

→ **Préambule**

Le contrat d'assurance de groupe est souscrit par l'**Institut Sainte-Thérèse** – Etablissement catholique privé associé à l'Etat – 11 rue Kléber – 78800 Houilles ci-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) – 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 maternelle, à l'école élémentaire et au collège de l'Institut Sainte-Thérèse 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 maternelle, école élémentaire, collège) et comprennent la contribution familiale annuelle par élève augmentée le cas échéant de la contribution liée à la demi-pension.

Sont exclues 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 – TRAITEMENT 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'événement 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) ÉTENDUE 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

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 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) TRAITEMENT DES DONNEES PERSONNELLES

Informations essentielles concernant les données personnelles :

Les relations commerciales ou contractuelles avec l'assureur nécessitent le recueil et le traitement de données à caractère personnel, données indispensables pour apporter des services de qualité et gérer les contrats d'assurance.

Les données personnelles concernant l'assuré, ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat, sont traitées dans le respect des règles de protection des données, notamment du Règlement Général de Protection des Données (RGPD), de la loi « Informatique et Libertés » et des référentiels de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). L'assureur a obtenu un label « Gouvernance RGPD » délivré par la CNIL, ce qui démontre la mise en œuvre de mesures appropriées de respect des données.

Les données personnelles traitées par l'assureur peuvent être nécessaires à la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance, à la gestion des relations commerciales et à l'amélioration de la qualité de services, à la gestion du risque de fraude ou encore à l'exécution de dispositions légales, réglementaires ou administratives en vigueur.

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 le cas échéant de demander à les compléter ou corriger notamment en cas de changement de situation (droits d'accès et de rectification).
- droit de demander l'effacement des données notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou d'en limiter l'utilisation (droits de suppression des données ou de limitation).
- droit de s'opposer à l'utilisation des données (droit d'opposition).
- droit de récupérer dans un format structuré les données qu'il a personnellement fournies dans le cadre de son contrat ou lorsqu'il a consenti à leur utilisation (droit à la portabilité des données).
- droit de définir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès. Ces directives, générales ou particulières, concernent la conservation, l'effacement et la communication des données après son décès.

Pour le recueil de certaines données (ex : données de santé), l'accord de l'assuré est nécessaire. Cet accord peut être recueilli par exemple à l'aide de cases à cocher sur les formulaires. Dans ce cas, l'assuré a la possibilité de retirer son accord à tout moment.

L'assuré peut exercer ces droits par courrier postal à l'assureur.

Concernant les données de santé, ces droits s'exercent auprès du médecin-conseil de l'assureur.

Toute demande concernant les données de l'assuré peut aussi être adressée au Délégué à la Protection des Données :

- DPO France Groupama : contactDPO@groupama.com

- DRPO GGVIE : correspondant.cnil@ggvie.fr

L'assuré peut également faire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et Libertés (CNIL).

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.

La communication des données identifiées par un astérisque (*) dans les différents formulaires que l'assureur met à la disposition de l'assuré est obligatoire pour une bonne gestion de ses demandes. A défaut, ces demandes ne pourront être traitées ou leur temps de traitement pourra être retardé.

Informations détaillées concernant les données personnelles :

➤ **A quelles fins sont collectées les données ?**

Les données recueillies par l'assureur sont nécessaires aux objectifs ci-après :

Passation, gestion, exécution des contrats d'assurance

Les données traitées sont nécessaires à l'exécution de mesures précontractuelles prises à la demande de l'assuré ou à l'exécution d'un contrat auquel l'assuré est partie. Le droit à la portabilité concerne les données que l'assuré communique à l'assureur dans ce cadre.

Les données recueillies par l'assureur concernant l'assuré ou concernant les personnes parties, intéressées ou intervenant au contrat sont nécessaires à :

- L'étude des besoins spécifiques de chaque demandeur afin de proposer des contrats adaptés.
- L'examen, l'acceptation, le contrôle et la surveillance du risque.
- La gestion des contrats de la phase précontractuelle à la résiliation du contrat.
- La gestion des clients.
- L'exécution des garanties des contrats.
- L'exercice des recours, et la gestion des réclamations et des contentieux.
- L'élaboration des statistiques et études actuarielles et la conduite d'activités de recherche et développement dans le cadre de la vie du contrat, en vue notamment de faire évoluer les offres de produits et services de l'assureur, de personnalisation des relations, de mieux connaître le marché et la concurrence ou d'innovations.
- La mise en place d'actions de prévention.
- Le respect d'une obligation légale ou réglementaire.

En cas de conclusion d'un contrat, les données sont conservées pour la durée nécessaire à l'exécution de ce contrat. Ces données sont ensuite archivées conformément aux durées prévues par les dispositions relatives à la prescription.

En l'absence de conclusion d'un contrat, les données de santé sont conservées pour une durée maximum de cinq (5) ans à des fins probatoires; les autres données peuvent être conservées pendant un délai de trois (3) ans à compter de leur collecte ou à compter du dernier contact émanant du demandeur.

Lutte contre la fraude à l'assurance

La lutte contre la fraude à l'assurance est effectuée dans le cadre de l'intérêt légitime de l'assureur qui a pour obligation de protéger la mutualité des assurés et donc de prévenir, détecter et gérer les cas de fraude à l'assurance. Le droit à la portabilité ne peut être exercé sur les données traitées dans ce cadre.

Des données personnelles pourront être traitées quel que soit l'auteur des actes présentant un risque de fraude (personnes parties, intéressées ou intervenant au contrat, ou salariés, prestataires, mandataires ou agents généraux d'assurance, ...). Les dispositifs mis en œuvre peuvent faire intervenir des outils de profilage dont les résultats font l'objet systématiquement d'une étude par les personnes en charge de cette activité.

Ces dispositifs de lutte contre la fraude peuvent, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Les données traitées à des fins de lutte contre la fraude sont conservées pour une durée maximale de cinq (5) ans à compter de la clôture du dossier de fraude.

En cas de procédure judiciaire, les données sont conservées jusqu'au terme de la procédure judiciaire, puis archivées selon les durées de prescription applicables. Pour les personnes inscrites sur une liste de fraudeurs présumés, les données sont supprimées passé le délai de cinq (5) ans à compter de la date d'inscription sur cette liste.

Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

Afin de respecter les obligations légales et réglementaires l'assureur met en œuvre un traitement surveillance aux fins de lutte contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme et l'application de sanctions financières. Ce traitement peut faire appel à un outil de profilage. Les données traitées dans ce cadre ne sont pas portables.

Les données relatives aux personnes concernées sont conservées cinq (5) ans à compter de 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.

Recueil et traitement de données de santé

Des données relatives à la santé de l'assuré sont susceptibles d'être traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance, ou de la lutte contre la fraude à l'assurance.

Ces informations sont traitées dans le respect de la confidentialité médicale et avec l'accord explicite des personnes concernées.

Ces informations sont conservées selon les mêmes durées que celles relatives à la passation, la gestion et l'exécution des contrats d'assurance.

Le droit à la portabilité dans le respect de la confidentialité médicale concerne les données que l'assuré communique à l'assureur dans ce cadre.

Amélioration de la qualité de services (écoutes/enregistrements téléphoniques)

Dans le cadre de ses relations avec l'assureur, l'assuré peut être amené à téléphoner à l'assureur. Ces appels téléphoniques peuvent être enregistrés, dans l'intérêt légitime de l'assureur, afin de s'assurer de la bonne exécution des prestations de l'assureur à l'égard de l'assuré et plus généralement à faire progresser la qualité de service. Ces enregistrements sont destinés aux seuls services en charge de l'appel de l'assuré. Si l'assuré a été enregistré et qu'il souhaite écouter l'enregistrement d'un entretien, il peut en faire la demande selon modalités décrites ci-dessus (voir § « Les droits de l'assuré sur les données personnelles »). Cet enregistrement n'est pas concerné par le droit à portabilité.

Les enregistrements sont conservés sur une durée maximale de six (6) mois.

Transferts d'informations hors de l'Union Européenne :

Des données à caractère personnel concernant l'assuré (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent faire l'objet de transferts vers des pays situés hors Union Européenne assurant un niveau de protection adéquate ou moyennant des garanties appropriées, dans le respect des conditions imposées par la législation européenne et nationale.

Ces transferts sont réalisés dans le cadre de l'exécution des contrats ou des relations commerciales, du respect d'obligations légales ou réglementaires, de 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 destinées ces informations ?**

Ces informations sont destinées, dans la limite de leurs attributions, aux services de l'assureur en charge de la gestion commerciale ou de la passation, de la gestion et de l'exécution des contrats, de chacune des garanties, à ses délégués, intermédiaires, partenaires, mandataires, sous-traitants, ou aux autres entités du Groupe Groupama dans le cadre de l'exercice de leurs missions.

Elles peuvent également être transmises s'il y a lieu aux organismes d'assurance de personnes impliquées ou offrant des prestations complémentaires, aux co-assureurs, réassureurs, organismes professionnels et fonds de garanties, ainsi qu'à toutes personnes intervenant au contrat

tels qu'avocats, experts, auxiliaires de justice et officiers ministériels, curateurs, tuteurs, enquêteurs, professionnels de santé, médecins-conseils et personnel habilité, aux organismes sociaux lorsqu'ils interviennent dans le règlement des sinistres et prestations ou lorsque l'assureur offre des garanties complémentaires à celles des régimes sociaux.

Des informations concernant l'assuré peuvent également être transmises à toutes personnes intéressées au contrat (souscripteur, assuré, adhérent et bénéficiaire du contrat, et leurs ayants droits et représentants; aux bénéficiaires d'une cession ou d'une subrogation des droits relatifs au contrat; et s'il y a lieu aux responsables, aux victimes et leurs mandataires, aux témoins et tiers intéressés à l'exécution du contrat), ainsi qu'à toutes personnes habilitées au titre de tiers autorisés (juridictions, arbitres, médiateurs, ministères concernés, autorités de tutelle et de contrôle et tous organismes publics habilités à les recevoir ainsi qu'aux services en charge du contrôle tels les commissaires aux comptes, auditeurs ainsi que services en charge du contrôle interne).

Les informations relatives à la santé de l'assuré sont exclusivement destinées aux médecins-conseils de l'assureur ou d'autres entités du Groupe en charge de la gestion des contrats, à son service médical ou à des personnes internes ou externes habilitées spécifiquement (notamment nos délégués ou experts médicaux).

Les informations traitées dans le cadre de la lutte contre la fraude à l'assurance sont destinées à toutes personnes habilitées de l'assureur ou du Groupe auquel il appartient intervenant dans le cadre de la lutte contre la fraude. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires; organismes sociaux ou professionnels; autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels; organisme tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

L'Agence pour la Lutte contre la Fraude à l'Assurance (Alfa) peut également être destinataire de données dans la mesure où elle met en œuvre un dispositif mutualisé des données des contrats d'assurance automobile et des sinistres déclarés auprès des assureurs. Les droits sur ces données peuvent être exercés à tout moment par courrier à ALFA - 1 rue Jules Lefebvre - 75431 Paris Cedex 09.

En ce qui concerne la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, les informations sont destinées aux personnels habilités de l'assureur ou du Groupe auquel il appartient intervenant dans ce cadre, aux autorités compétentes (Tracfin, Direction générale du Trésor...) et autres organismes financiers dans le respect du Code monétaire et financier.

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^{er} 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,

→ 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^{ème} 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^{er} 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

- 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^{ème} anniversaire de l'assuré,
- pour la garantie perte totale et irréversible d'autonomie, au jour du 67^{ème} 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

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-traitant 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 IRRVERSIBLE 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

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^{ème} 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 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.

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.

Code de la route pour caractériser la contravention 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 tauromachie.

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-traitant 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 – 92000 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^{ème} 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^{ème} 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 mensuelle 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 rente trimestrielle est versée à la contractante à compter du 91^{ème} 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 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 mensuelle 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 mensuelle 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-traitant 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^{ème} 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