,
- cataclysmes,
- désintégration de noyau atomique, émission de radiation ionisante et tout phénomène de radio-activité,
- accomplissement du service militaire ou de périodes militaires supérieures à 1 mois.

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

Pour percevoir les indemnités de salaire ou la rente, vous devez :

- déclarer votre incapacité temporaire de travail ou votre invalidité dans les 5 jours après que vous en ayez eu connaissance, sauf cas fortuit ou de force majeure, ou au plus tard à la date d’expiration de la franchise prévue au contrat. Cette déclaration doit être faite par écrit à votre centre de gestion,
- 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 et mentionner la date de début et la durée probable de l’arrêt de travail ainsi que les heures de sorties autorisées,
- nous transmettre, dans les mêmes délais tout certificat médical prescrivant une prolongation de l’arrêt de travail et fixant la durée de cette prolongation,
- nous faire parvenir la justification de l’exercice effectif d’une activité professionnelle au début de l’incapacité temporaire de travail (attestation de l’employeur...),
- nous transmettre les décomptes des indemnités journalières versées par votre régime obligatoire,
- nous transmettre en cas d’invalidité la notification de mise en invalidité par votre régime obligatoire.

Renseignements complémentaires

Notre Médecin Conseil peut vous demander tout renseignement complémentaire sur l’affection déclarée et notamment de répondre à un questionnaire ou de fournir une attestation médicale. Vous pouvez lui communiquer les renseignements soit directement, soit par l’intermédiaire de votre médecin.

Sont également exclus de la garantie :

- les traitements esthétiques ou de rajeunissement,
- les grossesses, accouchements, fausses couches ainsi que leurs suites et conséquences. Toutefois, les grossesses et accouchements sont garantis quand ils sont définis médicalement pathologiques (justifié par un certificat d’un gynéco-obstétricien et la copie du carnet de maternité) sous réserve que la pathologie présentée entraîne une incapacité temporaire totale, prononcée par le Médecin Conseil de la Compagnie,
- les repos pré ou post-nataux fixés conventionnellement à 6 semaines avant l’accouchement et 10 semaines après celui-ci (y compris en cas de grossesse pathologique),
- tous les sports pratiqués en compétitions nationales et/ou internationales ainsi que les entraînements y afférents et tous les sports pratiqués à titre professionnel ou sous contrat avec rémunération,
- la pratique des sports suivants (à tous niveaux) :
 - sports mécaniques (auto, moto et véhicules à moteur),
 - sports aériens,
 - certains sports dangereux : alpinisme, spéléologie, bobsleigh, surfing.

L’indemnisation est seulement effectuée pendant le temps où vous résidez au lieu de votre domicile, le paiement cesse si vous le quittez sans autorisation préalable de l’assureur. Cette autorisation est censée être donnée si vous devez vous rendre dans une clinique ou un hôpital situé en dehors du lieu de votre domicile. Vous vous engagez en outre à autoriser l’accès de votre domicile, 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.

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 seraient à notre charge. La décision sera communiquée à l’assuré par notre Médecin Conseil. Si l’assuré ne l’a pas contestée 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 seraient supportés moitié par nous, moitié par vous. 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.

E - 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 la victime, par l’action d’une autre maladie ou d’une infirmité antérieures non garanties, par un manque de soins constaté, dû à la négligence de la victime ou à un traitement empirique, la durée de paiement des indemnités sera

déterminée par le Médecin Conseil de la Compagnie, 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.

VII - LA GARANTIE PERTE D’EMPLOI

L’assurance “ Perte d’Emploi ” a pour but de verser une indemnité forfaitaire à l’assuré qui perd son emploi dans les conditions prévues par le contrat. Elle y associe des services d’assistance orientés sur l’aide	au retour à l’emploi : service d’informations, service de prestations personnalisées.
---	---

A - L'INDEMNITÉ FORFAITAIRE PERTE D'EMPLOI

1 - MONTANT DE L’INDEMNITÉ	
Le montant de l’indemnisation correspond à 3 mois d’indemnités de salaire. Cette indemnité forfaitaire est versée en une seule fois.	
2 - CONDITIONS D’ADMISSION	
Peuvent bénéficier de la garantie les personnes âgées de moins de 56 ans : - qui exercent lors de la souscription du contrat, à titre principal, une activité salariée donnant droit en cas de perte d’emploi involontaire au bénéfice des prestations prévues aux articles L 351.1 et suivants du	Code du Travail, - et qui ont souscrit les garanties de salaire et la rente d’invalidité auxquelles la garantie perte d’emploi est complémentaire.
3 - INTERVENTION DE LA GARANTIE	
L’assurance couvre le risque de chômage total consécutif à un licenciement et donnant lieu à l’attribution du revenu de remplacement	prévu par les articles L 351.1 et suivants du Code du Travail.
4 - NON INTERVENTION DE LA GARANTIE	
Sont exclus de la garantie : - les mises en retraite ou pré-retraite, - les démissions volontaires, légitimes ou non, même si elles sont indemnisées par les ASSEDIC, - les fins de contrat de travail à durée déterminée (emplois temporaires, saisonniers, etc...),	- les licenciements ne donnant pas droit au revenu de remplacement prévu aux articles L 351.1 et suivants du Code du Travail, - toute forme de cessation d’activité dont la réglementation implique la non recherche d’un nouvel emploi, notamment : contrat de solidarité, accord FNE, mise en pré-retraite, - toute forme de suppression partielle d’activité.
5 - EFFET DE LA GARANTIE	
La présente garantie doit être souscrite en même temps que les garanties de salaire et rente invalidité, elle prend alors effet à la même date. • Délai d’attente : pour tout assuré il est institué un délai d’attente de 2 ans ; l’assureur n’indemnise pas les événements survenant pendant	cette période d’attente. • Franchise : l’indemnité ne sera versée qu’à partir du 91ème jour suivant la date d’entrée en chômage.

6 - DURÉE MAXIMUM DE LA GARANTIE	
La garantie perte d’emploi intervient tant que le contrat est en vigueur. Plusieurs périodes de chômage peuvent être indemnisées, cependant l’indemnité ne pourra être versée à nouveau seulement après qu’une	période de 2 ans ne se soit écoulée par rapport à l’indemnisation précédente.
7 - FORMALITÉS À REMPLIR POUR BÉNÉFICIER DES PRESTATIONS	
L’assuré doit remettre à l’assureur à partir du 91ème jour de chômage, les documents suivants : - copie de la lettre de licenciement,	- copie de l’avis d’admission aux allocations ASSEDIC (ou assimilées), - relevé des 3 premiers mois d’indemnisation.
8 - RÉVISION DES DISPOSITIONS RÉGLEMENTAIRES DE L’ASSURANCE PERTE D’EMPLOI	
Il est convenu qu’en cas de modification des dispositions législatives, contractuelles ou réglementaires d’application des articles L 351.1 et	suivants du Code du Travail, l’assureur peut suspendre ou modifier les dispositions de la garantie “Perte d’emploi”.

B - LES SERVICES D’ASSISTANCE

Les prestations sont assurées avec le concours de la société

GARANTIE ASSISTANCE
38 rue La Bruyère
75009 PARIS

1 - SERVICE D’INFORMATIONS “CORADE INFOS”

Sur simple appel téléphonique entre 7h et 21h du lundi au vendredi au 01.53.21.24.00 et après avoir mentionné les références de votre contrat, nous mettrons tout en œuvre pour vous communiquer les informations que vous souhaitez, orientées sur l’aide au retour à l’emploi, dans les domaines suivants :

■ LA RECHERCHE D’EMPLOI

- Les aides financières susceptibles d’être obtenues (ASSEDIC mais aussi spécifiques, régionales ou par type de public, aide des caisses de retraites, etc...).
- Les formalités en cas de chômage : report des mensualités de prêt immobilier, étalement du paiement des impôts etc...
- Les adresses utiles : associations, syndicats professionnels, documentation, journaux et manifestations les plus utiles compte-tenu de la recherche.
- La conception du curriculum vitae et de la lettre de motivation.
- La mise au point de campagnes de candidature spontanée : sélection d’entreprises (région, secteur, taille, métier...).
- Les tests de sélection.

■ L’ORIENTATION PROFESSIONNELLE / LA CARRIÈRE

- Les droits : conventions collectives, contrat de travail, code du travail, etc...
- Adresses utiles : centres de bilan, conseils en carrière, documentations.

■ LA CRÉATION D’ENTREPRISE

- Les aides susceptibles d’être obtenues.
- Les différentes formes juridiques possibles.
- Les adresses utiles : réseaux de créateurs, société d’aides, etc...

■ LA FORMATION PROFESSIONNELLE

- La recherche d’une formation : stages, reprise d’étude, formule en alternance, auto-formation, cours par correspondance, etc...
- Informations pratiques et conseils personnalisés sur toutes les différentes formes de financement :
 - nationales, régionales,
 - dans le cadre d’un contrat de travail (plan de formation, congé individuel de formation...),
 - prêt bancaire,
 - aide individualisée (caisse d’allocations familiales, caisse de retraite, ASSEDIC...).

Pour certaines questions, nous serons amenés à faire des recherches entraînant un délai de réponse qui vous sera précisé. En aucun cas, les réponses fournies par téléphone à titre de renseignements et non de consultation, ou la documentation complémentaire envoyée éventuellement par courrier ne pourront être utilisées à notre rencontre.

2 - SERVICE DE PRESTATIONS PERSONNALISÉES

GARANTIE ASSISTANCE établit à la demande du bénéficiaire un devis personnalisé pour les prestations suivantes :

- aide personnalisée à la conception du curriculum vitae et de la lettre de motivation (renvoi de curriculum vitae corrigé, tapé et imprimé sur imprimante laser),
- inscription du curriculum vitae sur des bases de données,
- envoi d’un listing sur étiquettes d’entreprises ciblées pour la recherche de stage ou d’emploi,

- suivi téléphonique de la recherche d’emploi (un dossier est ouvert au nom du bénéficiaire et le nom de l’interlocuteur lui est donné),
- sélection hebdomadaire d’offres d’emploi parues dans la presse et correspondant à la candidature,
- conseils pour passer les entretiens.

Ces prestations seront payées par le bénéficiaire directement à GARANTIE ASSISTANCE.

3 - DISPOSITIONS GÉNÉRALES RELATIVES AUX SERVICES D’ASSISTANCE

3.1 Les bénéficiaires

Toute personne physique qui bénéficie de la garantie perte d’emploi offerte au sein du contrat d’assurance CORADE.

3.2 Validité dans le temps

- Le service d’informations est consultable à la date d’effet du contrat CORADE.
- Le service de prestations personnalisées est accessible en cas de perte d’emploi.

3.3 Engagement financier de GARANTIE ASSISTANCE

L’organisation par le bénéficiaire ou par son entourage de l’une des assistances énoncées ci-dessus ne peut donner lieu à remboursement que si GARANTIE ASSISTANCE en a été prévenue préalablement et a donné son accord exprès, notamment sur les moyens à utiliser, en communiquant par télégramme ou télex, un numéro de dossier. Les frais exposés seront alors remboursés sur justificatifs, dans la limite de ceux que GARANTIE ASSISTANCE aurait engagés pour organiser le service.

3.4 Exclusions

Outre les exclusions précisées dans le texte du présent contrat, GARANTIE ASSISTANCE ne peut intervenir que dans la limite des accords donnés par les autorités locales. Elle ne sera pas tenue responsable des manquements ou contretemps à l’exécution de ses obligations qui résulteraient de cas de force majeure ou d’événements tels que guerre civile ou étrangère, révolution, mouvement populaire, émeutes, grèves, saisies ou contraintes par la force publique, interdictions officielles, pirateries, explosions d’engins, effets nucléaires ou radioactifs, empêchements climatiques. GARANTIE ASSISTANCE n’est pas tenu de répondre aux questions concernant des jeux ou des concours.

3.5 Prescription

Aucune action découlant de la garantie “GARANTIE ASSISTANCE” n’est recevable au-delà d’une période de 2 ans à compter de la date de l’événement qui lui a donné naissance.