

CONDITIONS GENERALES PRÉVOYANCE

Henner TNS

Henner™

LE CONTRAT HENNER TNS PRÉVOYANCE

VOTRE NOTICE D'INFORMATION PRÉVOYANCE

Le Contrat HENNER TNS PREVOYANCE est un produit d'assurance souscrit auprès de l'Assureur, par :
Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité (AGIS)

Association loi 1901

7 Rue Belgrand

92300 Levallois-Perret

L'Association et l'Assureur conviennent que le présent contrat est commercialisé à titre exclusif, via son propre réseau commercial par :

HENNER

14 Bd du Gal Leclerc - 92200 Neuilly-sur-Seine

SA au capital de 8 212 500 € - RCS Nanterre 323 377 739 SA au capital de 8 212 500 € - RCS Nanterre 323 377 739

L'assureur a confié, aux termes d'une délégation, la gestion des adhésions émises dans le cadre du Contrat HENNER TNS PREVOYANCE à :

Henner

14 Bd du Gal Leclerc

92200 Neuilly-sur-Seine

Il est désigné, le *déléataire de gestion*, dans le texte ci-après.

Votre contrat santé est souscrit auprès de :

SwissLife Prévoyance et Santé

SwissLife Assurance et Patrimoine

Siège social : 7, rue Belgrand - 92300 Levallois-Perret

Siège social: 7, rue Belgrand - 92300 Levallois-Perret

SA au capital social de 150 000 000 €

SA au capital social de 169 036 086,38 €

Entreprise régie par le Code des assurances

Entreprise régie par le Code des assurances

322 215 021 RCS Nanterre.

322 215 021 RCS Nanterre.

- régie par les dispositions qui suivent et par le Code des assurances. La loi applicable est la loi française. En accord avec l'AGIS, et vous-même, nous nous engageons à utiliser la langue française pendant toute la durée de votre adhésion ;
- constituée des éléments suivants :
- La présente Notice d'information qui définit les conditions d'application de votre adhésion au contrat, expose l'ensemble des garanties proposées et pouvant être souscrites. Elle vous informe sur les risques non couverts et vous indique également la marche à suivre pour obtenir les prestations.
- Le Certificat d'Adhésion qui précise notamment les différentes dispositions personnelles de votre adhésion, les personnes assurées, la formule assurée, l'étendue et les modalités des garanties effectivement souscrites.

SOMMAIRE

CHAPITRE 1 : QUELQUES DEFINITIONS POUR MIEUX NOUS COMPRENDRE	7
CHAPITRE 2 : PRESENTATION DES CONTRATS	11
2.1. Informations précontractuelles et contrats	11
2.2. Objet des contrats	11
2.3. Révision des contrats	11
CHAPITRE 3 : FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHESION	12
3.1. Conditions d'adhésion aux contrats	12
3.2. Conclusion de l'adhésion aux contrats, date d'effet et durée	13
3.3. Droit de renonciation	14
3.4. Résiliation de l'adhésion aux contrats	14
3.5. Les cotisations	15
3.6. La prescription	17
3.7. La subrogation	17
3.8. Les réclamations – Médiation	17
3.9. Loi informatique et libertés	17
3.10. L'autorité de contrôle	18
CHAPITRE 4 : LES GARANTIES	19
4.1. Le Fonctionnement des garanties	19
4.2. Les garanties décès - Capital maladie grave	20
4.3. Les garanties maintien de revenus	22
4.4. La garantie remboursement des frais généraux	25
CHAPITRE 5 : LES EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE GARANTIES	27
5.1. Exclusions de garanties	27
5.2. Limitations de garanties	28
CHAPITRE 6 : LE REGLEMENT DES PRESTATIONS	29
6.1. Règlement des prestations en cas de décès	29
6.2. Règlement des prestations pour les autres garanties	29
6.3. Paiement des prestations	30
6.4. Contrôle et expertise	30
6.5. Aggravation indépendante de l'événement garanti	31
CHAPITRE 7 : ARTICLES DU CODE DES ASSURANCES ET DU CODE CIVIL	32
ANNEXE	36
GARANTIE IMMEDIATE EN CAS D'ACCIDENT	37

CHAPITRE 1 : QUELQUES DEFINITIONS POUR MIEUX NOUS COMPRENDRE

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

Accident

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Activité de direction

Activité de gestion d'entreprise sans activité manuelle.

Adhérent

La personne signant l'adhésion et désignée au certificat d'adhésion. Elle est responsable de la déclaration du risque et des obligations définies à l'adhésion et figurant dans la notice d'information.

Arrêt de travail

Incapacité temporaire totale de travail (ITT)

Impossibilité momentanée pour l'Assuré d'exercer son activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident, reconnu médicalement.

Invalidité permanente totale ou partielle (IPT ou IPP)

Réduction de l'intégrité physique ou intellectuelle de l'Assuré l'empêchant d'exercer définitivement, totalement ou partiellement toute activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident, reconnu médicalement.

Assuré

La ou les personne(s) garantie(s) par le contrat et désignée(s) au certificat d'adhésion.

Assureur

- SwissLife Prévoyance et Santé qui assure les garanties Incapacité, Invalidité, Frais Généraux et Décès accidentel.
- SwissLife Assurance et Patrimoine qui assure les garanties en cas de décès toutes causes, perte totale et irréversible d'autonomie, rente éducation, rente de conjoint.

SwissLife Prévoyance et Santé est désignée comme société apéritrice.

Bénéficiaire des garanties en cas de décès

La ou les personne(s) désignée(s) par l'Assuré, 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 du choix d'une autre clause bénéficiaire particulière, le capital décès est versé :

- en priorité à son conjoint non séparé de corps ni divorcé, ou son partenaire avec lequel il est lié par un Pacte Civil de Solidarité ;
- à défaut, à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales ;
- à défaut à ses héritiers.

Conjoint collaborateur

Il s'agit d'une personne travaillant bénévolement dans l'entreprise de son conjoint marié ou pacsé et ayant choisi le statut de collaborateur non rémunéré défini par le décret n° 2006 – 966 du 1er août 2006 (le conjoint associé ou salarié n'a pas ce statut).

Créateur

Personne ayant créé son entreprise depuis moins d'un an à partir de la date d'effet de l'adhésion portée au Certificat d'adhésion. Pour bénéficier de la réduction Créateur/Repreneur, vous devez fournir la justification de votre qualité de Créateur lors de votre adhésion.

Date anniversaire de l'adhésion

Date qui correspond à la date de prise d'effet de l'adhésion (jour, mois, année). Elle peut être différente de la date d'échéance principale.

Date d'effet

Date à compter de laquelle les garanties débutent (sous réserve de l'expiration des délais d'attente). La date d'effet du contrat diffère de la date d'échéance

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.

Déchéance

C'est la perte du droit à la prestation due en cas de sinistre suite au non-respect de la part de l'Assuré de certaines dispositions de l'adhésion.

Délai d'attente

Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Tout événement survenant pendant le délai d'attente ainsi que ses suites et conséquences ne sont jamais garantis pendant toute la durée de l'adhésion. Le point de départ de cette période est la date d'effet indiquée au certificat d'adhésion.

Délégataire

Le tiers qui, dans le cadre de la Délégation de gestion qui lui est consentie par l'Assureur, a en charge la réalisation des tâches suivantes :

- Gestion des souscriptions
- Gestion des adhésions
- Gestion des cotisations
- Gestion des sinistres

Dossier d'adhésion

Documents contractuels matérialisant l'adhésion, remis par HENNER à l'Adhérent :

- Certificat d'adhésion
- Notice d'information
- Echancier annuel des cotisations

Échéance principale

Date de renouvellement de l'adhésion et date à partir de laquelle la cotisation est due pour l'année d'assurance à venir. Elle est fixée chaque année à la date anniversaire de la date d'effet de l'adhésion.

Enfants à charge

Sont considérés comme tels les enfants à charge de l'adhérent ou de conjoint, à condition toutefois :

- Qu'ils soient à leur charge au sens de la Sécurité sociale ou
- Qu'ils aient moins de 28 ans, et poursuivent des études scolaires ou universitaires, et soient couverts par le régime de leurs parents ou par le régime de la Sécurité sociale des étudiants, et sous réserve qu'ils n'exercent pas une profession à temps complet ou

- Qu'ils aient moins de 26 ans, et qu'ils soient en apprentissage ou entrés dans le cadre des contrats de formation, jusqu'au terme de leur cursus, et perçoivent dans tous les cas une rémunération maximum de 55% du Smic (salaire minimum interprofessionnel de croissance) ;
- Ou quel que soit leur âge, s'ils perçoivent une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^{ème} anniversaire.

L'assureur se réserve le droit de demander des justificatifs

Franchise

Période qui débute le premier jour d'arrêt de travail et pendant laquelle les prestations ne sont pas dues.

Grossesse pathologique

Une grossesse est dite pathologique lorsqu'au cours de son évolution survient un phénomène pathologique médicalement constaté et traité, à l'exclusion de toute considération socio-professionnelle ou de convenances personnelles. Les complications qui seront garanties sont : la menace d'accouchement prématuré nécessitant une hospitalisation et / ou un traitement médical utérorelaxant (ouverture anormale du col objectivée par échographie), la grossesse extra utérine, la fausse couche spontanée, la môle hydatiforme, le choriocarcinome, la toxémie gravidique, l'hématome rétroplacentaire et le placenta praevia.

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.

Intervention chirurgicale

Intervention pratiquée par un chirurgien, suite à une maladie ou un accident, en clinique ou hôpital (y compris acte chirurgical ambulatoire). Les actes de chirurgie faits dans un cabinet médical ne sont pas pris en compte.

Maladie

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Sont notamment considérées comme maladies les affections suivantes : lumbagos, sciatiques, hernies (pariétales, musculaires et discales), ptôses, scolioses, lordoses, ainsi que les congestions, insolations, sauf si elles sont consécutives à un accident garanti. La grossesse pathologique est assimilée à la maladie.

Micro-entrepreneur

Travailleur non-salarié qui bénéficie du régime micro-social simplifié.

Nous

Nous désigne l'Assureur.

Nullité

C'est l'annulation pure et simple de l'adhésion qui est censée alors n'avoir jamais existé (article L. 113-8 du Code des assurances).

Perte totale et irréversible d'autonomie

État d'infirmité tel, que l'Assuré est définitivement obligé de vivre dans un établissement hospitalier, ou qu'il a besoin de l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes de la vie courante.

Prestations

Ce sont les sommes que nous versons 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.

Repreneur d'entreprise

Personne qui a acquis le statut de travailleur non salarié suite à la reprise d'une entreprise ou suite à la modification de forme sociale de son entreprise, depuis moins de 6 mois à partir de la date d'effet de l'adhésion portée au Certificat d'adhésion. Pour bénéficier de la réduction Créateur/Repreneur, vous devez fournir la justification de votre qualité de Repreneur lors de votre adhésion.

Résiliation

C'est la cessation des effets de l'adhésion.

Revenus nets professionnels

Revenus basés sur les derniers revenus déclarés à l'administration fiscale au titre de l'activité professionnelle à assurer hors dividendes (moyenne des 3 dernières années).

Vous

Vous désigne l'Assuré ou l'Adhérent.

CHAPITRE 2 : PRESENTATION DES CONTRATS

2.1. Informations précontractuelles et contrats

La loi applicable aux présents contrats est la loi française, notamment le Code des assurances. En accord avec le souscripteur, nous nous engageons à utiliser, pendant toute la durée des contrats, la langue française.

2.2. Objet des contrats

HENNER TNS PREVOYANCE est un plan de prévoyance complet et personnalisable destiné à toute personne exerçant une activité professionnelle sous le statut de travailleur non-salarié, Il vous permet de vous protéger ainsi que votre famille, en cas de décès ou d'arrêt de travail.

HENNER TNS PREVOYANCE est composé de plusieurs contrats d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrits par l' AGIS, association loi 1901, dont le siège est situé 7 rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret, auprès de SwissLife Assurance et Patrimoine, S.A. au capital de 169 036 086, 38 euros - 7, rue Belgrand 92300 LEVALLOIS PERRET - Entreprise régie par le Code des assurances - 341 785 632 RCS Nanterre et de SwissLife Prévoyance et Santé, Siège social : 7, rue Belgrand 92300 Levallois-Perret, SA au capital social de 150 000 000 €, Entreprise régie par le Code des assurances, 322 215 021 RCS Nanterre.

L'Adhérent adhère librement à un ou plusieurs de ces contrats.

Les contrats entre l'Association et l'Assureur prennent effet le 1er mai 2017, et se renouvellent par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant préavis de 3 mois.

En cas de résiliation des contrats entre l'Association et l'Assureur :

- aucune adhésion nouvelle ne pourra être enregistrée ;
- chaque assuré garanti par ces contrats au moment de la résiliation pourra le demeurer jusqu'à la fin des garanties.

Le contrat n° A5530 0001 prévoyant le versement de revenus de remplacement ou de garantie sous forme de capital, de rentes ou d'indemnités journalières est éligible aux dispositions fiscales de la loi n° 94 – 126 du 11 février 1994 (dite loi Madelin). Le contrat n° A5530 0002 permet de bénéficier des mêmes garanties en dehors du cadre Madelin. Les dispositions de la notice d'information qui suivent s'appliquent aux contrats n A5530 0001 et A5530 0002 .

2.3. Révision des contrats

L'Association et l'Assureur peuvent d'un commun accord réviser un ou plusieurs des contrats souscrits. Toute modification des droits et obligations des adhérents sera portée par écrit à la connaissance de l'ensemble des adhérents, selon les dispositions de l'article L. 141-4 du Code des assurances.

L'Adhérent peut résilier son adhésion en raison de ces modifications sans préavis dans un délai de 30 jours suivant la date de la modification.

Le paiement de la nouvelle cotisation vaut acceptation des nouvelles conditions ; le non-paiement entraîne la résiliation de l'adhésion conformément à l'article 3.5.4.

CHAPITRE 3 : FONCTIONNEMENT DE VOTRE ADHESION

3.1. Conditions d'adhésion aux contrats

3.1.1. Qui peut adhérer ?

Pour bénéficier des garanties vous devez :

- adhérer à l'AGIS,
- résider en France métropolitaine,
- être majeur civilement responsable,
- être âgé à l'adhésion de 18 ans à 62 ans,
- exercer une activité professionnelle sous le statut de travailleur non-salarié,
- être affilié auprès de la caisse ou du régime obligatoire professionnel de prévoyance et de retraite dont relève votre activité.

En cas de non-respect de ces dispositions, vous vous exposez à ce que la nullité de votre adhésion au contrat HENNER TNS PREVOYANCE soit prononcée.

Le conjoint ayant le statut de conjoint collaborateur et étant affilié en tant que tel auprès des régimes obligatoires peut être assuré dans les conditions qui lui sont réservées.

3.1.2. Modalités d'adhésion

Adhésion sur support papier

L'Adhérent doit remplir, dater et signer une demande d'adhésion comportant :

- les garanties choisies ;
- le ou les bénéficiaire(s) des garanties en cas de décès ;
- des indications relatives à la situation personnelle et professionnelle des personnes à assurer ;
- une déclaration d'état de santé.
- La demande d'adhésion ainsi complétée doit être adressée à HENNER, accompagnée des pièces demandées et nécessaires à l'acceptation de l'adhérent.

3.1.3. Formalités d'adhésion

Un questionnaire de santé peut se substituer à la déclaration d'état de santé selon l'âge de l'Assuré et le montant des capitaux assurés.

Un complément d'information ou des formalités médicales complémentaires, alors réalisées aux frais de l'Assureur, peuvent être demandés lors de l'étude du dossier.

L'ensemble des réponses aux questions de la demande d'adhésion est obligatoire. Le défaut de réponse aura pour conséquence le non examen du dossier.

Selon sa situation personnelle et ses choix en terme de couverture ou encore l'existence de garanties précédentes, l'adhérent peut être amené à compléter une déclaration d'absence d'arrêt de travail, une déclaration d'état de santé ou un questionnaire de santé

L'acceptation des garanties par l'Assureur prend en considération les réponses aux différents questionnaires mais aussi les activités professionnelles de l'Assuré le cas échéant.

Toutes les informations médicales doivent être transmises sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de Henner. L'Adhérent peut, s'il le souhaite, les adresser via la boîte mail sécurisée mise à sa disposition par Henner : [boîte.medical.questionnaire@henner.com](mailto:medical.questionnaire@henner.com). L'envoi se fait sous l'entière et pleine responsabilité de l'Adhérent.

3.1.4. Age limite de garantie

Date de liquidation des droits à la retraite de l'Assuré et au plus tard avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 67 ans, sauf pour la garantie obligatoire Capital Décès pour laquelle l'âge limite de garantie est fixé à 70 ans.

3.1.5. Déclaration du risque

Au moment de l'adhésion

Les déclarations de l'Assuré sur son état de santé, ses antécédents médicaux de tous ordres, le fait qu'il soit fumeur ou non-fumeur, ses activités professionnelles, ses contrats antérieurs et ses autres contrats prévoyant des prestations similaires, ses déplacements à l'étranger, servent de base à l'adhésion et à la fixation de sa cotisation personnelle. Elles nous permettent d'évaluer en toute connaissance de cause, notre engagement d'assurance, et de percevoir la cotisation adaptée. Ces déclarations seront reprises sur votre Certificat d'Adhésion.

En cours d'adhésion

En cours d'adhésion, l'Assuré doit informer l'Assureur de tout changement de situation concernant :

- le fait qu'il se mette ou se remette à fumer, même occasionnellement alors que lors de son adhésion, il déclarait être non-fumeur ;
- un changement de profession ou une modification des conditions d'exercice de son activité professionnelle ;
- la cessation ou la réduction d'activité professionnelle ainsi qu'un départ en retraite ;
- un changement de statut pouvant entraîner une modification de son adhésion ;
- toute modification de sa situation familiale en lien avec les garanties souscrites
- le changement de domicile ou sa fixation hors de France métropolitaine ;
- la cessation ou le changement d'affiliation au régime obligatoire.

Par ailleurs, l'Assuré qui bénéficie de garanties maintien de revenus ou remboursement des frais généraux doit également signaler à l'Assureur toute minoration de ses revenus ou de ses frais généraux et modifier les garanties le cas échéant.

Les déclarations en cours de contrat doivent être faites par lettre recommandée adressée à notre siège social ou à notre représentant dans un délai de 15 jours à partir du moment où l'Adhérent en a eu connaissance.

3.1.6 Conséquences de la fausse déclaration

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

- **article L. 113-8 : nullité du contrat ;**
- **article L. 113-9 : réduction des indemnités ou résiliation de l'adhésion.**

3.2. Conclusion de l'adhésion aux contrats, date d'effet et durée

L'adhésion au contrat est conclue par l'accord entre l'Adhérent et l'Assureur jusqu'à la date anniversaire de l'adhésion soit 12 mois après la prise d'effet des garanties. L'adhésion se renouvelle ensuite d'année en année, par tacite reconduction sans intervention de la part de l'Adhérent, sauf dénonciation formulée par lui-même, l'Assureur ou l'Association et, dans les conditions mentionnées à l'article 3.4. Elle prend effet dès l'expression du consentement de l'Adhérent dans les conditions visées ci-dessous, sous réserve de l'acceptation de la souscription par l'Assureur :

- **en cas de souscription par écrit sur support papier**
 - à la date d'enregistrement informatique de la demande d'adhésion au contrat dûment complétée et signée par l'Adhérent ;
- **en cas de souscription à l'assurance par téléphone**

L'acceptation de l'Assureur est matérialisée par un certificat d'adhésion mentionnant notamment la date d'effet, la nature et le montant des garanties souscrites, les taux de cotisation ainsi que les éventuelles dérogations à la présente notice d'information.

La date de conclusion de l'adhésion est celle de l'acceptation par l'Assureur qui sera indiquée sur le certificat d'adhésion transmis à l'Adhérent.

L'adhésion prend effet à la date indiquée au certificat d'adhésion et sous réserve du paiement de la première cotisation.

Elle prend fin à l'extinction de la totalité de vos garanties d'assurance. L'adhésion prend fin également lors de la mise en œuvre des garanties décès ou perte totale et irréversible d'autonomie.

3.3. Droit de renonciation

L'Adhérent a la faculté de renoncer à son adhésion dans un délai de 30 jours calendaires révolus à la date de conclusion de l'adhésion, et ce conformément à l'article L. 132-5-1 du Code des assurances. Il doit pour cela adresser à HENNER- 14 Bd du Gal Leclerc – 92200 Neuilly-sur-Seine sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception selon le modèle suivant :

Je soussigné(e) (*prénom et nom*), demeurant à (*adresse*) demande à renoncer aux garanties prévues par le contrat HENNER TNS PREVOYANCE n°(*numéro d'adhésion*) que j'ai signé le (*date*).
(*Si des cotisations ont été versées*) Je vous prie de me rembourser l'intégralité des sommes versées, conformément à l'article L. 132-5-1 du Code des assurances.
Date et signature

Dans les 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée, le délégataire lui remboursera l'intégralité des fonds reçus.

3.4. Résiliation de l'adhésion aux contrats

3.4.1. Par l'Adhérent

L'adhésion peut être résiliée :

- à chaque échéance principale fixée à la date anniversaire de l'adhésion. Pour ce faire, une lettre recommandée doit être adressée à HENNER – 14 Bd du Gal Leclerc – 92200 Neuilly-sur-Seine - au plus tard 2 mois avant la date de renouvellement annuel ;
- en cas de disparition de circonstances aggravantes mentionnées au certificat d'adhésion ou en cas de diminution du risque, si l'Assureur refuse de réduire ses cotisations en conséquence (article L. 113-4 du Code des assurances) ;
- en cas de changement ou de cessation définitive d'activité professionnelle entraînant une modification dans la nature et la portée des garanties. La résiliation doit intervenir dans les 3 mois suivant la connaissance de l'événement et prend effet un mois après sa notification (article L. 113-16 du Code des assurances) ;
- en cas de révision des cotisations selon les dispositions du paragraphe « En fonction des résultats techniques » de l'article 3.5.2.

L'ajustement des cotisations en fonction de l'âge ne constitue pas un motif de résiliation.

La perte de la qualité d'Adhérent à l'Association ne saurait remettre en cause les possibilités de résiliation par l'Adhérent définies ci-dessus.

L'ajustement, à l'échéance principale, de la cotisation en fonction de l'âge ne constitue pas un motif de résiliation pour l'Adhérent.

3.4.2. Par l'Assureur

Pendant les deux premières années de garantie à l'échéance principale de l'adhésion moyennant préavis de 2 mois. Après deux ans, le droit au maintien est acquis jusqu'au terme des garanties indiqué au certificat d'adhésion sauf pour les motifs suivants :

- non-paiement des cotisations ;
- réticence ou fausse déclaration intentionnelle du risque à l'adhésion ou en cours de contrat ;
- aggravation du risque en cours d'adhésion (non lié à l'état de santé), si l'Assuré n'accepte pas le tarif proposé ;
- fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues ;

- en cas de redressement judiciaire ou de liquidation judiciaire de l'Adhérent (article L. 622-13 du Code de commerce).

3.4.3 De plein droit

- En cas de retrait de l'agrément de l'Assureur ;
- 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 67 ans, sauf cas particuliers précisés à l'article 4.2.1.
- Toutefois en cas de départ en retraite de l'Assuré avant cette date, les garanties indemnités journalières, rente invalidité et remboursement des frais généraux cessent dans tous leurs effets à la date de la liquidation des droits à la retraite.
- Si des prestations sont en cours de versements, celles-ci cessent à la date de la liquidation des droits à la retraite.

Dans les deux derniers cas cités ci-dessus, si d'autres assurés sont garantis, la garantie est maintenue jusqu'à la prochaine échéance à partir de laquelle elle sera adaptée à la nouvelle situation.

3.4.4. Forme de la résiliation

La résiliation de l'adhésion par l'Adhérent doit être notifiée par lettre recommandée au siège social du délégataire, elle prendra effet au jour de la réception par le délégataire.

La résiliation de l'adhésion par l'Assureur doit être notifiée à l'Adhérent par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

En cas de résiliation au cours de la période annuelle d'assurance, la cotisation payée vous sera remboursée au prorata de la période non courue sauf en cas de non-paiement des cotisations, réticence ou fausse déclaration à l'adhésion ou en cours de contrat, fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues.

3.4.5. Conséquence de la résiliation sur le droit aux prestations

En cas de résiliation de votre adhésion, 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.

3.5. Les cotisations

3.5.1. Montant des cotisations à l'adhésion

Le montant de la cotisation est fonction :

- de l'âge de l'Assuré à la prise d'effet de l'adhésion, selon les tranches d'âge suivantes :

DECES

18/30 ans - -31/35 ans – 36/40 ans – 41/45 ans- -46/50 ans – 51/55ans- 56/60 ans – 61/65 ans

INCAPACITE/INVALIDITE/FRAIS GENERAUX

18/25 ans – 26/30 ans – 31/35 ans - -36/40 ans - -41/45 ans - -46/50 ans – 51/55 ans

56/60 ans – 61/65 ans

- du fait que l'Assuré est fumeur ou non ;
- du montant des indemnités et des garanties souscrites ;
- de l'état de santé de l'assuré ;
- des autres éléments déclarés.

3.5.2. Évolution des cotisations

En fonction de l'âge

Pour tenir compte de l'augmentation du risque liée à l'âge de l'Assuré, les cotisations sont réajustées automatiquement, âge par âge à chaque échéance principale selon le barème suivant :

Tranches	Nature des garanties	
	DC, RE, RC	Garanties ITT, IPP/IPT, IP et FG
18 - 30 ans	cotisation constante	3%
31 - 40 ans	3%	3%
41 - 45 ans	5%	3%
46 - 60 ans	7%	4%
61 - 65 ans	10%	5%
66 - 70 ans	12%	5%

L'ajustement de la cotisation en fonction de l'âge ne constitue pas un motif de résiliation pour l'Adhérent.

En fonction des résultats techniques

L'Assureur peut être amené à modifier son tarif, en cas d'aggravation du caractère technique général, telle que l'augmentation de la fréquence ou du coût moyen des sinistres.

Cette modification du tarif sera établie d'un commun accord entre l'Association et l'Assureur. Toute modification du tarif devra être notifiée selon les dispositions de l'article L. 141-4 du Code des assurances et prendra effet à l'échéance principale de l'adhésion. Dans cette hypothèse l'Adhérent a la possibilité de résilier son adhésion sans préavis dans un délai de 30 jours suivant la date de la modification.

La résiliation prendra effet 1 mois après la demande.

En cas de modifications législatives et / ou réglementaires

Les cotisations peuvent également évoluer afin de prendre en compte les modifications des prestations allouées par votre régime obligatoire et / ou toutes modifications législatives et réglementaires. Dans ce cas, la cotisation sera modifiée à partir de l'échéance qui suit immédiatement l'événement ou à la prochaine échéance principale de l'adhésion.

Les cotisations incluent l'ensemble des taxes et contributions ; toute modification ou ajout de taxe ou contribution de nature fiscale ou sociale impliquera une variation de cotisations.

Par ailleurs le montant de la cotisation est indexé annuellement tel que le prévoit l'article 4.1.5.

3.5.3. Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables mensuellement par prélèvement bancaire sur le compte de l'Adhérent et d'avance.

3.5.4. Non-paiement des cotisations

En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'Assureur, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, peut, par lettre recommandée adressée à l'Adhérent à son dernier domicile connu (article L. 113-3 du Code des assurances) suspendre la garantie 30 jours après l'envoi de cette lettre. Il a le droit de résilier l'adhésion 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours.

Si les garanties décès sont souscrites seules, en cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'Assureur adresse au dernier domicile connu de l'Adhérent une lettre recommandée l'informant qu'après l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement entraînera la résiliation de l'adhésion.

3.5.5. Exonération du paiement des cotisations

À compter du 91^e jour d'arrêt de travail continu garanti et indemnisé, l'Adhérent est exonéré du paiement des cotisations dues pendant la durée de l'incapacité temporaire ou de l'invalidité permanente, et ce pour toutes les garanties souscrites.

Si l'Adhérent a retenu l'option exonération au 1^{er} jour, l'exonération intervient dès le 61^{ème} jour d'arrêt de travail continu garanti et indemnisé.

L'exonération est effective au 1^{er} jour de l'arrêt de travail de l'assuré.

L'exonération prend fin dès la cessation de la garantie et de l'indemnisation de l'arrêt de travail ou au plus tard à la date de la liquidation de la retraite, et en tout état de cause à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge de 67 ans.

3.6. La prescription

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi.

Toutes actions dérivant des présents contrats sont prescrites dans les délais et termes des articles L. 114-1, L. 114-2 et L. 114-3 du Code des assurances.

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 2240 à 2246 du Code civil.

Les articles L. 114-1 à L. 114-3 du Code des assurances et 2240 à 2246 du Code civil peuvent être consultés au chapitre 7 de la présente notice d'information.

3.7. La subrogation

Conformément à l'article L. 121-12 du Code des assurances, le bénéficiaire des prestations donne subrogation à l'Assureur pour exercer son recours, en cas de sinistre, contre les tiers responsables jusqu'à concurrence des prestations et indemnités versées en application de ce contrat.

3.8. Les réclamations – Médiation

Le participant ou un ayant droit du participant a la possibilité d'adresser une réclamation à l'Unité de Gestion dont les coordonnées sont indiquées sur la carte de tiers payant ou de contacter le standard HENNER au 01.55.62.90.00, muni de son identifiant ou de son numéro de sécurité sociale.

L'adhérent a la possibilité de contacter le standard HENNER au 01.55.62.90.00 en précisant le nom et le numéro du contrat concerné ainsi que ses coordonnées complètes.

Si le demandeur n'est pas satisfait de la réponse apportée, il a la possibilité d'adresser une demande à la cellule réclamation : service.qualite@henner.fr.

HENNER s'engage à accuser réception de la réclamation sous 10 jours et à adresser une réponse dans les meilleurs délais et au plus tard avant 2 mois, sauf si la complexité nécessite un délai supplémentaire.

En cas de désaccord persistant à l'issue de la procédure de réclamation avec HENNER, le demandeur peut saisir le médiateur de l'assurance à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

Le médiateur de l'assurance peut être saisi, après épuisement des procédures internes. Seuls les litiges concernant les particuliers sont de la compétence du médiateur de l'assurance. Le médiateur de l'assurance ne peut être saisi si une action contentieuse a été ou est engagée.

3.9. Loi informatique et libertés

Les données à caractère personnel recueillies dans le cadre de ce contrat pourront faire l'objet – dans le respect de la loi Informatiques et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée – d'un traitement informatique dont la finalité est la passation, la gestion (y compris commerciale), et l'exécution de votre contrat d'assurance. Ces données sont susceptibles d'être transmises à des tiers pour les besoins de la gestion de votre contrat, notamment aux partenaires assureurs et réassureurs intervenant dans la gestion des garanties. Compte tenu de la dimension internationale du groupe Henner, présent dans le monde entier, vos données à caractère personnel peuvent être transférées en dehors de l'Union Européenne (UE) vers d'autres entités du groupe, y compris dans des pays dont la législation en matière de protection des données à caractère personnel diffère de celle de l'UE, dans le cadre de la gestion de votre contrat d'assurance. Dans de tels cas, nous veillons à ce que des mesures adéquates soient mises en œuvre pour protéger vos données à caractère personnel conformément aux principes en vigueur au sein de l'UE.

Ces données pourront également faire l'objet, dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, de traitements spécifiques :

- dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude aux assurances : ce traitement sera notamment susceptible de conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ;
- dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux, contre le financement du terrorisme ainsi qu'à l'application des sanctions financières : ce traitement sera notamment susceptible d'inclure la mise en place d'obligations de vigilance ainsi qu'une surveillance des opérations pouvant aboutir à une déclaration de soupçon ou à un gel des avoirs.

Les conversations téléphoniques avec nos services de gestion pourront également être enregistrées aux fins d'amélioration de la qualité de nos services. Ces enregistrements ne sont pas destinés à être conservés au-delà d'une journée.

Dans tous les cas, vous pouvez exercer votre droit d'accès, de rectification et d'opposition de toute information vous concernant et figurant sur tout fichier à l'usage de Henner ou des éventuels autres gestionnaires des risques garantis, partenaires assureurs ou tout autre organisme professionnel habilité en écrivant à Henner, Accès/Rectification des Données à Caractère Personnel, 14 boulevard du général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine ou à l'adresse de messagerie suivante : informatique-libertes@henner.com.

3.10. 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 61, rue Taitbout – 75009 Paris.

CHAPITRE 4 : LES GARANTIES

4.1. Le Fonctionnement des garanties

4.1.1. Le choix des garanties

La personne assurée peut bénéficier de tout ou partie des garanties ci-dessous.

Les garanties choisies sont précisées au certificat d'adhésion.

Sont obligatoirement souscrites et précisées au certificat d'adhésion :

- Le capital décès
- Le capital Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

L'assuré peut choisir en option les garanties suivantes :

- Un capital décès double effet
- Un capital doublement décès accidentel (en cas de décès ou de PTIA de l'assuré avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 67 ans)
- Une rente conjoint Viagère (en cas de décès ou de PTIA de l'assuré avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 67 ans)
- Une rente éducation (en cas de décès ou de PTIA de l'assuré avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 67 ans)
- Un capital « Maladie grave », souscrit en complément du capital décès
- Une garantie maintien des revenus (en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou en cas d'incapacité permanente partielle ou totale)
- Une garantie permettant la couverture des frais généraux (en cas d'incapacité temporaire totale de travail)
- Une garantie Exonération en cas d'arrêt de travail supérieur à 60 jours ou 90 jours au choix de l'Adhérent

4.1.2. Étendue territoriale

Les garanties décès, maintien de revenus et remboursement des frais généraux sont acquises dans le monde entier pour des événements imprévisibles à la date de départ de France. La durée du séjour à l'étranger doit être inférieure à 6 mois consécutifs.

Elles ne concernent que les assurés résidant habituellement et de façon régulière en France .

Dans le cas d'un arrêt de travail, l'indemnisation est calculée de la manière suivante :

- 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.

Dans tous les cas, l'indemnisation interviendra après application de la franchise prévue au certificat d'adhésion.

4.1.3. La date de l'événement garanti

La date de l'événement garanti est :

- **pour les garanties décès** : la date du décès ;
- **pour la garantie maladie grave** : la date du diagnostic de l'une des cinq maladies graves garanties ou la date de la réalisation de la greffe ;
- **pour les garanties arrêt de travail** : le premier jour de l'arrêt de travail ;
- **pour les garanties infirmité, invalidité ou perte totale et irréversible d'autonomie** : la date de consolidation de l'état d'infirmité, d'invalidité, de perte totale et irréversible d'autonomie de l'Assuré définie par le médecin expert désigné par l'Assureur, et au plus tôt à la date de déclaration du sinistre.

4.1.4. La date d'entrée en vigueur des garanties

Les garanties de votre adhésion s'exercent sur les conséquences :

- des accidents survenus après la date d'effet de l'adhésion,
- des maladies dont la première constatation médicale est postérieure à la prise d'effet de l'adhésion.

Cependant un délai d'attente est appliqué pour les garanties incapacité temporaire totale de travail, invalidité permanente totale, invalidité permanente partielle et remboursement des frais généraux. Ce délai d'attente, décompté à partir de la date d'effet des garanties, est de 3 mois pour tout arrêt de travail dû à une maladie. Il

est porté à 12 mois pour les maladies mentales et affections psychiatriques ainsi que pour les grossesses pathologiques.

Le délai d'attente n'est pas appliqué pour les maladies infectieuses suivantes : grippe, angine, rhinopharyngite, coqueluche, varicelle, rubéole, oreillons, scarlatine, diphtérie, poliomyélite, méningite cérébrospinale, dysenterie, fièvre typhoïde et paratyphoïde.

Tout évènement survenu pendant un délai d'attente ainsi que ses suites et conséquences ne sera jamais garanti pendant toute la durée de l'adhésion.

Les délais d'attente peuvent être abrogés à la demande de l'assuré si l'adhésion remplace, sans qu'il y ait eu interruption de garantie dans le temps, un autre contrat de même nature et de même montant, si la résiliation de ce contrat est le fait de l'assuré. L'abrogation des délais d'attente s'exerce dans la limite des garanties (nature et montant) précédemment souscrites, sur présentation du certificat de radiation et des dispositions personnelles du contrat antérieur

4.1.5. Indexation

Les montants des garanties ainsi que ceux des cotisations sont indexés à chaque échéance principale de l'adhésion en fonction de l'évolution de la valeur du point AGIRC (Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres).

Le montant des prestations dues sera calculé sur la base du dernier indice de la dernière cotisation acquittée au moment de la survenance de l'évènement garanti.

Ce montant sera indexé à chaque échéance principale de l'adhésion en fonction de l'évolution de la valeur du point, dans la limite du fonds de revalorisation créé à cet effet

4.1.6. Modification des garanties

Les modifications de garanties à la hausse ou à la baisse ne pourront se faire qu'à l'échéance principale de l'adhésion sous réserve d'acceptation par l'assureur.

A la demande de l'adhérent, les garanties pourront toutefois être modifiées en cours d'année d'assurance, après accord de l'assureur.

Dans les trois premières années d'adhésion décomptées à partir de la date d'effet de l'adhésion, une demande d'augmentation de garantie sera acceptée sous réserve de fournir une attestation d'état de santé inchangé depuis l'adhésion. La demande d'augmentation des garanties ne devra pas excéder 20% des garanties assurées à la date de demande de modification, sinon elle sera soumise aux conditions applicables à une nouvelle adhésion.

Des justificatifs de revenus pourront être demandés.

Les délais d'attente prévus et définis à l'article 4.1.4 sont applicables aux différentiels de garantie.

4.1.7. Cessation des garanties

Elles prennent fin, pour chacune d'entre elles, à la date indiquée au certificat d'adhésion.

4.2. Les garanties décès - Capital maladie grave

Contrats A5530 0001 et A5530 0002

4.2.1. Les garanties obligatoires

Décès

En cas de décès de l'Assuré, l'Assureur garantit le versement du capital souscrit au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) sur le certificat d'adhésion. Le décès de l'Assuré doit survenir avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 70 ans.

Perte totale et irréversible d'autonomie

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'Assuré, survenue avant la date de liquidation de ses droits à la retraite et au plus tard avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 67 ans, l'Assureur verse directement par anticipation à l'Assuré le capital décès.

Le versement du capital Perte totale et irréversible d'autonomie met fin à la garantie en cas de décès.

4.2.2. Les garanties optionnelles

Double effet

Si le conjoint de l'Assuré, le partenaire lié par un Pacs ou le concubin décède en même temps ou dans les 365 jours qui suivent le décès de l'Assuré, l'Assureur verse au profit des enfants restés à charge un capital supplémentaire égal au capital décès de base. En outre, le décès de l'Assuré doit survenir avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 67 ans.

Si plusieurs enfants sont à charge au moment du décès, le capital est partagé entre eux par parts égales.

Décès accidentel

Si l'assuré décède ou subit une perte totale et irréversible d'autonomie des suites d'un accident avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 67 ans, et à condition que le décès survienne dans le délai de 12 mois à dater du jour de l'accident, il est versé un capital supplémentaire au bénéficiaire désigné dont le montant est précisé au certificat d'adhésion. La preuve du décès ou de la perte totale et irréversible d'autonomie par accident incombe au bénéficiaire.

Rente Conjoint viagère (RCV)

En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 67 ans, la rente choisie est versée à mois échu au conjoint désigné. Le montant est fixé sur le certificat d'adhésion. La rente est versée mensuellement jusqu'au décès ou remariage du conjoint.

Le conjoint est désigné au moment de la souscription du contrat

Rente Education (RE)

En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 67 ans, la rente choisie est versée à mois échu à chacun des enfants désignés. Le montant de la rente varie selon l'âge de l'enfant bénéficiaire. Elle est versée mensuellement jusqu'aux 26 ans du bénéficiaire si poursuite d'études supérieures. Les enfants sont désignés au moment de la souscription du contrat.

Le montant de la rente varie selon l'âge de l'enfant bénéficiaire.

Cette rente est versée :

- au représentant légal de l'enfant, s'il est mineur
- à l'enfant lui-même s'il est majeur

Le versement de la rente cesse :

- **à la fin du mois civil au cours duquel l'enfant bénéficiaire a cessé sa scolarité et, au plus, à la fin du mois civil suivant son 18^{ème} anniversaire ou son 26^{ème} anniversaire, s'il poursuit des études**
- **et en tout état de cause à la date du décès de l'enfant.**

Capital maladie grave

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie capital décès.

Un capital dont le montant est indiqué au certificat d'adhésion est versé à l'Assuré dès que le diagnostic de l'une des cinq maladies graves suivantes est posé et qu'il a été reconnu par l'Assureur : infarctus du myocarde, coronaropathies, accident vasculaire cérébral, cancer, insuffisance rénale, ou dès qu'une greffe d'organe a été réalisée.

La date des premiers symptômes de la maladie ou, pour la greffe d'organe, de l'affection qui la nécessite, doit intervenir plus de 3 mois après la date d'effet de l'adhésion pour ouvrir droit au versement du capital.

Ce montant sera déduit du capital garanti en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'Assuré. Cette garantie, si elle a été choisie, est valable jusqu'à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge de 67 ans.

Le risque est considéré réalisé lorsque la maladie grave ou la greffe d'organe a fait l'objet d'un diagnostic, c'est-à-dire la constatation clinique et paraclinique d'une affection établie et justifiée de manière impartiale par une autorité médicale spécialisée.

Définition des maladies graves

a) Infarctus du myocarde

Il s'agit de la nécrose d'une zone du muscle myocardique, dont le diagnostic est posé par la présence de signes électriques caractéristiques au tracé électrocardiographique, associée à une augmentation des enzymes cardiaques et aux douleurs caractéristiques.

b) Coronaropathie

Sont prises en considération, les coronaropathies ayant nécessité une intervention chirurgicale à cœur ouvert avec au moins un double pontage coronarien.

c) Accident vasculaire cérébral

L'accident vasculaire cérébral est défini comme étant un infarctus du tissu cérébral ou une hémorragie intracrânienne. Il devra y être associé un déficit neurologique séquellaire persistant de façon constante plus de 15 jours.

d) Cancer

Toute tumeur maligne caractérisée par la croissance non contrôlée et la propagation de cellules malignes qui envahissent les tissus. La preuve indiscutable d'un tel phénomène ou l'examen anatomopathologique d'une tumeur maligne doit être fourni. Sont également couverts les leucémies, les lymphomes et la maladie de Hodgkin.

Sont exclus les cancers in situ, les tumeurs consécutives à l'infection par l'un des virus humains d'immunodéficience acquise ainsi que les cancers de la peau (hormis les mélanomes malins).

e) Insuffisance rénale

Il s'agit des insuffisances rénales dépassées entraînant pour l'Assuré la nécessité de se soumettre régulièrement à une dialyse péritonéale ou une hémodialyse.

f) Greffe d'organe

Sont retenues les greffes d'organes suivantes : la greffe du cœur, du cœur et des poumons, celle du foie, du pancréas ou du rein. La greffe de la moelle osseuse est assimilée à une greffe d'organe.

Le risque est considéré réalisé lorsque la maladie grave ou la greffe d'organe a fait l'objet d'un diagnostic, c'est-à-dire la constatation clinique et paraclinique d'une affection établie et justifiée de manière impartiale par une autorité médicale spécialisée.

4.2.3. Clauses bénéficiaires

Désignation du (des) bénéficiaire(s) des garanties en cas de décès

Lors de la demande d'adhésion ou ultérieurement par avenant au contrat, l'Assuré peut désigner le ou les bénéficiaires qui percevront le capital garanti indiqué au certificat d'adhésion au décès de l'Assuré.

La désignation du bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique. Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, il est conseillé à l'Assuré de porter au contrat les coordonnées qui seront utilisées par l'Assureur en cas de décès de l'Assuré.

L'Assuré peut modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée.

Acceptation du bénéficiaire

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'Assuré et du bénéficiaire ;
- soit par un acte authentique ou par un acte sous seing privé signé seulement de l'Assuré 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'acceptation ne peut intervenir que 30 jours au moins à compter de l'adhésion au contrat.

Conséquences de l'acceptation par le bénéficiaire

Si 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).

4.3. Les garanties maintien de revenus

Contrats A5530 0001 et A5530 0002

4.3.1. Les garanties maintien de revenus

4.3.1.1 Montant des garanties

Le montant des garanties est indiqué au certificat d'adhésion.

Il est égal aux revenus nets professionnels déclarés sur la demande d'adhésion et reprise sur le certificat d'adhésion. L'indemnisation de l'assureur sera égale à ce montant duquel sera déduit les prestations prévues par le régime obligatoire.

Toutefois, au jour du sinistre, si les revenus nets professionnels déclarés et repris sur le certificat d'adhésion sont supérieurs à 1 PASS (Plafond annuel de la Sécurité sociale) et qu'ils dépassent de plus de 30% la moyenne des revenus annuels totaux nets déclarés au cours des 2 dernières années précédant le sinistre, alors la prestation sera limitée à 1,30 fois cette moyenne de laquelle seront déduites les prestations du régime obligatoire, sans pouvoir être inférieure à 1 PASS duquel seront déduites les prestations du régime obligatoire.

Néanmoins, il pourra être demandé durant les deux premières années de l'adhésion lors de la déclaration de sinistre, les justificatifs ayant permis de déterminer le montant de garantie lors de l'adhésion.

Il est précisé que :

- Pour un **Créateur d'Entreprise**, lors de sa 1^{ère} année d'Adhésion, le Revenu de Référence est fixé à 0,5 PASS par défaut. Mais, sur présentation de son bilan prévisionnel certifié conforme par son expert-comptable, l'adhérent pourra choisir un maximum de 1 PASS par pas de 0,25.
- Pour un **Conjoint Collaborateur**, le Revenu de Référence est limité à 0,5 PASS. Il est entendu par ailleurs que l'adhérent s'engage à ce que le montant de garanties retenues corresponde à celui de ses revenus professionnels, avec une marge maximale de 20%, au titre de son activité déduction faite des indemnités pouvant être versées au titre des régimes de protection sociale obligatoire, complémentaire ou facultatif dont il peut bénéficier.
- Pour un **Repreneur**, lors de sa 1^{ère} année d'Adhésion, le Revenu de Référence est limité aux montants qui lui ont été accordés dans le respect des procédures d'autorisation prévues au Code du Commerce et dans la limite de 1 PASS.

4.3.1.2 Les indemnités journalières

Objet de la garantie

Si l'Assuré doit interrompre totalement son activité professionnelle pour des raisons de santé, l'Assureur garantit le versement de l'indemnité mensuelle indiquée au certificat d'adhésion.

Si l'assuré est atteint d'une affection de longue durée telle que définie à l'article L.322-3-3 du Code de la Sécurité sociale (à l'exception des maladies mentales et affections psychiatriques) ayant fait l'objet d'une indemnisation, et qu'il reprend pour des raisons thérapeutiques une activité professionnelle à mi-temps, l'assureur peut être amené à poursuivre son indemnisation. Dans ce cas, l'indemnité est réduite de moitié et sera versée pour une durée maximale de 3 mois, à raison d'une seule fois pour un même évènement.

Durée d'indemnisation

Ces indemnités sont versées à mois échu pour chaque jour d'arrêt de travail garanti, intervenant après le nombre de jours qui constitue la franchise que l'Assuré a choisie.

La durée maximale de versement des prestations pour une maladie ou un accident, et les suites qu'ils peuvent provoquer, est fixée au certificat d'adhésion.

Le versement des indemnités journalières cesse dans les situations suivantes :

- dès la reprise, même partielle, de l'activité professionnelle, sauf cas défini au paragraphe «Objet de la garantie» de l'article 4.3.1.2. ;
- à la date de consolidation de l'invalidité ;
- à la date de liquidation des droits à la retraite de l'Assuré, et, au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge de 67 ans.

Rechute

Si après une reprise totale d'activité inférieure ou égale à 60 jours, l'adhérent est à nouveau contraint de cesser son travail ou son activité pour le même motif, la durée de la reprise totale d'activité sera considérée comme une simple suspension du paiement des prestations et aucun nouveau délai de franchise ne sera appliqué.

Par contre, la franchise sera à nouveau appliquée si la rechute survient après une reprise d'activité ininterrompue de plus de 60 jours.

4.3.1.3. La rente d'invalidité

Objet de la garantie

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie indemnités journalières. Le versement de la rente met fin au service des indemnités journalières.

En cas d'invalidité permanente totale ou partielle de l'Assuré, l'Assureur verse la rente selon les règles définies au paragraphe «Montant de la rente» ci-dessous sur la base du montant indiqué sur le certificat d'adhésion.

Cette rente sera versée dès lors qu'à l'expiration d'un arrêt de travail couvert par les indemnités journalières, l'Assuré est considéré en état d'invalidité permanente totale ou partielle.

Le point de départ du versement de la rente sera la date de consolidation définie par le médecin-conseil de l'Assureur.

Détermination du taux d'invalidité (t)

→ Barème croisé

La nature et le taux d'invalidité sont fixés par l'expert médical indépendant.

- Il y a invalidité lorsque l'Assuré présente simultanément, après consolidation, une incapacité fonctionnelle (physique et / 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 indicatif d'invalidité des accidents du travail de la Sécurité sociale ;
- l'incapacité professionnelle est appréciée selon la nature de l'invalidité de l'Assuré par rapport à l'exercice de sa profession qui tient compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident et des possibilités d'exercices restantes après consolidation.

Ces deux taux d'incapacité sont déterminés dans le cadre d'une expertise médicale effectuée par un médecin expert indépendant et sont appréciés par le médecin-conseil de l'Assureur qui, par croisement, fixe le taux d'invalidité.

Les taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle ainsi définis, le taux d'invalidité (t) est déterminé d'après le tableau suivant :

(a) : pour le fonctionnel et (b) : pour le professionnel

b	a										
	CROISE	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10	10	16	21	25	29	33	37	40	43	46	
20	13	20	26	32	37	42	46	50	55	58	
30	14	23	30	36	42	48	53	58	62	67	
40	16	25	33	40	46	52	58	63	69	74	
50	17	27	36	43	50	56	63	68	74	79	
60	18	29	38	46	53	60	66	73	79	84	
70	19	30	40	48	56	63	70	77	83	89	
80	20	32	42	50	58	66	73	80	87	93	
90	21	33	43	52	61	69	76	83	90	97	
100	22	34	45	54	63	71	79	86	93	100	

Montant de la rente

Le calcul de la rente est fonction du barème choisi à l'adhésion et indiqué au certificat d'adhésion.

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

Rente totale

Le montant de la rente d'invalidité choisi est versé à l'Assuré qui se trouve, par suite d'accident ou de maladie, atteint d'une invalidité dont le taux (t) est supérieur ou égal à 66 % (invalidité permanente totale).

Rente partielle

Le montant de la rente partielle est égal à $3t / 2$ fois le montant de la rente choisi.

Elle est versée lorsque le taux d'invalidité (t) est inférieur à 66 % mais supérieur ou égal à 33 %.

La rente n'est pas due ou cesse d'être versée à partir du moment où le taux d'invalidité devient inférieur à 33 %.

Dans le cadre du barème professionnel applicable aux professions médicales avec actes chirurgicaux (Chirurgiens et Dentistes), le versement de la rente partielle est possible sur option dès que le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 16 %.

Ainsi, si cette option est choisie, la rente partielle pourra être servie si le taux d'invalidité (t) est inférieur à 66 % mais supérieur ou égal à 16 %.

Dans ce cas, la rente n'est pas due ou cesse d'être versée à partir du moment où le taux d'invalidité devient inférieur à 16 %.

4.3.1.4. Exonération des cotisations

L'Adhérent qui le souhaite peut opter pour une exonération des cotisations à compter du 60^{ème} jour d'arrêt de travail continu et indemnisé par son régime obligatoire. Les conditions et modalités de l'exonération sont mentionnées à l'article 3.5.5.

Ce choix doit être fait à l'adhésion et est mentionné sur le certificat d'adhésion remis à l'Adhérent

4.4. La garantie remboursement des frais généraux

4.4.1. Objet de la garantie

Si l'Assuré doit interrompre totalement son activité professionnelle pour des raisons de santé, l'Assureur garantit le versement de l'indemnité choisie et indiquée au certificat d'adhésion visant le remboursement de tout ou partie des frais généraux payés par l'entreprise dans la limite des frais réellement engagés pendant la période d'arrêt de travail indemnisée.

Les frais payés pour des périodes autres que mensuelles seront convertis prorata-temporis, en dépenses mensuelles.

Sont prises en compte, 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 et qui n'ont pas en comptabilité de contrepartie à l'actif. Elles doivent en outre être exposées dans l'intérêt de l'exploitation et se rattacher à une gestion normale.

Entrent dans les frais généraux professionnels permanents les dépenses suivantes : services extérieurs, impôts, taxes et versements assimilés, les charges de personnel (y compris les charges sociales), les autres charges de gestion courantes, les charges financières, les charges exceptionnelles.

Ces dépenses doivent être admises légalement comme frais généraux et non exclues du contrat.

Sont considérés comme frais généraux :

- le loyer des locaux professionnels ;
- les intérêts et taxes payés sur les traites de financement des locaux et équipements, 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 des employés de l'Assuré qui n'exercent pas la profession de l'Assuré dans les conditions identiques, ainsi que les charges y afférant ;

- la patente, les impôts professionnels ;
- le coût du leasing (crédit bail) ;
- les pertes pour dépréciation de matières consommables et fournitures, les amortissements des équipements ;
- les charges sociales de l'Assuré.

Ne sont pas considérés comme frais généraux :

- les salaires, honoraires, prélèvements, profits et autres avantages ou rémunération de l'Assuré, ainsi que ceux versés à toute personne exerçant dans les mêmes conditions la profession de l'Assuré ou à toute autre personne engagée pour le remplacer ;
- les achats de toutes matières consommables, marchandises, équipements, fournitures, installations, produits pharmaceutiques ou vétérinaires ;
- le prix d'achat d'un élément de l'actif « immeuble, matériel, brevet » ;
- les autres amortissements et les provisions.

4.4.2. Durée d'indemnisation

Ces indemnités sont versées mensuellement pour chaque jour d'arrêt de travail garanti, intervenant après le nombre de jours qui constitue la franchise que l'Assuré a choisie.

La durée maximum de versement des prestations, pour une maladie ou un accident, et les suites qu'ils peuvent provoquer est fixée au certificat d'adhésion.

Le versement des indemnités journalières cesse dans les situations suivantes :

- dès la reprise, même partielle, de l'activité professionnelle ;
- à la date de consolidation en invalidité ;
- à la date de liquidation des droits à retraite et, au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge de 67 ans.

4.4.3. Rechute

Si après une reprise totale d'activité inférieure ou égale à 60 jours, l'adhérent est à nouveau contraint de cesser son travail ou son activité pour le même motif, la durée de la reprise totale d'activité sera considérée comme une simple suspension du paiement des prestations et aucun nouveau délai de franchise ne sera appliqué.

Par contre, la franchise sera à nouveau appliquée si la rechute survient après une reprise d'activité ininterrompue de plus de 60 jours.

CHAPITRE 5 : LES EXCLUSIONS ET LIMITATIONS DE GARANTIES

5.1. Exclusions de garanties

Sont exclus de l'ensemble des garanties les événements suivants :

- le suicide : le suicide, de quelque nature qu'il soit, est exclu s'il survient au cours de la première année d'adhésion. En cas d'augmentation des garanties, le suicide est exclu pour le supplément de garanties pendant la première année suivant la prise d'effet de cette augmentation ;
- le risque de guerre : en cas de guerre civile, étrangère, d'actes de terrorisme, de rixes, d'émeutes ou de troubles quels qu'ils soient et où qu'ils aient lieu, la présente adhésion n'aura pas d'effet. En cas de guerre étrangère, les garanties ne sont accordées qu'aux conditions déterminées par la législation à intervenir dans ce cas.

5.1.1. Exclusions spécifiques à la perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes des garanties décès en capital et des garanties décès en rente ainsi qu'au capital décès accidentel

Pour ces garanties, l'assureur ne couvre pas les événements suivants et leurs conséquences :

- une tentative de suicide de l'assuré ;
- un acte volontaire de l'assuré
- un acte criminel de l'assuré ;
- les faits de guerre civile, étrangère, d'actes de terrorisme, de rixes, d'émeutes ou de troubles ;
- les mouvements populaires ;
- l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement ou de substances illicites ;
- la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes ;
- la pratique d'un sport à titre professionnel ;
- la tentative de record, exhibition ou pari ;
- les sauts dans le vide quel que soit le moyen utilisé pour la chute ou pour la réception ;
- la conduite en état d'ivresse, c'est-à-dire lorsque l'alcoolémie de l'assuré est supérieure ou égale au taux d'interdiction de conduire prévue par la réglementation en vigueur ;
- la conduite de tout engin par l'assuré s'il n'a pas la qualification ou le permis requis par la réglementation en vigueur.

5.1.2. Exclusions spécifiques aux garanties maintien de revenus et remboursement des frais généraux

En plus des exclusions indiquées à l'article 5.1.1, ne sont pas couverts les événements suivants :

- les cataclysmes ;
- l'accomplissement du service militaire ou de périodes militaires supérieures à 1 mois ;
- toute activité liée à la sécurité et pratiquée à titre non professionnel ;
- les états antérieurs : les maladies et infirmités existantes non déclarées à la prise d'effet du contrat ainsi que leurs suites et conséquences ;
- les suites et conséquences des affections liées à l'éthylisme.

5.2. Limitations de garanties

Maternité

Seuls les grossesses et accouchements pathologiques sont couverts par les présentes garanties.
Les congés légaux de maternité et paternité ne sont pas garantis.

Maladies mentales et affections psychiatriques

Pour tout arrêt de travail consécutif à une maladie mentale ou une affection psychiatrique, l'indemnisation au titre de la garantie ITT ne se fera qu'après une franchise de 30 jours ou à partir de la franchise souscrite si celle-ci est supérieure.

Les invalidités suite à une maladie mentale ou une affection psychiatrique peuvent donner lieu au versement d'une rente invalidité si elles sont consécutives à un arrêt de travail indemnisé ayant donné lieu à une hospitalisation d'au moins 30 jours continus dans un établissement ou un service hospitalier spécialisé dans le traitement de ce type d'affection. Le versement de la rente débutera à la date de consolidation de l'invalidité et selon le taux défini contractuellement.

En dehors de ces conditions, les maladies mentales et les affections psychiatriques ne sont pas garanties.

Pratiques sportives

L'indemnisation de l'Assureur pour tout événement consécutif à la pratique d'une activité sportive sera limitée à 1 million d'Euros.

Cures

Les cures de toute nature, notamment thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication ainsi que les séjours en maison de repos, sont exclues des garanties applicables en cas d'incapacité temporaire totale de travail.

Invalidité non indemnisée

L'état d'invalidité faisant suite à un arrêt de travail non garanti et pour lequel l'Assuré n'a pas droit aux indemnités journalières n'est pas garanti.

CHAPITRE 6 : LE REGLEMENT DES PRESTATIONS

6.1. Règlement des prestations en cas de décès

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

Les pièces suivantes doivent être adressées :

En cas de décès de l'Assuré

- Le certificat d'adhésion ;
- un extrait d'acte de décès ;
- un certificat du médecin ayant constaté le décès ;
- si le décès résulte d'un accident, une copie du rapport de police ou de gendarmerie, ou tout autre document justificatif ;
- une copie du livret de famille ou un certificat d'hérédité suivant le cas ;
- le dernier avis d'imposition ;
- un certificat post mortem et toutes pièces médicales utiles à fournir par les bénéficiaires ;
- une copie du dernier avis d'imposition du concubin.

En cas de décès ultérieur du conjoint

Les pièces à fournir sont les mêmes que lors du décès de l'Assuré, complétées par un extrait de délibération du conseil de famille ayant nommé les tuteurs et subrogés – tuteurs des enfants mineurs.

6.1.1 Modalités de paiement du capital et revalorisation

Lorsque l'ensemble des pièces demandées dont le détail est décrit à l'article 6.1. 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 6.1. 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.

6.2. Règlement des prestations pour les autres garanties

6.2.1. Modalités d'obtention des prestations

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie

L'assuré doit faire parvenir à l'assureur un rapport médical détaillé indiquant la nature et le caractère définitif de son invalidité.

L'assureur peut demander à tout moment, à ses frais et à son médecin conseil, de mener un examen médical ou un contrôle en vue du versement ou de la continuité de versement des prestations.

En cas de maladie grave

Un certificat médical établi par un médecin spécialiste posant le diagnostic précis et détaillé de la maladie, décrivant son historique et mentionnant la date des premiers symptômes.

En cas d'incapacité temporaire totale de travail

L'arrêt de travail doit être porté à la connaissance de l'Assureur via son Délégué par une déclaration manuscrite de l'Assuré, accompagnée de l'avis d'arrêt de travail initial établi par son médecin traitant, avant le terme de la franchise prévue au contrat. **Passé ce délai, l'arrêt de travail est considéré comme s'étant produit au jour de la déclaration.**

À réception de cette déclaration, l'Assureur, via le médecin-conseil de HENNER, demande à l'assuré de lui faire parvenir :

- la déclaration d'arrêt d'activité, pour laquelle l'Assuré doit compléter de manière exhaustive les rubriques activité, arrêt de travail et circonstances de l'accident, et préciser tout élément qu'il jugera utile à une gestion optimale de son dossier ;
- l'attestation médicale initiale, complétée par une autorité médicale compétente détaillant les renseignements relatifs à l'incapacité temporaire totale de travail (nature de l'affection, description précise des traitements et durée prévisionnelle de l'arrêt de travail) ;
- en cas d'hospitalisation le ou les bulletins de situation établis par les établissements hospitaliers précisant la date et l'heure d'entrée et de sortie et reprenant la facturation du forfait hospitalier ;
- en cas d'hospitalisation avec acte chirurgical, il faudra également fournir le compte rendu opératoire, en plus du ou des bulletins ci-dessus.

En cas de mise en œuvre de la garantie remboursement des frais généraux, l'Assureur peut demander des documents justificatifs supplémentaires tels qu'un état des dépenses prises en charge par la garantie listées à l'article 4.4.1.

En cas de rechute dans les 60 jours suivant la reprise du travail, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection doit être adressé.

En cas d'incapacité permanente partielle ou totale de travail

L'Assuré doit faire parvenir à l'Assureur :

- la notification de mise en invalidité par le régime de prévoyance obligatoire ;
- le certificat médical ou toutes pièces médicales permettant d'établir le caractère permanent de l'arrêt de travail.

Par ailleurs, pour chacun des événements garantis, l'Assureur se réserve la possibilité d'exiger la production de pièces complémentaires et de vérifier la nature et les conséquences de l'événement garanti.

6.2.2. Montant des prestations et revalorisation

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

Ce montant sera indexé à chaque échéance principale en fonction de l'évolution de la valeur du point AGIRC, dans la limite du fonds de revalorisation créé à cet effet.

6.3. Paiement des prestations

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

6.4. Contrôle et expertise

L'assuré doit apporter la preuve de son incapacité de travail, de son invalidité ou de la maladie dont il est atteint. Il doit fournir à ce titre les éléments justificatifs qui peuvent lui être demandés par l'Assureur ou par le médecin-conseil et se soumettre aux examens de contrôle effectués par le médecin délégué ou tout autre représentant mandaté par celui-ci.

La décision sera communiquée à l'Assuré par notre médecin-conseil qui peut, à l'analyse du dossier, définir le droit garanti ou limiter l'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité permanente.

Si l'Assuré ne l'a pas contesté dans les 30 jours, le diagnostic du médecin conseil est considéré comme acquis.

Ainsi, l'Assuré s'engage à autoriser l'accès de son domicile ou lieu de traitement préalablement signalé par lettre recommandée à l'Assureur, tous les jours ouvrables entre 9 heures et 21 heures, sauf opposition justifiée.

En cas de désaccord avec les conclusions du médecin délégué, l'Assuré doit fournir des pièces médicales contradictoires et, en second lieu, peut demander une expertise amiable qui sera confiée à un tiers désigné d'un commun accord entre les deux parties.

À défaut d'entente sur le choix de cet expert amiable, la désignation est faite par le président du tribunal de grande instance du domicile de l'Assuré. L'expert amiable est nécessairement choisi sur la liste des experts judiciaires.

L'Assuré et l'Assureur supportent par moitié les frais relatifs à sa nomination ainsi que ses honoraires. Les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que l'expertise amiable n'a pas eu lieu.

Si l'Assuré ne respecte pas un des points précédemment énoncés, l'Assureur peut refuser l'indemnisation.

6.5. 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 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 délégué par l'Assureur, non en fonction de la durée réelle d'arrêt de travail, mais de celle qui aurait été défini chez une personne soumise à un traitement médical adéquat.

CHAPITRE 7 : ARTICLES DU CODE DES ASSURANCES ET DU CODE CIVIL

Article L. 113-3 – Paiement de la prime

La prime est payable au domicile de l'assureur ou du mandataire désigné par lui à cet effet. Toutefois, la prime peut être payable au domicile de l'assuré ou à tout autre lieu convenu dans les cas et conditions limitativement fixés par décret en Conseil d'État.

À défaut de paiement d'une prime, ou d'une fraction de prime, dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'assureur de poursuivre l'exécution du contrat en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'assuré. Au cas où la prime annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de prime, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La prime ou fraction de prime est portable dans tous les cas, après la mise en demeure de l'assuré.

L'assureur a le droit de résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours mentionné au deuxième alinéa du présent article.

Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où ont été payés à l'assureur ou au mandataire désigné par lui à cet effet, la prime arriérée ou, en cas de fractionnement de la prime annuelle, les fractions de prime ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Les dispositions des alinéas 2 à 4 du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

Article L. 113-4 – Aggravation, diminution du risque

En cas d'aggravation du risque en cours de contrat, telle que, si les circonstances nouvelles avaient été déclarées lors de la conclusion ou du renouvellement du contrat, l'assureur n'aurait pas contracté ou ne l'aurait fait que moyennant une prime plus élevée, l'assureur a la faculté soit de dénoncer le contrat, soit de proposer un nouveau montant de prime.

Dans le premier cas, la résiliation ne peut prendre effet que dix jours après notification et l'assureur doit alors rembourser à l'assuré la portion de prime ou de cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru. Dans le second cas, si l'assuré ne donne pas suite à la proposition de l'assureur ou s'il refuse expressément le nouveau montant, dans le délai de trente jours à compter de la proposition, l'assureur peut résilier le contrat au terme de ce délai, à condition d'avoir informé l'assuré de cette faculté, en la faisant figurer en caractères apparents dans la lettre de proposition.

Toutefois, l'assureur ne peut plus se prévaloir de l'aggravation des risques quand, après en avoir été informé de quelque manière que ce soit, il a manifesté son consentement au maintien de l'assurance, spécialement en continuant à recevoir les primes ou en payant, après un sinistre, une indemnité.

L'assuré a droit en cas de diminution du risque en cours de contrat à une diminution du montant de la prime. Si l'assureur n'y consent pas, l'assuré peut dénoncer le contrat. La résiliation prend alors effet trente jours après la dénonciation. L'assureur doit alors rembourser à l'assuré la portion de prime ou cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

L'assureur doit rappeler les dispositions du présent article à l'assuré, lorsque celui-ci l'informe soit d'une aggravation, soit d'une diminution de risques.

Les dispositions du présent article ne sont applicables ni aux assurances sur la vie, ni à l'assurance maladie lorsque l'état de santé de l'assuré se trouve modifié.

Article L. 113-8 – Déclaration du risque, sanctions, nullité

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

Article L. 113-9 – Déclaration du risque, sanction, réduction proportionnelle

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article L. 113-16 – Résiliation pour modification ou cessation du risque

En cas de survenance d'un des événements suivants :

- changement de domicile ;
- changement de situation matrimoniale ;
- changement de régime matrimonial ;
- changement de profession ;
- retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle,

Le contrat d'assurance peut être résilié par chacune des parties lorsqu'il a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle.

La résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement.

La résiliation prend effet un mois après que l'autre partie au contrat en a reçu notification.

L'assureur doit rembourser à l'assuré la partie de prime ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

Il ne peut être prévu le paiement d'une indemnité à l'assureur dans les cas de résiliation susmentionnés.

Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. Elles sont applicables à compter du 9 juillet 1973 aux contrats souscrits antérieurement au 15 juillet 1972.

Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article, et notamment la date qui, pour chacun des cas énumérés au premier alinéa, est retenue comme point de départ du délai de résiliation.

Articles L. 114-1, L. 114-2 et L. 114-3 du Code des assurances

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

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 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 avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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.

Article 2240 à 2246 du Code civil – Causes ordinaires d'interruption de la prescription

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.

Article L. 121-12 – Subrogation de l'assureur

L'assureur qui a payé l'indemnité d'assurance est subrogé, jusqu'à concurrence de cette indemnité, dans les droits et actions de l'assuré contre les tiers qui, par leur fait, ont causé le dommage ayant donné lieu à la responsabilité de l'assureur.

L'assureur peut être déchargé, en tout ou en partie, de sa responsabilité envers l'assuré, quand la subrogation ne peut plus, par le fait de l'assuré, s'opérer en faveur de l'assureur.

Par dérogation aux dispositions précédentes, l'assureur n'a aucun recours contre les enfants, descendants, ascendants, alliés en ligne directe, préposés, employés, ouvriers ou domestiques, et généralement toute personne vivant habituellement au foyer de l'assuré, sauf le cas de malveillance commise par une de ces personnes.

Article L. 132-5-1 – Faculté de renonciation

Toute personne physique qui a signé une proposition ou un contrat d'assurance sur la vie ou de capitalisation a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où elle est informée que le contrat est conclu. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

La renonciation entraîne la restitution par l'entreprise d'assurance ou de capitalisation de l'intégralité des sommes versées par le contractant, dans le délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

Les dispositions du présent article sont précisées, en tant que de besoin, par arrêté ministériel.

Elles ne s'appliquent pas aux contrats d'une durée maximale de 2 mois.

Article L. 132-9 – Bénéficiaire : acceptation et révocation

I. Sous réserve des dispositions du dernier alinéa de l'article L. 132-4-1, la stipulation en vertu de laquelle le bénéfice de l'assurance est attribué à un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation de celui-ci, effectuée dans les conditions prévues au II du présent article. Pendant la durée du contrat, après acceptation du bénéficiaire, le stipulant ne peut exercer sa faculté de rachat et l'entreprise d'assurance ne peut lui consentir d'avance sans l'accord du bénéficiaire.

Tant que l'acceptation n'a pas eu lieu, le droit de révoquer cette stipulation n'appartient qu'au stipulant et ne peut être exercé de son vivant ni par ses créanciers ni par ses représentants légaux. Lorsqu'une tutelle a été ouverte à l'égard du stipulant, la révocation ne peut intervenir qu'avec l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille s'il a été constitué.

Ce droit de révocation ne peut être exercé, après la mort du stipulant, par ses héritiers, qu'après l'exigibilité de la somme assurée et au plus tôt trois mois après que le bénéficiaire de l'assurance a été mis en demeure par acte extrajudiciaire, d'avoir à déclarer s'il accepte.

L'attribution à titre gratuit du bénéfice d'une assurance sur la vie à une personne déterminée est présumée faite sous la condition de l'existence du bénéficiaire à l'époque de l'exigibilité du capital ou de la rente garantis, à moins que le contraire ne résulte des termes de la stipulation.

II. Tant que l'assuré et le stipulant sont en vie, l'acceptation est faite par un avenant signé de l'entreprise d'assurance, du stipulant et du bénéficiaire.

Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé du stipulant et du bénéficiaire, et n'a alors d'effet à l'égard de l'entreprise d'assurance que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit.

Lorsque la désignation du bénéficiaire est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir que trente jours au moins à compter du moment où le stipulant est informé que le contrat d'assurance est conclu.

Après le décès de l'assuré ou du stipulant, l'acceptation est libre.

Article L. 132-26 – Erreur sur l'âge de l'assuré

L'erreur sur l'âge de l'assuré n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les tarifs de l'assureur.

Dans tout autre cas, si par suite d'une erreur de ce genre, la prime payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital ou la rente garantis sont réduits en proportion de la prime perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable de l'assuré. Si au contraire, par suite d'une erreur sur l'âge de l'assuré, une prime trop forte a été payée, l'assureur est tenu de restituer la portion de prime qu'il a reçue en trop sans intérêt.

Article L. 141-4 – Information de l'Adhérent

Le souscripteur est tenu :

- de remettre à l'adhérent une notice établie par l'assureur qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre ;

- d'informer par écrit les adhérents des modifications apportées à leurs droits et obligations, trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.
- La preuve de la remise de la notice à l'adhérent et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe au souscripteur.
- L'adhérent peut dénoncer son adhésion en raison de ces modifications.
- Toutefois, la faculté de dénonciation n'est pas offerte à l'adhérent lorsque le lien qui l'unit au souscripteur rend obligatoire l'adhésion au contrat.
- Les assurances de groupe ayant pour objet la garantie de remboursement d'un emprunt et qui sont régies par des lois spéciales ne sont pas soumises aux dispositions du présent article.

ANNEXE

GARANTIE IMMEDIATE EN CAS D'ACCIDENT

On entend par accident, toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

L'adhérent, dès qu'il a validé son adhésion au contrat par la signature électronique, est garanti contre le risque de décès consécutif à un accident, selon les conditions décrites aux paragraphes suivants, sous réserve de l'encaissement du règlement de la première fraction de cotisation. La garantie est limitée à une durée maximum de deux mois. Elle cessera dès la mise à disposition sur l'espace personnel de l'adhérent du certificat d'adhésion.

En cas de refus de l'assurance, après un examen par les services techniques et médicaux de la compagnie, la présente garantie cessera dès la notification du refus à l'adhérent. La somme versée sera alors intégralement remboursée.

Si l'adhérent décède pendant la durée de cette garantie provisoire des suites d'un accident, l'assureur verse la ou les garantie(s) en cas de décès, le montant total du capital décès et/ou des capitaux constitutifs de rente étant plafonnés à 60 000 €. La preuve du décès par accident incombe au bénéficiaire.

Sont exclus de la garantie immédiate les décès résultant :

- d'une tentative de suicide de l'assuré,
- d'un acte volontaire de l'assuré,
- d'un acte criminel de l'assuré,
- d'usage de stupéfiants non prescrits médicalement ou de substances illicites,
- de faits de guerre civile, étrangère, de rixes, d'émeutes ou de troubles, de mouvements populaires,
- de la participation active de l'assuré à tous actes de terrorisme ou attentats,
- de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes,
- de la pratique d'un sport à titre professionnel,
- de tentative de record, d'exhibition ou de pari,
- de sauts dans le vide quel que soit le moyen utilisé pour la chute ou pour la réception,
- de la conduite en état d'ivresse, c'est-à-dire lorsque l'alcoolémie de l'assuré est supérieure ou égale au taux d'interdiction de conduire prévu par la réglementation en vigueur,
- de la conduite de tout engin par l'assuré s'il n'en a pas la qualification ou le permis requis par la réglementation en vigueur,
- d'accident survenu antérieurement à la date de la signature de la présente demande d'adhésion d'assurance sur la vie,
- d'accident survenu hors Union européenne, Suisse, Amérique du Nord, Japon et Australie.

TABLEAU DES GARANTIES

BASE OBLIGATOIRE

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
GARANTIE DECES			
Décès ou PTIA toutes causes	150%	300%	450%

OPTIONS

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
OPTION DOUBLEMENT PAR ACCIDENT			
Niveaux de garantie	150%	300%	450%

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
OPTION DOUBLE EFFET			
Niveaux de garantie	150%	300%	450%

	NIVEAU 1
OPTION CAPITAL MALADIE GRAVE	
Niveau de garantie	50% du capital décès souscrit dans la limite de 75 000 €

OPTION INCAPACITE / INVALIDITE	
Incapacité	
Niveau de garantie	100%
Franchise au choix (accident, hospitalisation, maladie)	0/3/7 jours 0/3/15 jours 0/3/30 jours 30/30/30 jours 60/60/60 jours
Invalidité	
Professions Médicales et Paramédicales	
Invalidité partielle	
Niveau de garantie	Rente partielle égale à t*3/2 du montant de la rente souscrite en ITT
Taux invalidité : Barème au choix	Pro16 : 15%<=t<=65% Pro33 : 33%<=t<=65% Croisé : 33%<=t<=65%
Invalidité totale	
Niveau de garantie	Rente totale égale à : 100 % du montant de la rente souscrite en ITT
Taux invalidité	t>=66%
Autres professions	
Invalidité partielle	
Niveau de garantie	Rente partielle égale à t*3/2 du montant de la rente souscrite en ITT
Taux invalidité	Croisé : 33%<=t<=65%
Invalidité totale	
Niveau de garantie	Rente totale égale à : 100 % du montant de la rente souscrite en ITT
Taux invalidité	t>=66%
Mi-temps thérapeutique	
Niveau de garantie	50% du montant des IJ Durée d'indemnisation limitée à 3 mois

	NIVEAU 1
OPTION FRAIS GENERAUX	
Niveau de garantie	40 % du revenu de référence - durée 1 an
Franchise au choix (accident, hospitalisation, maladie)	0/3/7 jours 0/3/15 jours 0/3/30 jours 30/30/30 jours 60/60/60 jours

	NIVEAU 1	NIVEAU 2
OPTION RENTE EDUCATION		
Jusqu'aux 11 ans de l'enfant	5%	10%
de 12 à 18 ans	10%	15%
de 19 à 25 ans inclus, si poursuite d'étude	15%	20%

	NIVEAU 1	NIVEAU 2
OPTION RENTE CONJOINT		
Rente viagère	15%	30%

	NIVEAU 1
OPTION EXONERATION AU 1ER JOUR	
Niveau de garantie	Dans le cas où la durée d'arrêt de travail dépasse 60 jours, possibilité d'exonérer les cotisations à partir du 1er jour.

Garanties exprimées en % du revenu de référence mensuel net.

Les options ne peuvent être souscrites sans avoir préalablement choisi un niveau en Décès ou PTIA toutes causes.

Tous les niveaux sont modulaires.

t = taux d'invalidité

Le contrat HENNER TNS PREVOYANCE est un contrat conçu et négocié auprès de l'assureur, avec mandat de distribution exclusif, par :



Henner, SAS de gestion et de courtage d'assurances - Capital de 8 212 500 € -
RCS Nanterre 323 377 739 - TVA intra-communautaire FR 48323377739
Immatriculation ORIAS n° 07.002.039 (www.orias.fr) - Relevant du contrôle de
l'ACPR (61 rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09, www.acpr.banque-france.fr) -
Entreprise certifiée ISO 9001 par Bureau Veritas Certification - Siège social : 14
bd du Général Leclerc, 92200 Neuilly-sur-Seine, France www.henner.com -