

## → Prémabule

Le contrat d'assurance de groupe est souscrit par l'Ensemble Scolaire Privé Mixte ALBERT DE MUN – Etablissement Catholique privé associé à l'Etat par contrat – 5 avenue Georges Clémenceau – 94736 Nogent-Sur-Marne – après dénommée « la contractante », auprès de Groupama Gan Vie garantissant les risques de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie et d'incapacité temporaire totale ci-après dénommée « l'assureur ». La gestion du contrat d'assurance de groupe est assurée par Ascora – CS 40001 – 50 Quai Charles Pasqua – 92300 Levallois Perret – Courtier d'assurances et de réassurances inscrit à l'ORIAS sous le n° 07 002 054 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)) – SARL au capital de 90 000 euros - RCS Nanterre 352 822 829 ci-après dénommée « le courtier gestionnaire ».

Ce contrat est régi par le Code des assurances et notamment par ses articles L.141-1 et suivants. Les déclarations de la contractante et des assurés servent de base au contrat d'assurance de groupe et à l'application des garanties. **Conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances, indépendamment des causes ordinaires et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26 du Code des assurances, 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 diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.**

## Objet du contrat et nature des garanties

Le présent contrat d'assurance de groupe a pour objet de couvrir contre les risques de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie et d'incapacité temporaire totale les répondants financiers (deux maximum par élève) en charge du paiement des frais de scolarité des élèves régulièrement inscrits à l'école élémentaire, au collège et au lycée de l'Ensemble Scolaire Privé Mixte ALBERT DE MUN souscripteur du contrat d'assurance de groupe.

## → Titre I – Définitions

Pour l'application des garanties, les définitions suivantes sont retenues :

- **ACCIDENT** : Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de la personne qui en est victime provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure. En application de l'article 1353 du Code civil, il appartient aux ayants droit ou à l'assuré d'apporter la preuve de l'accident et de la relation directe de cause à effet entre celui-ci et le sinistre.
- **ACTIVITE PROFESSIONNELLE** : Activité normalement rémunérée, non occasionnelle au titre de laquelle l'assuré ou son employeur est obligatoirement assujéti au versement des cotisations à un régime social de base. Le conjoint collaborateur (non salarié) ou le conjoint associé mentionné comme tel au Registre du Commerce et des Sociétés ou au Répertoire des Métiers est considéré comme exerçant une activité professionnelle au titre de la garantie Incapacité temporaire totale sous réserve des dispositions applicables à cette garantie.
- **ASSURE** : Toute personne physique assurée au titre du présent contrat d'assurance.
- **BENEFICIAIRE DES PRESTATIONS** : La contractante est désignée comme bénéficiaire des prestations. **Ce versement entre les mains de la contractante est libératoire pour l'assureur.**
- **DELAI DE FRANCHISE** : Période pendant laquelle la garantie Incapacité temporaire totale est acquise à l'assuré mais n'ouvre pas droit au versement des prestations.
- **FRAIS DE SCOLARITE** : Les frais de scolarité sont déterminés en fonction du régime scolaire de l'élève (avec ou sans demi-pension) et du cycle d'études de l'élève (école élémentaire, collège ou lycée) et comprennent la contribution familiale annuelle par élève augmentée le cas échéant de la contribution liée à la demi-pension. **Sont exclus les contributions liées à la garderie, à l'étude et aux enseignements optionnels.**
- **INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE** : Est considéré en état d'incapacité temporaire totale l'assuré (répondant financier) âgé de moins de 65 ans, exerçant une activité professionnelle au jour de l'arrêt de travail qui se trouve de façon temporaire, par suite d'accident ou de maladie, dans l'incapacité physique ou psychique totale, constatée et ordonnée médicalement, d'exercer son activité professionnelle. *Cet état est apprécié par le médecin-conseil de l'assureur indépendamment des décisions du régime social de base.*
- **MALADIE** : Toute altération de l'état de santé de l'assuré constatée par une autorité médicale.
- **PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)** : La PTIA donnant lieu au versement anticipé des prestations prévues en cas de décès, est celle qui place l'assuré âgé de moins de 67 ans dans l'impossibilité définitive et absolue par suite d'accident ou de maladie, d'exercer une activité professionnelle quelconque et, en outre, qui l'oblige à avoir recours de façon permanente à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie courante, et ce, toute sa vie. *Cet état est apprécié par le médecin-conseil de l'assureur indépendamment des décisions du régime social de base.*
- **REGIME SOCIAL DE BASE** : Sécurité Sociale, Mutualité Sociale Agricole ou tout autre régime de protection sociale de base à adhésion légalement obligatoire. **L'attention de l'assuré est attirée sur l'absence de lien entre les décisions d'ordre médical, du régime social de base et celles de l'assureur.**

## → Titre II – Exécution du contrat

### ARTICLE 1 – PRESCRIPTION – ETENDUE TERRITORIALE – RECLAMATION – MEDIATION – PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

#### A) PRESCRIPTION

Aux termes de l'article L.114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant du contrat d'assurance sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1. En cas de réticence, omission, déclaration fautive 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.
- Aux termes de l'article L.114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption suivante :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel on prescrit (article 2240 du Code civil) ;
- une demande en justice, même en référé, jusqu'à l'extinction de l'instance. Il en est de même lorsque la demande en justice 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 (articles 2241 et 2242 du Code civil). L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance et cette interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code civil) ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution (article 2244 du Code civil).

La prescription est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite d'une demande de prestations ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressé par l'assureur en ce qui concerne l'action en paiement des cotisations et que l'assuré adresse à l'assureur en ce qui concerne le règlement des prestations.

#### B) ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties s'exercent dans le monde entier.

Toutefois, si l'assuré se trouve en état de perte totale et irréversible d'autonomie ou d'incapacité temporaire totale suite à une maladie ou un accident survenus hors de France, la constatation médicale de cet état est effectuée en France métropolitaine par le médecin-conseil de l'assureur.

**Les frais de retour en France métropolitaine ou de rapatriement restent en tout état de cause à la charge de l'assuré.**

#### C) RECLAMATION - MEDIATION

Pour toute demande d'information ou toute réclamation (désaccord, mécontentement) relative au contrat d'assurance, l'assuré peut s'adresser à son interlocuteur habituel ou au service en charge des relations avec la clientèle à l'adresse suivante :

- Groupama Gan Vie – Service des relations avec les consommateurs  
Immeuble West Park 2 – 2 Boulevard de Pesaro  
92024 Nanterre  
Tél. : 01 70 96 62 68 - [src-collectives@ggvie.fr](mailto:src-collectives@ggvie.fr)

Si cette première réponse ne le satisfait pas, sa réclamation peut être transmise au Service Réclamations de l'assureur à l'adresse suivante :

- par courrier postal : Groupama Gan Vie

Service Réclamations

TSA 91414

35090 Rennes Cedex 9

- par internet sur le site : <https://reclamations.ggvie.fr>

L'assureur s'engage à accuser réception de la réclamation dans un délai maximum de (dix) 10 jours ouvrables. La réponse définitive à la réclamation sera apportée dans un délai de traitement de deux (2) mois au plus. En cas de circonstances particulières nécessitant un délai plus long, le demandeur en sera informé.

En dernier lieu, sous réserve d'avoir épuisé toutes les voies de recours exposées ci-dessus, il peut recourir à la Médiation de l'Assurance sur le site [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org) ou par courrier (Médiation de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09). Si l'avis de la Médiation de l'Assurance ne le satisfait pas, il peut éventuellement saisir la justice.

#### D) PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Des données à caractère personnel sont recueillies à différentes étapes des activités commerciales ou d'assurance de l'assureur concernant les assurés ou les personnes parties ou intéressés aux contrats. Ces données sont traitées dans le respect des réglementations en vigueur, et notamment de la réglementation européenne pour la protection des données (RGPD) UE 2016/679 et de la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 Janvier 1978 modifiée.

#### Les droits de l'assuré sur les données personnelles :

L'assuré dispose de droits sur les données le concernant qu'il peut exercer facilement :

- droit de prendre connaissance des informations dont l'assureur dispose et de demander à les compléter ou les corriger (droits d'accès et de rectification).
- droit de demander l'effacement de ses données ou d'en limiter l'utilisation (droits de suppression des données ou de limitation).
- droit de s'opposer à l'utilisation de ses données, (droit d'opposition).
- droit de récupérer les données qu'il a personnellement fournies pour l'exécution de son contrat ou pour lesquelles il a donné son accord (droit à la portabilité des données).
- droit de définir des directives relatives à la conservation, l'effacement et la communication des données après son décès.

L'assuré peut exercer ces droits par courrier postal adressé au Délégué à la Protection des Données de l'assureur – Groupama Gan Vie - Immeuble West Park 2 – 2 Boulevard de Pesaro – 92024 Nanterre ou par mail à [contact.dpo@ggvie.fr](mailto:contact.dpo@ggvie.fr)

La Politique de Protection des Données de l'assureur, la description détaillée des traitements mis en œuvre et les modalités d'exercice des droits de l'assuré sont actualisées régulièrement et accessibles auprès de l'assureur.

Concernant les données de santé, ces droits s'exercent par courrier postal auprès du médecin-conseil de l'assureur : Groupama Gan Vie - Monsieur le Médecin-conseil - Service Médical Collectives - Immeuble West Park 2 – 2 Boulevard de Pesaro – 92024 Nanterre.

Toute demande concernant les données de l'assuré peut aussi être adressée au Délégué à la Protection des Données par courrier postal à l'adresse postale susmentionnée ou par mail à [contact.dpo@ggvie.fr](mailto:contact.dpo@ggvie.fr)

L'assuré peut également déposer une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) s'il estime que l'assureur a manqué ses obligations concernant ses données.

Dans le cadre de ses obligations, l'assureur est tenu de vérifier régulièrement que les données concernant les personnes sont exactes, complètes et à jour. A cette fin, l'assureur peut être amené à solliciter l'assuré pour vérifier ou compléter ces informations.

#### **Pourquoi l'assureur collecte-t-il des données personnelles ?**

Les données recueillies par l'assureur à différentes étapes de la souscription et de la gestion des contrats d'assurance sont nécessaires aux objectifs suivants :

#### **• Passation, gestion, exécution des contrats d'assurance**

Les données recueillies pour la passation, la gestion, et l'exécution des contrats concernent l'assuré ou concernent les personnes parties ou intéressées au contrat ont pour objectifs :

- L'étude des besoins en assurance afin de proposer des contrats adaptés à chaque situation.
- L'examen, l'acceptation, le contrôle et la surveillance du risque.
- La gestion des contrats (de la phase précontractuelle à la résiliation du contrat) et l'exécution des garanties du contrat.
- La gestion des clients.
- L'exercice des recours, et la gestion des réclamations et des contentieux.
- L'élaboration des statistiques et études actuarielles.
- La mise en place d'actions de prévention.
- Le respect d'obligations légales ou réglementaires
- la conduite d'activités de recherche et de développement dans le cadre de la vie du contrat.

Des données de santé sont susceptibles d'être traitées dès lors qu'elles sont nécessaires à la passation, la gestion ou l'exécution des contrats d'assurance. Ces informations sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale et avec l'accord de l'assuré.

En cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées pour la durée du contrat ou des sinistres, et jusqu'à expiration des délais légaux de prescription.

En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé sont conservées cinq (5) ans maximum à des fins probatoires ; les autres données peuvent être conservées trois (3) ans maximum.

#### **• Satisfaction / Qualité de services**

Dans son intérêt et celui des assurés ou des personnes parties ou intéressés aux contrats, l'assureur mesure et cherche à améliorer continuellement la qualité de ses services et de ses offres. Dans ce cadre, des enquêtes de satisfaction peuvent être réalisées et les échanges par courrier, e-mail ou téléphone peuvent être enregistrés et analysés.

Enregistrement téléphonique :

Dans le cadre de ses relations avec l'assureur, les assurés ou les personnes parties ou intéressés aux contrats peuvent être amenés à téléphoner à l'assureur. Ces appels téléphoniques peuvent être enregistrés, afin de s'assurer de la bonne exécution des prestations de l'assureur à l'égard des assurés ou des personnes parties ou intéressés aux contrats et plus généralement à faire progresser la qualité de service. Ces enregistrements sont destinés aux seuls services en charge de l'appel. Les enregistrements téléphoniques sont conservés pour une durée maximale de six (6) mois et les éléments nécessaires à l'amélioration de la qualité de service de l'assureur sont conservés pour une durée maximale de trois (3) ans.

#### **• Études, Statistiques**

Des données à caractère personnel concernant l'assuré (ou concernant les personnes parties ou intéressées aux contrats) sont également susceptibles d'être utilisées et exploitées par l'assureur et les entités du Groupe Groupama (ou leurs sous-traitants) à des fins statistiques ou d'études, en vue notamment de faire évoluer les offres de produits et services, de personnalisation des relations, de mieux connaître le marché et la concurrence ou d'innovations.

Ces données peuvent être associées, combinées ou inclure des données personnelles concernant l'assuré (ou concernant les personnes parties ou intéressées aux contrats), collectées automatiquement ou communiquées par les personnes elles-mêmes.

Elles peuvent également être combinées avec des données statistiques ou agrégées issues de différentes sources internes ou externes.

#### **• Lutte contre la fraude à l'assurance**

L'assureur, qui a pour obligation de protéger la mutualité des assurés et éviter la prise en charge de demandes injustifiées a un intérêt légitime à lutter contre les fraudes.

Des données personnelles (y compris des données de santé) pourront donc être utilisées pour prévenir, détecter et gérer des fraudes quel qu'en soit l'auteur. Ces dispositifs de lutte contre la fraude peuvent conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

L'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance (Alfa) peut être destinataire de données à cette fin.

Les personnes sont également informées qu'ALFA met en œuvre de sinistres déclarés auprès des assureurs à des fins de lutte contre la fraude. Les droits sur ces données peuvent être exercés à tout moment par courrier à ALFA - 1 rue Jules Lefebvre – 75431 Paris Cedex 09.

Les données traitées pour la lutte contre la fraude sont conservées cinq (5) ans maximum à compter de la clôture du dossier de fraude. En cas de procédure judiciaire, les données sont conservées jusqu'à la fin de la procédure et expiration des prescriptions applicables.

Les personnes inscrites sur une liste de fraudeurs présumés, seront désinscrites passé le délai de cinq (5) ans à compter de l'inscription sur cette liste.

#### **• Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme**

Pour répondre à des obligations légales, l'assureur met en œuvre des dispositifs de surveillance destinés à lutter contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme et permettre l'application de sanctions financières.

Les données utilisées à cette fin sont conservées cinq (5) ans à compter de la clôture du compte ou de la fin de la relation avec l'assureur. Celles relatives aux opérations réalisées par ces personnes sont conservées cinq (5) ans à compter de leur exécution y compris en cas de clôture du compte ou de fin de la relation avec l'assureur.

TRACFIN peut être destinataire d'informations à cette fin.

Conformément au Code monétaire et financier, le droit d'accès à ces données s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés ([www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)).

#### **• Communication institutionnelle et fonctionnement des instances**

Du fait de la qualité de membre de l'association contractante ou de la souscription de certains contrats, des données peuvent être utilisées pour adresser des communications institutionnelles, des convocations aux Instances légalement prévues, ainsi que tous documents nécessaires à la gestion de ces instances (ex : convocation aux Assemblées Générales, ...), par courrier postal ou par voie de communication électronique (email, SMS/MMS...).

Ces traitements sont mis en œuvre pour le respect des obligations statutaires ou réglementaires de l'entreprise.

L'assuré peut s'opposer à tout moment à la transmission de communications institutionnelles (voir Les droits de l'assuré sur les données personnelles).

L'assuré peut également s'opposer à la réception par voie électronique des documents nécessaires aux Instances (sauf si statutairement prévu). Dans ce cas, ces documents légalement prévus seront adressés par courrier postal.

Ces informations sont conservées le temps de la relation contractuelle ou le temps nécessaire à la gestion des instances, suivi des délais de prescriptions applicables.

#### **• Transferts d'informations hors de l'Union Européenne**

Les données personnelles sont traitées au sein de l'Union Européenne. Toutefois, des données peuvent faire l'objet de transferts vers des pays hors Union Européenne dans le respect des règles de protection des données et encadrées par des garanties appropriées (ex : clauses contractuelles types de la commission européenne, pays présentant un niveau de protection des données reconnu comme adéquat...).

Ces transferts peuvent être effectués pour l'exécution des contrats, la lutte contre la fraude, le respect d'obligations légales ou réglementaires, la gestion d'actions ou contentieux permettant notamment à l'assureur d'assurer la constatation, l'exercice ou la défense de ses droits en justice ou pour les besoins de la défense des personnes concernées.

#### **A qui sont communiquées ces informations ?**

Les données à caractère personnel sont destinées, dans la limite de leurs attributions aux services de l'assureur ou des entreprises du Groupe Groupama en charge des relations commerciales et de la gestion des contrats, de la lutte contre la fraude ou de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, de l'audit et du contrôle.

Ces informations peuvent également être communiquées, dès lors que cela est nécessaire, aux réassureurs, intermédiaires, partenaires, et sous-traitants, ainsi qu'aux personnes susceptibles d'intervenir dans l'activité d'assurance, tels les organismes publics ou autorités de tutelles, ou les, organismes professionnels (dont ALFA à des fins de lutte contre la fraude et TRACFIN pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme). Les informations relatives à la santé sont exclusivement destinées aux médecins-conseils de l'assureur ou d'autres entités du Groupe, à son service médical ou à des personnes internes ou externes habilitées spécifiquement.

#### **ARTICLE 2 - ADHESION**

##### **A) CONDITIONS D'ADHESION**

Sont assurables tous les répondants financiers âgés de moins de **65 ans** au jour de leur adhésion en charge du paiement des frais de scolarité des élèves régulièrement inscrits à l'école maternelle, à l'école élémentaire et au collège de la contractante souscripteur du contrat d'assurance de groupe.

Ces répondants financiers sont âgés de moins de **65 ans** au jour de leur adhésion et sont au nombre de deux maximum par élève. On entend par répondants financiers les personnes physiques qui s'engagent à régler les frais de scolarité de l'élève tels que mentionnée dans le dossier d'inscription. Il s'agit :

- du ou des parents naturels ou adoptifs, du ou des tuteurs légaux de l'élève,
- à défaut ; lorsqu'il n'y a qu'un parent naturel ou un tuteur légal ou lorsque les parents sont judiciairement séparés :
  - \* le parent naturel ou adoptif ou le tuteur légal qui a la garde de l'élève comme premier répondant financier,
  - \* le nouveau conjoint ou l'ancien conjoint ou le concubin comme deuxième répondant financier,
  - \* à défaut la personne physique figurant avec le premier répondant financier dans le dossier d'inscription.

Sous réserve de répondre à ces conditions, ils sont dénommés ci-après « assurés ».

##### **B) FORMALITES D'ADHESION**

Les formalités d'adhésion consistent en la remise par la contractante aux personnes assurables de la notice d'information en application des dispositions de l'article L.141-4 du Code des assurances.

#### **ARTICLE 3 – PRISE D'EFFET DE L'ADHESION ET DES GARANTIES**

La prise d'effet de l'adhésion et des garanties est fixée, sous réserve des formalités d'adhésion précitées, au 1<sup>er</sup> septembre de la première année scolaire ou au jour de leur entrée dans l'établissement de la contractante pour les élèves scolarisés en cours d'année scolaire.

#### **ARTICLE 4 – CESSATION DE L'ADHESION ET DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS**

##### **A) CESSATION DE L'ADHESION**

L'adhésion cesse :

- à la date à laquelle l'élève cesse de façon définitive ses études, quelle qu'en soit la cause,
- à la date à laquelle l'élève ne fait plus partie des effectifs de la contractante sauf en cas de poursuite de ses études au sein d'un autre établissement scolaire situé en France métropolitaine,
- à la date de résiliation du contrat d'assurance de groupe par la contractante ou par l'assureur,
- à la date de mise en jeu de la garantie perte totale et irréversible d'autonomie.

##### **B) CESSATION DES GARANTIES ET DES PRESTATIONS**

Les garanties et les prestations cessent :

- à la date de cessation de l'adhésion conformément aux dispositions ci-avant
- pour la garantie décès, au jour du **70<sup>ème</sup>** anniversaire de l'assuré,
- pour la garantie perte totale et irréversible d'autonomie, au jour du **67<sup>ème</sup>** anniversaire de l'assuré,

- pour la garantie incapacité temporaire totale, à la date de liquidation de la pension de retraite de l'assuré y compris pour inaptitude au travail ou en cas de cumul emploi-retraite ou de mise en situation de préretraite et au plus tard au jour du 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré.

L'attention de l'assuré est attirée sur le fait que dans le cas où son engagement envers la contractante se

## → Titre II – Garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie

### ARTICLE 5 – GARANTIE DECES

#### A) DEFINITION – MONTANT DES PRESTATIONS

En cas de décès par suite d'accident ou de maladie d'un assuré avant son 70<sup>ème</sup> anniversaire, l'assureur verse à la contractante, **sous réserve des dispositions du paragraphe B**, une rente trimestrielle correspondant aux frais de scolarité de l'élève scolarisé au sein de la contractante, facturés par la contractante et mentionnés dans le dossier d'inscription. Cette rente trimestrielle est déterminée de la façon suivante :

- une rente trimestrielle correspondant aux frais de scolarité restant dûs calculés au prorata temporis à compter de la date du décès jusqu'à la fin de l'année scolaire en cours. Cette rente trimestrielle est versée à la contractante le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la date du décès.
- ensuite, une rente trimestrielle sur la base des frais de scolarité fixés par la contractante actualisés pour chaque nouvelle année scolaire dans les limites fixées ci-dessous. Cette rente trimestrielle est versée au cours du premier trimestre de l'année scolaire concernée.

**Cette rente trimestrielle est versée au plus tard jusqu'à l'achèvement du cycle d'études menant au baccalauréat.**

La rente trimestrielle est calculée sur la base du régime scolaire de l'élève au jour du sinistre. En cas de changement de régime scolaire postérieurement à la survenance du sinistre, l'assureur verse une rente trimestrielle sur la base des frais de scolarité précités dans la limite des frais de scolarité réellement dus pour l'élève considéré.

En cas changement d'établissement scolaire et de poursuite des études au sein d'un autre établissement scolaire situé en France métropolitaine, la rente trimestrielle continue d'être versée sur la base des frais de scolarité dus au titre du nouvel établissement dans la limite de la dernière rente trimestrielle versée à la date du changement.

Les sommes dues en raison d'un retard dans le règlement des frais de scolarité ne sont pas prises en charge.

#### B) – EXCLUSIONS

**Sont exclus de la garantie décès :**

- **le suicide survenant au cours de la première année de l'adhésion à compter de sa prise d'effet,**  
**Remarque :** les assurés déjà garantis au titre d'un contrat d'assurance de même nature souscrit par la contractante sont couverts dès la prise d'effet de leur adhésion.

**ainsi que les suites et conséquences :**

- **de la guerre civile ou étrangère, d'émeutes, d'insurrections, de mouvements populaires, de rixes, de crimes ou délits (sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger),**
- **d'accidents de navigation aérienne sauf si l'assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat de navigabilité en cours de validité et conduit par un pilote possédant un brevet pour l'appareil utilisé et une licence non périmée (ce pilote pouvant être l'assuré).**

#### C) – FORMALITES A ACCOMPLIR EN CAS DE DECES

Le décès d'un assuré doit être déclaré à l'assureur par l'intermédiaire du courtier gestionnaire dans le plus bref délai possible. Cette déclaration doit être accompagnée des

prolonge au-delà des dates limites prévues ci-dessus, il ne bénéficie plus des garanties.

**En tout état de cause, la mise en jeu de la garantie perte totale et irréversible d'autonomie entraîne la cessation de l'adhésion de l'assuré.**

pièces justificatives nécessaires, lesquelles comprennent notamment :

- l'original de l'acte de décès du répondant financier assuré précisant sa date de naissance,
- l'original de l'extrait d'acte de naissance de l'élève concerné,
- un certificat médical original obtenu par les ayants droit auprès du médecin de l'assuré indiquant la date du décès et précisant s'il s'agit d'une mort naturelle ou accidentelle ou d'une mort résultant d'un événement exclu.
- un certificat de scolarité de l'élève concerné,
- le montant annuel des frais de scolarité en vigueur au jour du décès.

**Toutes les pièces à caractère médical sont à adresser au médecin-conseil de l'assureur – Groupama Gan Vie - Service Médical Collectives – West Park 2 – 2 Boulevard de Pesaro – 92024 Nanterre**

*L'assureur se réserve la possibilité de réclamer toutes pièces justificatives complémentaires.*

### ARTICLE 6 – GARANTIE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

#### A) DEFINITION – MONTANT DES PRESTATIONS

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie par suite d'accident ou de maladie d'un assuré telle que définie au Titre I, l'assureur verse à la contractante, **sous réserve des dispositions du paragraphe B**, des prestations égales à celles versées au titre de la garantie décès au jour de la reconnaissance de la PTIA par l'assureur et ce selon les modalités et limites énoncées à l'article 5.

**Cette rente trimestrielle est ainsi versée au plus tard jusqu'à l'achèvement du cycle d'études menant au baccalauréat.**

Ce versement par anticipation met fin à l'ensemble des garanties pour l'assuré concerné et entraîne la cessation de son adhésion.

#### B) – EXCLUSIONS

**Outre les exclusions prévues au titre de la garantie décès sont également exclues de la garantie PTIA les suites, séquelles et conséquences :**

- **d'un accident ou d'une maladie résultant du fait volontaire de l'assuré, de tentative de suicide, de mutilation volontaire,**
- **d'un accident ou d'une maladie résultant de l'usage de stupéfiants, de psychotropes ou de substances médicamenteuses hors prescription médicale,**
- **d'une affection médicalement constatée antérieurement à la prise d'effet de l'adhésion ou d'un accident survenu antérieurement à la prise d'effet de l'adhésion,**
- **des effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiations provenant de la transmutation de noyaux d'atomes, de la radioactivité ainsi que des radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules,**
- **d'un accident survenu en état d'imprégnation alcoolique de l'assuré définie par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui fixé par le Code de la route pour caractériser la contravention**

rente trimestrielle est versée à la contractante à compter du 91<sup>ème</sup> jour d'incapacité temporaire totale.

- ensuite, une rente trimestrielle sur la base des frais de scolarité fixés par la contractante actualisés pour chaque nouvelle année scolaire dans les limites fixées ci-dessous.
- Cette rente trimestrielle est versée dans la limite de deux (2) années consécutives.**

La rente trimestrielle est calculée sur la base du régime scolaire de l'élève au jour du sinistre. En cas de changement de régime scolaire postérieurement à la survenance du sinistre, l'assureur verse une rente trimestrielle sur la base des frais de scolarité précités dans la limite des frais de scolarité réellement dus pour l'élève considéré.

**En outre, la mise en jeu de la garantie décès ou de la garantie perte totale et irréversible d'autonomie sur la tête de l'un des répondants financiers assurés d'un élève entraîne la cessation de l'adhésion de l'autre répondant financier assuré de l'élève considéré.**

**de conduite sous l'emprise d'un état alcoolique,**

- **d'un accident résultant de la participation de l'assuré à des compétitions amateurs, des paris ou des tentatives de records nécessitant l'usage d'un engin à moteur,**
- **d'un accident résultant de la pratique par l'assuré du saut à l'élastique ou de la taoumachie.**

#### C) – FORMALITES A ACCOMPLIR EN CAS DE PTIA

La preuve de la PTIA incombe à l'assuré qui est tenu d'en faire la déclaration à l'assureur par l'intermédiaire du courtier gestionnaire. Cette déclaration doit être accompagnée des pièces justificatives nécessaires, lesquelles comprennent notamment :

- l'original de l'extrait d'acte de naissance de l'élève concerné,
- un certificat médical original détaillé établi par le médecin de l'assuré,
- le cas échéant la notification d'attribution d'une pension d'invalidité délivrée par le régime social de base dont dépend l'assuré mentionnant la nécessité pour l'assuré d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie,
- un certificat de scolarité de l'élève concerné,
- le montant annuel des frais de scolarité en vigueur au jour de la reconnaissance de la PTIA.

**Toutes les pièces à caractère médical sont à adresser au médecin-conseil de l'assureur – Groupama Gan Vie - Service Médical Collectives – West Park 2 – 2 Boulevard de Pesaro – 92024 Nanterre.**

*L'assureur se réserve la possibilité de réclamer toutes pièces justificatives complémentaires. Pour être recevable, cette déclaration doit parvenir à l'assureur au plus tard deux mois après le 67<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré*

#### D) – RECONNAISSANCE ET CONTROLE DE LA PTIA

L'assureur se réserve le droit de se livrer à tout contrôle et de soumettre l'assuré à toute expertise médicale jugée utile pour apprécier, reconnaître ou contrôler son état de perte totale et irréversible d'autonomie indépendamment des décisions du régime social de base. Ainsi, les médecins mandatés par l'assureur ou ses médecins-conseils doivent avoir un libre accès auprès de l'assuré. Ils peuvent également convoquer l'assuré.

L'assuré peut, s'il le souhaite, se faire assister par un médecin de son choix, à ses frais.

En cas de refus de l'assuré, l'assureur est en droit de surseoir de plein droit au versement des prestations mentionnées au paragraphe A.

En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et celui de l'assureur portant sur l'état de perte totale et irréversible d'autonomie, l'assuré et l'assureur choisissent ensemble un 3<sup>ème</sup> médecin afin de les départager.

A défaut d'entente sur le choix, la désignation est faite par le Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. Les honoraires sont partagés pour moitié entre l'assureur et l'assuré.

## → Titre III – Garantie incapacité temporaire totale

### A) DEFINITION – MONTANT DES PRESTATIONS

En cas d'incapacité temporaire totale par suite d'accident ou de maladie d'un assuré telle que définie au Titre I, l'assureur verse à la contractante, **sous réserve des dispositions du paragraphe B**, une rente trimestrielle correspondant aux frais de scolarité de l'élève scolarisé au sein de la contractante, facturés par la contractante et mentionnés dans le dossier d'inscription. Cette rente trimestrielle est déterminée de la façon suivante :

- une rente trimestrielle correspondant aux frais de scolarité restant dûs calculés au prorata temporis à l'expiration d'un délai de franchise fixé à **90 jours** d'incapacité temporaire totale jusqu'à la fin de l'année scolaire en cours. Cette

En cas changement d'établissement scolaire et de poursuite des études au sein d'un autre établissement scolaire situé en France métropolitaine, la rente trimestrielle continue d'être versée sur la base des frais de scolarité dus au titre du nouvel établissement dans la limite de la dernière rente trimestrielle versée à la date du changement et ce, tant que se poursuit l'arrêt de travail.

Les sommes dues en raison d'un retard dans le règlement des frais de scolarité ne sont pas prises en charge.

Rechute : Lorsque le versement de la rente trimestrielle par l'assureur a commencé, si l'assuré est médicalement apte à son activité professionnelle et s'il y a rechute pour le même accident ou pour la même maladie dans un délai inférieur à deux (2) mois après cette aptitude, le versement des prestations est repris par l'assureur comme s'il s'agissait d'une seule et même incapacité temporaire totale sans qu'il soit fait application à nouveau du délai de franchise, la période pendant laquelle l'assuré a repris son activité professionnelle étant considérée comme une simple suspension du versement des prestations. Par contre, une rechute survenant plus de deux (2) mois après l'aptitude à la reprise de son activité professionnelle est considérée comme une nouvelle incapacité temporaire totale et entraîne à nouveau l'application du délai de franchise. Il est précisé que la rechute doit entraîner une incapacité temporaire totale pour qu'il y ait reprise du versement des prestations par l'assureur.

#### B) – EXCLUSIONS

**Outre les exclusions prévues au titre des garanties décès et PTIA sont également exclues de la garantie incapacité temporaire totale les suites, séquelles et conséquences :**

- de la grossesse et de l'accouchement sauf en cas d'incapacité temporaire totale consécutive à des complications pathologiques se poursuivant plus de 90 jours après la fin du congé légal de maternité,
- de traitements esthétiques et d'opérations de chirurgie esthétique. hors prescription médicale.

#### C) – FORMALITES A ACCOMPLIR EN CAS D'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE

La preuve de l'incapacité temporaire totale incombe à l'assuré qui est tenu d'en faire la déclaration à l'assureur par l'intermédiaire du courtier gestionnaire. Cette déclaration doit être accompagnée des pièces justificatives nécessaires, lesquelles comprennent notamment :

- l'original de l'extrait d'acte de naissance de l'élève concerné,

- l'attestation médicale confidentielle complétée et signée par le médecin de l'assuré,
- une déclaration d'arrêt de travail dûment complétée par l'assuré,
- un justificatif attestant de l'exercice d'une activité professionnelle de l'assuré (répondant financier) au jour de l'arrêt de travail,
- un certificat de scolarité de l'élève concerné,
- les avis de prolongation d'arrêt de travail : certificats médicaux et/ou décomptes des indemnités journalières et/ou attestations d'employeur précisant les périodes d'arrêt de travail,
- le montant annuel des frais de scolarité en vigueur au jour de l'arrêt de travail.

**Toutes les pièces à caractère médical sont à adresser au médecin-conseil de l'assureur – Groupama Gan Vie - Service Médical Collectives – West Park 2 – 2 Boulevard de Pesaro – 92024 Nanterre.**

*L'assureur se réserve la possibilité de réclamer toutes pièces justificatives complémentaires.*

**En cas de déclaration tardive (au-delà des 120 jours qui suivent le premier jour d'arrêt de travail), sauf cas de force majeure, tout arrêt de travail sera considéré comme s'étant produit le jour de sa déclaration. Dans ce cas, l'assureur verse les prestations à partir de la date de réception de la déclaration, sans application du délai de franchise.**

Tant que l'assuré n'est pas médicalement apte à la reprise d'une activité professionnelle, il est tenu de fournir périodiquement à l'assureur un avis de prolongation attestant de la permanence de son état d'incapacité temporaire totale.

**L'assureur est autorisé à interrompre le versement des prestations dans le cas où l'assuré n'apporterait pas la preuve du maintien de son état. Il en sera de même si l'assuré s'oppose aux expertises médicales demandées.**

Au titre de la garantie Incapacité temporaire totale, le versement des prestations est effectué tant que dure l'état

d'incapacité temporaire totale. Il cesse lors de la reprise ou de l'aptitude à la reprise d'une activité professionnelle de l'assuré, y compris à temps partiel, et ce quelle que soit la nature de cette activité.

Le versement des prestations cesse en outre dans les conditions stipulées à l'article 4.

Le versement des prestations est subordonné à la présentation des justificatifs prévus ci-avant et au résultat du contrôle médical.

#### D) – RECONNAISSANCE ET CONTROLE DE L'INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE

L'assureur se réserve le droit de se livrer à tout contrôle et de soumettre l'assuré à toute expertise médicale jugée utile pour apprécier, reconnaître ou contrôler son état d'incapacité temporaire totale indépendamment des décisions du régime social de base. Ainsi, les médecins mandatés par l'assureur ou ses médecins-conseils doivent avoir un libre accès auprès de l'assuré. Ils peuvent également convoquer l'assuré.

L'assuré peut, s'il le souhaite, se faire assister par un médecin de son choix, à ses frais.

En cas de refus de l'assuré, l'assureur est en droit de surseoir de plein droit au versement des prestations mentionnées au paragraphe A.

En cas de désaccord entre le médecin de l'assuré et celui de l'assureur portant sur l'état d'incapacité temporaire totale, l'assuré et l'assureur choisissent ensemble un 3<sup>ème</sup> médecin afin de les départager.

A défaut d'entente sur le choix, la désignation est faite par le Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. Les honoraires sont partagés pour moitié entre l'assureur et l'assuré.

#### Groupama Gan Vie

Société anonyme au capital de 1 371 100 605 euros – RCS Paris 340 427 616 – APE : 6511Z

Les produits d'assurance distribués sous la marque Gan Eurocourtage via les courtiers, sont ceux de Groupama Gan Vie

Siège social : 8-10 rue d'Astorg – 75383 Paris Cedex 08 – Tél. : 01 44 56 77 77

Entreprise régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) – 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 Paris Cedex 09