

# ATOUT PREV

## Conditions Générales



Octobre 2018

0534-8.11.23





*En adhérant au contrat collectif facultatif vous bénéficiez  
des Garanties du contrat Atout Prev, souscrit par l'**Association Solidaire  
pour la Prévention et le Développement de la Santé et de la Prévoyance**  
(ASPDSP), association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901.  
Siège social : 86-90 rue Saint-Lazare 75 009 Paris.*

*Nous vous remercions de votre confiance.*

*N'hésitez pas à consulter votre Conseiller GMF  
pour toute information complémentaire.*

## ••••• 1 • LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 • L'objet de votre adhésion au contrat	8
1.2 • Les textes régissant votre contrat	8
1.3 • Les conditions pour bénéficier des garanties	8/9
1.4 • La territorialité de vos garanties	9
1.5 • Les définitions retenues pour l'application de votre contrat	9/12
1.6 • Ce qui n'est jamais assuré par votre contrat	12 à 14

## ••••• 2 • LES GARANTIES

2.1 • Les Garanties Incapacité Temporaire de Travail	16/17
2.1.1 La perte de traitement net ou de salaire net	16
2.1.2 La perte de primes et indemnités nettes	16/17
2.1.3 La durée maximale d'indemnisation	17
2.2 • Les Garanties en cas d'Invalidité Permanente	18/19
2.2.1 La rente d'invalidité permanente	18/19
2.2.2 Les capitaux	19
2.2.3 Le renfort pour métier à risques	19
2.3 • Les Garanties Décès et Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	20
2.3.1 Le capital décès	20
2.3.2 L'option enfant	20
2.3.3 Le capital décès renfort pour métier à risques	20
2.3.4 La perte totale et irréversible d'autonomie	20
2.4 • Le règlement des prestations	20/22
2.4.1 En cas d'incapacité temporaire de travail	20
2.4.2 En cas d'invalidité permanente	21/22
2.4.3 En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie	22/23
2.5 • La cessation des garanties	23
2.5.1 La cessation de la Garantie Incapacité de Travail	23
2.5.2 La cessation de la Garantie Invalidité Permanente	23
2.5.3 La cessation de la Garantie Décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie	24
2.6 • L'évolution de votre situation ou de votre état de santé en cours d'indemnisation	24

## ••••• 3 • QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

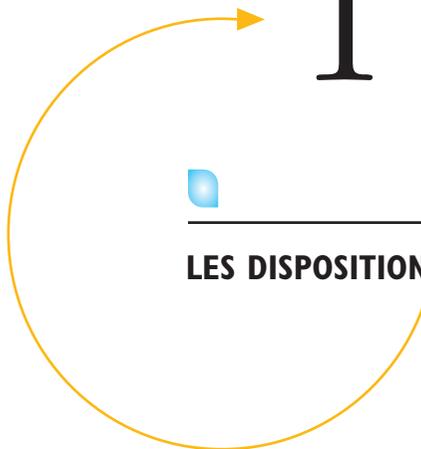
3.1 • Les documents à nous communiquer en cas de sinistre	26 à 28
3.1.1 Les documents à nous communiquer en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité permanente	26/27
3.1.2 Les documents à nous communiquer en cas de perte totale et irréversible d'autonomie ou en cas de décès	27/28
3.2 • Le délai de règlement en cas de décès	28
3.3 • Les expertises médicales	28/29
3.4 • Les adresses de correspondance	29

## ••••• 4 • LA VIE DU CONTRAT

4.1 • La prise d'effet des garanties	32
4.2 • Le délai de renonciation au contrat souscrit dans le cadre d'un démarchage	32
4.3 • Les modifications de garanties	33
4.4 • L'évolution de vos garanties et de votre cotisation	33/34
4.4.1 Les critères tarifaires	33
4.4.2 L'indexation	33/34
4.4.3 La révision du tarif et des garanties	34
4.5 • Vos déclarations et leurs conséquences	34/35
4.5.1 À la souscription	34
4.5.2 En cours de contrat	35
4.6 • La compensation	35
4.7 • Le cumul d'assurances	36
4.8 • Le paiement de votre cotisation et les conséquences du non-paiement	36
4.9 • La durée et la résiliation du contrat	36/38
4.10 • La subrogation	38
4.11 • La prescription	38/39
4.12 • La réclamation/la médiation	39



1



---

**LES DISPOSITIONS GÉNÉRALES**

## 1.1 • L'OBJET DE VOTRE ADHÉSION

Ce contrat a pour objet de compenser la perte de revenu subie par l'assuré fonctionnaire ou salarié ou par ses bénéficiaires, par suite d'un arrêt temporaire de travail, d'une

invalidité permanente, d'un décès ou d'une perte totale et irréversible d'autonomie consécutifs à une maladie ou à un accident de la vie privée ou professionnelle.

## 1.2 • LES TEXTES RÉGISSANT VOTRE CONTRAT

**Votre contrat est régi :**

• **par le Code des assurances,**

• **et par :**

- les présentes Conditions Générales, valant Notice d'Information, qui définissent les garanties et nos engagements réciproques,

- les Conditions Particulières, valant Certificat d'Adhésion, qui désignent la personne assurée, la formule, les options, les limites et plafonds des garanties choisies.

La langue et la loi qui sont applicables entre nous sont françaises.

## 1.3 • LES CONDITIONS POUR BÉNÉFICIER DES GARANTIES

Pour être assuré, vous devez remplir **cumulativement** les conditions décrites ci-après :

• **Conditions à remplir à l'adhésion au contrat :**

- être âgé de 18 ans minimum et de 60 ans maximum,
- être fonctionnaire (titulaire ou stagiaire en attente de titularisation) de la fonction publique d'État, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière,
- ou être agent contractuel de l'une de ces 3 fonctions publiques,
- ou être salarié de droit privé (**hors salarié relevant de la Mutualité Sociale Agricole**),
- être en activité de service (exemples : n'être ni retraité, ni en disponibilité, ni en congé sabbatique, ni en congé pour

création d'entreprise, ni radié ou en suspension du contrat de travail...),

- ne pas être en arrêt de travail, partiel ou total, ni en temps partiel thérapeutique au moment de l'adhésion,

- résider habituellement en France métropolitaine ou dans l'un des départements et régions d'outre-mer, **sauf Mayotte.**

• **Conditions à remplir pendant toute la durée de l'adhésion :**

- être fonctionnaire (titulaire ou stagiaire en attente de titularisation) de la fonction publique d'État, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière,
- ou être agent contractuel de l'une de ces 3 fonctions publiques,

- ou être salarié de droit privé (**hors salarié relevant de la Mutualité Sociale Agricole**),
- être en activité de service (exemples : n'être ni retraité, ni en disponibilité, ni en congé sabbatique, ni en congé pour création d'entreprise, ni être radié ou en suspension du contrat de travail...),
- ne pas avoir atteint l'âge de 70 ans,
- résider habituellement en France métropolitaine ou dans l'un des départements et régions d'outre-mer, **sauf Mayotte**.

**NE PEUVENT ÊTRE ASSURÉES les personnes relevant des régimes de protection sociale gérés par la Mutualité Sociale Agricole, le régime des indépendants, ayant une activité libérale, non salariée ou de micro-entrepreneur.**

## 1.4 • LA TERRITORIALITÉ DE VOS GARANTIES

Les garanties de votre contrat s'appliquent pour les accidents et maladies survenues dans le monde entier.

En cas de survenance d'un arrêt de travail à

l'étranger, la date du sinistre est le jour de sa première constatation médicale en France métropolitaine ou dans un département et région d'outre-mer.

## 1.5 • LES DÉFINITIONS RETENUES POUR L'APPLICATION DE VOTRE CONTRAT

**Les termes définis ci-après apparaissant en vert dans les présentes Conditions Générales facilitent la compréhension du texte.**

### ACCIDENT

Toute atteinte corporelle provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure et indépendante de la volonté de la personne assurée.

Il est qualifié d'accident de la vie privée si l'événement est intervenu en dehors de toute activité professionnelle.

Il est qualifié d'**ACCIDENT PROFESSIONNEL OU DE SERVICE** si l'événement est intervenu durant votre activité professionnelle, l'exercice de vos fonctions ou au cours du trajet aller/retour

de votre domicile à votre lieu de travail et reconnu comme tel par votre employeur/administration et/ou la Sécurité sociale.

Il est précisé que ne constituent pas des accidents au sens de ce contrat : "les accidents" cardiaques, cérébraux et vasculaires, les syncopes et lésions qui peuvent en résulter, les conséquences d'un choc émotionnel ou d'un effort, les lumbagos, sciatiques, hernies de toute nature, même d'origine traumatique.

### ADHÉRENT/ASSURÉ

Personne inscrite sous ce nom sur les Conditions Particulières, adhérente au contrat collectif facultatif souscrit par l'A.S.P.D.S.P, pour bénéficier personnellement des garanties.

### **ARRÊT DE TRAVAIL/INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL**

Interruption temporaire médicalement prescrite de vos activités professionnelles déclarées au contrat.

### **ASSUREUR**

Les Garanties Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité Permanente sont assurées par **GMF Assurances**.

Les Garanties Décès et Perte Totale et Ir-réversible d'Autonomie sont assurées par **GMF Vie**.

### **AUTORITÉ MÉDICALE**

Instances médicales consultatives chargées de donner des avis sur les questions médicales concernant les fonctionnaires et les salariés en arrêt de travail (exemples : médecin traitant, commission de réforme, comité médical ou médecin-conseil de la caisse primaire d'assurance maladie).

### **BÉNÉFICIAIRE(S) DÉSIGNÉ(S)**

La ou les personnes désignées par l'adhérent qui perçoit(vent) le capital garanti en cas de décès.

### **CONGÉ DE GRAVE MALADIE**

Congé attribué à l'agent contractuel se trouvant dans l'impossibilité d'exercer son activité, rendant nécessaires un traitement et des soins prolongés et présentant un caractère invalidant et de gravité confirmée.

### **CONGÉ LONGUE DURÉE**

Congé statutaire de la fonction publique attribué en cas de maladie à l'agent se trouvant dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions et atteint d'une affection relevant d'un des 5 groupes de maladie suivants : cancer, maladie mentale, tuberculose, poliomyélite, déficit immunitaire grave et acquis.

### **CONGÉ LONGUE MALADIE**

Congé statutaire de la fonction publique attribué en cas de maladie à l'agent se trouvant dans l'impossibilité d'exercer ses fonctions, rendant nécessaires un traitement et des soins prolongés et présentant un caractère invalidant et de gravité confirmée.

### **CONGÉ MALADIE ORDINAIRE**

Congé statutaire de la fonction publique attribué à l'agent atteint d'une maladie qui ne présente pas de durée ou de gravité particulière.

### **CONGÉ SABBATIQUE**

Congé pour convenance personnelle qui suspend le contrat de travail du salarié et pendant lequel il n'est pas rémunéré.

### **DÉLAI D'ATTENTE**

Période qui suit immédiatement la date d'effet de l'adhésion et pendant laquelle les garanties concernées ne sont pas acquises. Aucun arrêt de travail dont la survenance se situe durant ce délai d'attente ainsi que ses suites, conséquences, récurrences et séquelles éventuelles ne peut donner lieu à une prise en charge au titre des garanties concernées.

### **ÉCHÉANCE PRINCIPALE**

Point de départ d'une période annuelle d'assurance pour laquelle une cotisation annuelle d'assurance est due. Elle est indiquée aux Conditions Particulières.

### **FONCTIONNAIRE**

Désigne l'agent fonctionnaire de la fonction publique d'état, territoriale et hospitalière qu'il soit titulaire ou en attente de titularisation ainsi que les agents contractuels de la fonction publique.

Ce statut figure aux Conditions Particulières.

**FRANCHISE**

Période continue ou discontinue durant laquelle certaines garanties ne produisent pas leur effet.

Elle débute le 1<sup>er</sup> jour de l'incapacité temporaire de travail. Elle est décomptée jour par jour. Sa durée en jours figure sur vos Conditions Particulières.

**INVALIDITÉ PERMANENTE**

Réduction permanente et définitive, partielle ou totale des capacités physiques, sensorielles ou intellectuelles de l'assuré en raison d'un handicap physique ou psychique résultant d'une maladie ou d'un accident.

Cet état doit être médicalement constaté par une autorité médicale compétente.

**JOURNÉE(S) DE CARENCE LÉGALE(S)**

Premier(s) jour(s) d'arrêt de travail au titre duquel/desquels le fonctionnaire ne perçoit pas de traitement de son administration et où le salarié ne perçoit pas de salaire de son employeur ou d'indemnités journalières de la Sécurité sociale.

**MALADIE**

Toute altération de la santé médicalement constatée n'ayant pas pour origine un accident corporel et sans lien avec l'activité professionnelle exercée,

Elle est qualifiée de maladie professionnelle ou imputable au service si cette altération est en lien avec l'activité professionnelle exercée et reconnue comme telle par l'administration employeur et/ou la Sécurité sociale.

Il est précisé que constituent des maladies : les "accidents" cardiaques, cérébraux et vasculaires, les syncopes et lésions qui peuvent en résulter, les conséquences d'un choc émotionnel ou d'un effort, les lumbagos,

sciatiques, hernies de toute nature même d'origine traumatique.

**NOUS/NOS/NOTRE**

Désigne le ou les assureurs mentionnés aux Conditions Particulières.

**PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE**

Incapacité absolue et définitive de l'assuré de se livrer à la moindre occupation ou travail pouvant lui procurer gain ou profit et être dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir l'ensemble des actes ordinaires de la vie : se laver, se coucher, se vêtir, se nourrir, se déplacer, satisfaire ses besoins naturels.

Cet état doit être constaté par une autorité médicale et reconnu par l'administration employeur et/ou la Sécurité sociale.

**PREMIÈRE CONSTATATION MÉDICALE**

Date à laquelle les symptômes ou les lésions résultant de la maladie ont été constatés pour la 1<sup>ère</sup> fois par un médecin et portés à la connaissance de l'assuré même si le diagnostic a été établi postérieurement.

**RECHUTE**

Tout arrêt de travail médicalement constaté survenant dans un délai de 3 mois maximum après la reprise du travail suite à l'arrêt précédent et provenant de la même maladie ou du même accident.

**SALARIÉ**

Désigne une personne ayant un contrat de travail de droit privé. Les agents contractuels de la fonction publique sont assimilés aux fonctionnaires.

Ce statut figure aux Conditions Particulières.

## SINISTRE

Réalisation de l'événement (arrêt de travail, invalidité permanente, décès ou perte totale et irréversible d'autonomie) susceptible de mettre en jeu l'une des garanties du contrat entre sa date de prise d'effet et la date de sa cessation.

La date du sinistre est :

- pour la Garantie Incapacité Temporaire de Travail : le 1<sup>er</sup> jour de l'arrêt de travail lié à une maladie ou à un accident, d'un temps partiel thérapeutique ou d'une mise en disponibilité pour raison de santé. En cas de survenance de l'arrêt de travail à l'étranger, la date du sinistre est le jour de sa première constatation médicale en France métropolitaine et département et région d'outre-mer,

- pour la Garantie Invalidité Permanente : la date de reconnaissance de l'invalidité permanente par l'autorité médicale,
  - pour la Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie : la date de reconnaissance de l'invalidité permanente avec assistance d'une tierce personne pour accomplir l'ensemble des actes ordinaires de la vie, se laver, se coucher, se vêtir, se nourrir, se déplacer, satisfaire ses besoins naturels,
  - pour la Garantie Décès : la date du décès.
- Constituent un seul et même sinistre les demandes d'indemnisation ayant pour origine un même événement.

## VOUS/VOS/VOTRE

Désigne l'adhérent assuré au contrat, tel que mentionné aux Conditions Particulières.



## 1.6 • CE QUI N'EST JAMAIS ASSURÉ PAR VOTRE CONTRAT

**Nous NE GARANTISSONS PAS les sinistres :**

- dont la date de début d'arrêt de travail, d'accident, de première constatation médicale ou de l'affection à l'origine du sinistre sont antérieurs à la prise d'effet des garanties.

Les suites des **maladies** ou affections antérieures ou **accidents** antérieurs déclarés dans le questionnaire médical lors de la souscription par l'**assuré** sont garanties, **sauf mentions contraires dans vos Conditions Particulières et leurs annexes,**

- qui interviennent avant l'expiration du délai d'attente mentionné sur vos **Conditions Particulières,** sauf en cas d'**accident** survenu après l'entrée en vigueur de **votre** contrat,

- dont l'**arrêt de travail, l'accident ou l'affection à l'origine du sinistre** sont postérieurs à la cessation des garanties,
- dont l'**arrêt de travail est partiel** (hors temps partiel thérapeutique),
- survenus pendant un **congé sabbatique ou une mise en disponibilité pour convenance personnelle,**
- correspondant à une période de **congé légal de maternité ou de paternité,**
- liés au traitement de l'**infertilité ou de la stérilité,**
- liés à une **cure de toute nature et aux séjours dans les stations balnéaires ou climatiques,**
- liés à des **accidents médicaux résultant des expérimentations biomédicales,**

- **liés à l'usage de drogues ou stupéfiants, à la toxicomanie, à l'éthylisme chronique de l'assuré ou à l'usage de médicaments** en dehors d'une prescription autorisée, en cas de lien de causalité établi entre ces comportements et le **sinistre**. La charge de la preuve **nous** incombe,
  - **liés à la pratique des activités suivantes :**
    - . **pratique professionnelle des sports y compris les entraînements,**
    - . **tous sports aériens,**
    - . **tous sports nécessitant un engin à moteur (terrestre ou flottant),**
    - . **toute navigation au-delà de 20 mille des côtes,**
    - . **tous les sports de montagne au-delà de 3 500 mètres d'altitude,**
    - . **tous sports de neige hors-piste balisée,**
    - . **la plongée sous-marine au-delà de 20 mètres de profondeur.**
- Lorsque ces activités sont pratiquées dans le cadre d'un baptême de l'air, d'une initiation ou d'un entraînement professionnel **hors entraînement des sportifs professionnels**, la garantie est acquise si **vous** établissez que cette pratique a fait l'objet d'un encadrement par un personnel qualifié, titulaire des brevets et autorisations nécessaires à un tel encadrement,
- **liés à la navigation aérienne**, sauf si le pilote et l'appareil sont munis des autorisations réglementaires,
  - **liés à la conduite d'un véhicule terrestre à moteur sans être titulaire du permis de conduire en état de validité exigé par la réglementation en vigueur**, en cas de lien de causalité établi entre ces comportements et le **sinistre**. La charge de la preuve **nous** incombe,

- **consécutifs à l'état d'ivresse, ou à l'état alcoolique de l'assuré constaté par un taux d'alcoolémie pour lequel un conducteur pourrait faire l'objet d'une sanction pénale**, en cas de lien de causalité établi entre ces comportements et le **sinistre**. La charge de la preuve **nous** incombe.

**Cette exclusion s'applique que le sinistre survienne ou non dans le cadre d'un accident de la circulation,**

- **consécutifs aux guerres civiles ou étrangères, d'acte de sabotage, d'émeute, de mouvement populaire, d'insurrection de rixes**, sauf en cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger.

Pour les personnes exposées à ces risques dans le cadre de leur profession, cette exclusion ne s'applique pas s'ils exercent sur le territoire français ou, hors du territoire national dans le cadre d'interventions décidées par le gouvernement et s'ils sont sous mandat de l'Organisation des Nations Unies,

- **liés à tout acte de terrorisme, toute participation à un attentat ou à tout acte délictueux, criminel ou intentionnel de l'assuré**, en cas de lien de causalité établi entre ces comportements et le **sinistre**. La charge de la preuve **nous** incombe,
- **liés au suicide ou à ses tentatives et aux mutilations volontaires, de manière consciente ou inconsciente.**

Le suicide ou les conséquences d'une tentative de suicide sont couverts s'ils surviennent après un an d'assurance ; en cas d'augmentation des garanties, ils sont couverts uniquement pour les garanties supplémentaires souscrites depuis plus d'un an,

- **durant une suspension disciplinaire de l'assuré,**

- provoqués par les effets directs ou indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de transmutation de noyaux d'atome ou

de la radioactivité, ainsi que les effets de radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules.

2



**LES GARANTIES**

**Vous** pouvez choisir entre plusieurs formules de garanties différentes et option(s) suivant **vos** besoins de couverture et **votre** situation professionnelle.

**Votre contrat est établi en fonction des déclarations que vous avez faites lors de la souscription, de l'expression de vos besoins ainsi que des réponses aux questions que vous ont été posées et le conseil donné à travers les offres disponibles. Vous** bénéficiez des garanties que **vous** avez choisies et que **nous vous** avons accordées. Elles sont décrites avec leurs montants, plafonds et limites sur **vos Conditions Particulières**.



## 2.1 • LES GARANTIES INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Pour les **fonctionnaires**, les garanties s'appliquent exclusivement en **congé maladie ordinaire**, en **congé longue maladie** ou en **congé longue durée**, à l'exclusion des périodes de mise en disponibilité d'office pour maladie et d'invalidité temporaire de travail.

Pour les **salariés**, les garanties s'appliquent exclusivement en cas d'**arrêt de travail pour maladie** ou **accident** et pour les **fonctionnaires** agents contractuels en cas de **congé maladie ordinaire** et de **congé de grave maladie**.

**À noter :** cette garantie s'applique également en cas de travail en temps partiel thérapeutique.

### ■ 2.1.1 LA PERTE DE TRAITEMENT NET OU DE SALAIRE NET

Si au cours de **votre** adhésion, **vous** êtes en **arrêt de travail** valablement constaté par une **autorité médicale** suite à une **maladie** ou un **accident** garanti, **nous** compensons, **dans la limite du montant garanti à la date de survenance du sinistre :**

- la **perte de traitement nette réelle constatée, à l'exclusion des primes pour les fonctionnaires,**

- la **perte de salaire nette réelle constatée, à l'exclusion des avantages en nature, primes, astreintes, majorations horaires, gratifications et pourboires pour les salariés après application de la franchise.**

Les montants maximums garantis et les **franchises** applicables figurent sur **vos Conditions Particulières**.

La **franchise** est appliquée à chaque **sinistre**. Elle débute le 1<sup>er</sup> jour de l'**incapacité temporaire de travail**.

En cas de **rechute dans un délai inférieur à 3 mois** qui suit la reprise du travail, du précédent arrêt motivé par la même **maladie** ou le même **accident**, l'indemnisation reprend sans application d'une nouvelle période de **franchise**.

**La ou les journée(s) de carence légale(s) ne sont pas garanties.**

### ■ 2.1.2 LA PERTE DE PRIMES ET INDEMNITÉS NETTES

Si **vos** Conditions Particulières le prévoient et qu'au cours de **votre** adhésion, **vous** êtes en **arrêt de travail** valablement constaté par une **autorité médicale** suite à une **maladie** ou à un **accident** garanti, **nous** compensons pour les **fonctionnaires**

la perte réelle de **vos** primes et indemnités nettes, dans la limite du montant garanti à la **date de survenance du sinistre et après application de la franchise**.

Le montant maximum garanti et la **franchise** applicable figurent sur **vos** Conditions Particulières.

La **franchise** est appliquée à chaque **sinistre**. Elle débute le 1<sup>er</sup> jour de l'**incapacité temporaire de travail** et est décomptée jour par jour.

En cas de **rechute** dans un délai inférieur à 3 mois qui suit la reprise du travail du précédent arrêt motivé par la même **maladie** ou le même **accident**, l'indemnisation reprend sans application d'une nouvelle période de **franchise**.

**La ou les journée(s) de carence légale(s) ne sont pas garantis.**

### ■ 2.1.3 LA DURÉE MAXIMALE D'INDEMNISATION

Pour un même **arrêt de travail** initial, ses prolongations et ses éventuelles **rechutes**, la durée maximale d'indemnisation d'un **sinistre** garanti est limitée à :

- **5 ans au maximum** pour les **fonctionnaires** titulaires ou en attente de titularisation de la fonction publique,
- **3 ans maximum** pour les **salariés** et les **fonctionnaires** agents contractuels.

En cas de **rechute**, la durée de la première période d'**arrêt de travail** est prise en compte dans le calcul de la période maximale d'indemnisation.

La cessation du contrat ne met pas fin au règlement des prestations en cours de service pour les **sinistres** garantis.

**À noter :** la durée d'indemnisation des **sinistres** garantis résultant de douleurs neuropathiques, du syndrome polyalgique idiopathique diffus, du syndrome de fatigue chronique, de fibromyalgie, du Syndrome d'Intolérance aux Champs Électromagnétiques (SICEM) et toute **maladie**, syndrome ou pathologie non objectivable à l'examen clinique pour lesquels aucune étiologie organique n'est retrouvée, **est limitée à une durée maximale de 12 mois continus ou discontinus par pathologie.**

**Par ailleurs le versement de la prestation cesse de manière anticipée :**

- lorsque **vous** êtes déclaré apte à reprendre **votre** activité professionnelle par une **autorité médicale**,
- lors de **votre** passage en **invalidité permanente**,
- lors de **votre** admission au bénéfice d'une retraite professionnelle,
- lorsque **vous** atteignez l'âge requis pour faire valoir **vos** droits à la retraite professionnelle,
- au plus tard à l'**échéance principale** qui suit **votre** 70<sup>ème</sup> anniversaire.



## 2.2 • LES GARANTIES EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE

Si au cours de **vos** adhésion, **vous** êtes reconnu en état d'**invalidité permanente**, **nous vous** versons, selon la formule choisie et le taux d'invalidité médicalement constaté, la rente ou le capital indiqué sur **vos** Conditions Particulières dans la limite des montants garantis à la date de survenance du **sinistre**.

**La garantie n'intervient pas en cas d'invalidité temporaire.**

**En l'absence de taux constaté par l'autorité médicale**, l'évaluation se fonde sur un rapport médical établi par **notre service médical**.

**Cette évaluation médicale s'établit, d'après le "barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun" publié par le Concours Médical (dernière édition parue à la date de l'expertise médicale).**

Toute évolution de **vos** état de santé, en relation directe avec l'**accident** ou la **maladie** à l'origine de **vos invalidité permanente** devra être constatée par une **autorité médicale**. En l'absence de fixation du nouveau taux constaté par l'**autorité médicale**, l'évolution se fonde sur un rapport médical établi par **notre** service médical.

L'aggravation du taux d'**invalidité permanente** postérieure à la mise en place d'une rente ou du versement d'un capital donne lieu à révision du montant de la prestation déduction faite des montants déjà versés, **sous réserve que le contrat soit toujours en cours à la date de l'aggravation constatée.**

**Si l'événement à l'origine du sinistre** a été déclaré en cours d'adhésion mais que la reconnaissance de l'**invalidité permanente** intervient postérieurement à la cessation du contrat, **le sinistre n'est pas garanti.**

### ■ 2.2.1 LA RENTE D'INVALIDITÉ PERMANENTE

**Le versement d'une rente en cas d'invalidité permanente est prévu uniquement dans les formules 2 et 3.**

Si **vos** Conditions Particulières le prévoient, **nous vous** versons une rente **mensuelle** :

- si **vous** êtes **fonctionnaire** titulaire ou stagiaire en attente de titularisation : **dès lors que le taux d'invalidité permanente** médicalement constaté par une **autorité médicale** ou **notre service médical** est supérieur ou égal à **60%**,
- si **vous** êtes **salié** ou **fonctionnaire** agent contractuel de la fonction publique relevant du régime général de la Sécurité sociale : **dès lors que le taux d'invalidité permanente** médicalement constaté par une **autorité médicale** ou **notre service médical** est supérieur ou égal à **66% avec attribution d'une invalidité de 2<sup>ème</sup> catégorie de la Sécurité sociale.**

Le montant maximum d'indemnisation garanti figure sur **vos** Conditions Particulières et **ne peut dépasser la perte réelle nette constatée à la date de reconnaissance de l'invalidité permanente.**

**Le versement de la prestation cesse à la fin du mois au cours duquel survient :**

- **l'admission au bénéfice d'une retraite professionnelle,**
- **l'âge requis pour faire valoir vos droits à la retraite professionnelle,**
- **l'échéance principale qui suit votre 70<sup>ème</sup> anniversaire,**
- **le décès de l'assuré.**

**Le versement de la rente d'invalidité permanente ne se cumule pas avec le versement du capital invalidité permanente.**

### ■ 2.2.2 LES CAPITAUX

Le versement d'un capital est prévu dans les formules 1, 2 et 3 pour les **fonctionnaires** (titulaires, stagiaires en attente de titularisation et agents contractuels) et en formule 1 pour les **salariés**.

Si **vos** Conditions Particulières le prévoient, **nous vous** versons un capital :

#### • En formule 1 :

- si **vous** êtes **fonctionnaire** titulaire ou stagiaire en attente de titularisation : dès lors que le taux d'**invalidité permanente** médicalement constaté par une **autorité médicale** est supérieur ou égal à 60 %,
- si **vous** êtes **salarié** ou **fonctionnaire** agent contractuel de la fonction publique relevant du régime général de la Sécurité sociale : dès lors que le taux d'**invalidité permanente** médicalement constaté par une **autorité médicale** est supérieur ou égal à 66 % avec attribution d'une invalidité de 2<sup>ème</sup> catégorie de la Sécurité sociale.

#### • En formule 2 et 3 :

- si **vous** êtes **fonctionnaire** titulaire ou stagiaire en attente de titularisation : dès lors que le taux d'**invalidité permanente** médicalement constaté est inférieur à 60 %,
- si **vous** êtes **fonctionnaire** agent contractuel de la fonction publique relevant du régime général de la Sécurité sociale : dès lors que le taux d'**invalidité**

**permanente** médicalement constaté par une **autorité médicale** est inférieur à 66%.

Le montant versé est celui garanti au jour du **sinistre**.

**Le versement du capital d'invalidité permanente ne se cumule pas avec le versement d'une rente d'invalidité permanente.**

### ■ 2.2.3 LE RENFORT POUR MÉTIER À RISQUES

Si **vos** Conditions Particulières le prévoient, **vous** bénéficiez en cas d'**accident professionnel ou de service** survenu en cours d'adhésion, d'un capital complémentaire dès lors que le taux d'**invalidité permanente** médicalement reconnu par l'**autorité médicale** :

- est supérieur ou égal à 60% si **vous** êtes **fonctionnaire** titulaire ou en attente de titularisation,
- est supérieur ou égal à 66% si **vous** êtes **fonctionnaire** agent contractuel relevant de la Sécurité sociale avec **attribution d'une rente accident du travail par cet organisme**.

**Si l'événement à l'origine du sinistre** a été déclaré en cours d'adhésion mais que la date de reconnaissance de l'**invalidité permanente** est postérieure à la cessation du contrat, **le sinistre n'est pas garanti**.

**Le versement du capital "renfort pour métier à risques" se cumule avec le versement éventuel d'une rente d'invalidité permanente.**

## 2.3 • LES GARANTIES DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

### ■ 2.3.1 LE CAPITAL DÉCÈS

Si l'**assuré** décède en cours d'adhésion, **nous** versons au(x) **bénéficiaire(s) désigné(s)** le capital garanti figurant aux Conditions Particulières.

**Ce versement unique met fin à l'adhésion.**

### ■ 2.3.2 L'OPTION ENFANT

Cette garantie optionnelle peut être choisie dans les formules 2 ou 3.

Si les Conditions Particulières le prévoient, le(s) **bénéficiaire(s) désigné(s)** percevront, en cas de décès de l'**assuré**, le capital garanti au contrat au jour du décès.

Le montant garanti évolue à chaque **échéance principale** en fonction du nombre d'enfant déclaré au contrat dont l'âge est inférieur à 25 ans au jour de l'**échéance principale**.

L'enfant peut être un enfant légitime, adoptif, naturel ou recueilli de l'**adhérent**, de son conjoint non séparé, de son partenaire de PACS ou de son concubin, **à l'exclusion des petits ou arrières petits-enfants**.

**Le versement du capital "Option enfant" se cumule avec celui du capital de la Garantie Décès.**

**Ce versement unique met fin à l'adhésion.**

### ■ 2.3.3 LE CAPITAL DÉCÈS RENFORT POUR MÉTIER À RISQUES

Pour les **fonctionnaires**, si les Conditions Particulières le prévoient, le(s) **bénéficiaire(s) désigné(s)** percevront, en cas de décès de l'**assuré** consécutif à un **accident professionnel ou de service** survenu pendant la période de garantie, un capital supplémentaire précisé aux Conditions Particulières.

L'**accident** et le décès doivent se produire en cours d'adhésion.

**Le versement du capital "renfort pour métier à risques" se cumule avec celui du capital de la Garantie Décès et celui du capital "Option enfant" le cas échéant.**

### ■ 2.3.4 LA PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

Si en cours d'adhésion l'**assuré** est en état de **perte totale et irréversible d'autonomie médicalement constatée**, **nous lui versons par anticipation le capital prévu en cas de décès**.

De la même façon l'**assuré** bénéficie du versement du capital "renfort pour métier à risques" et de celui du capital "Option enfant" le cas échéant.

**Ce versement unique met fin à l'adhésion.**

## 2.4 • LE RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

### ■ 2.4.1 EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

**Nous** indemnisons la **perte réelle nette de traitement ou de salaire constatée dans la limite du montant garanti à la**

**date du sinistre** précisé sur **vos Conditions Particulières**.

**La perte réelle nette constatée** correspond à la différence entre le revenu mensuel moyen net **des 3 mois complets** qui

précèdent le **sinistre** et le montant du traitement net ou de salaire net, **à l'exclusion des avantages en nature, primes, astreintes, majorations horaires, gratifications et pourboires**, figurant sur le bulletin de paie du mois où est enregistrée la période d'**incapacité temporaire de travail**.

**Lorsque cette différence est positive**, cette somme **vous** est versée à titre d'indemnisation mensuelle, dans la limite des montants garantis mentionnés sur **vos** Conditions Particulières et déduction faite de la **franchise** pour les **saliariés**. Celle-ci est décomptée par jour et appliquée à chaque **sinistre**.

**Le reliquat entre la somme versée et le montant garanti ne donne lieu à aucun report sur une période d'indemnisation à venir.**

**La ou les journée(s) de carence lé-gale(s) ne sont pas garanties.**

Une journée de carence représente 1/30<sup>ème</sup> du revenu mensuel moyen net de l'**assuré** et fait l'objet d'une retenue sur la prestation due.

Le paiement de la prestation est effectué chaque mois à terme échu.

**Lorsque cette différence est négative aucune indemnisation n'a lieu.**

- Pour les **fonctionnaires**, si **vos** Conditions Particulières le prévoient, **nous** indemnisons en outre la perte réelle nette constatée de **vos primes et indemnités dans la limite du montant garanti à la date du sinistre**.

**La perte réelle nette constatée correspond** à la différence entre le montant mensuel moyen net **des 12 mois complets correspondant aux primes et indemnités qui précèdent le sinistre** et le

montant net des primes et indemnités figurant sur le bulletin de paie du mois où est enregistrée la période d'**incapacité temporaire de travail**.

**Lorsque cette différence est positive**, cette somme **vous** est versée à titre d'indemnisation mensuelle, **dans la limite des montants garantis** mentionnés sur vos Conditions Particulières et déduction faite de la **franchise**. Celle-ci est décomptée par jour et appliquée à chaque **sinistre**.

**Le reliquat entre la somme versée et le montant garanti ne donne lieu à aucun report sur une période d'indemnisation à venir.**

**La ou les journée(s) de carence lé-gale(s) ne sont pas garanties.**

Une journée de carence représente 1/30<sup>ème</sup> du revenu mensuel moyen net de l'**assuré** et fait l'objet d'une retenue sur la prestation due.

**Lorsque cette différence est négative aucune indemnisation n'a lieu.**

**À noter :** la période où la perte de revenu est constatée peut être différente de la période d'**arrêt de travail** si la retenue est effectuée avec un décalage dans le temps.

**En outre, le cumul des prestations versées par l'employeur ou l'administration, par tout autre régime de prévoyance obligatoire ou facultatif et par l'assureur au titre du présent contrat ne peut excéder le revenu net mensuel de l'assuré à la date du sinistre.**

#### ■ 2.4.2 EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE

- Versement d'une rente

**Nous** indemnisons **votre** perte de traitement net, **à l'exclusion des primes et indemnités**, ou de salaire de net, **à**

**l'exclusion des avantages en nature, primes, astreintes, majorations horaires, gratifications et pourboires**, occasionnée par une **invalidité permanente** jusqu'à hauteur du montant garanti à la date du **sinistre** et dans la limite de la perte réelle nette constatée.

Pour les **fonctionnaires** titulaires ou stagiaires en attente de titularisation : la perte de traitement réelle nette, **à l'exclusion des primes et indemnités**, correspond à la différence entre le traitement mensuel indiciaire qu'aurait perçu l'**assuré** à la date de reconnaissance de l'**invalidité permanente** médicalement constatée et les sommes perçues au titre de cette invalidité par l'administration employeur et de toute prestation de même nature servie par tout organisme de prévoyance obligatoire ou facultative.

Pour les **salariés** et les **fonctionnaires** agents contractuels : la perte réelle de traitement net ou de salaire net, **à l'exclusion des avantages en nature, primes, astreintes, majorations horaires, gratifications et pourboires**, correspond à la différence entre le salaire mensuel net qu'aurait perçu l'**assuré** à la date de l'**invalidité permanente** médicalement constatée et le montant net de la pension d'invalidité de 2<sup>ème</sup> catégorie de la Sécurité sociale et de toute prestation de même nature servie par tout organisme de prévoyance obligatoire ou facultative.

La différence positive représente le montant de la rente nette mensuelle qui **vous** est versée à titre d'indemnisation dans la limite des montants garantis à la date de l'invalidité figurant sur **vos** Conditions Particulières.

Le paiement de la rente est effectué **mensuellement** sur la base de ce calcul revalorisé chaque année selon les modalités d'indexation prévues à l'article 4.4.2.

**En outre, le cumul des prestations perçues de la Sécurité sociale, de tout autre organisme de prévoyance obligatoire ou facultative et de l'assureur au titre du présent contrat ne peut excéder le traitement ou salaire de base net mensuel de l'assuré à la date du sinistre.**

• **Versement d'un capital**

**Nous vous** versons le capital garanti mentionné sur **vos** Conditions Particulières correspondant au taux d'invalidité permanente retenu.

■ **2.4.3 EN CAS DE DÉCÈS OU DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE**

En cas de décès, **nous** versons, en un règlement unique au(x) **bénéficiaire(s) désigné(s)**, le capital correspondant indiqué aux Conditions Particulières à la date du **sinistre**.

En cas de **perte totale et irréversible d'autonomie**, **nous vous** versons, par anticipation et en un règlement unique, le capital correspondant indiqué aux Conditions Particulières à la date du **sinistre**.

Ce versement met fin au service éventuel de la rente d'**invalidité permanente** et, en tout état de cause, au contrat.

Si les Conditions Particulières le prévoient, en cas de décès par suite d'**accident professionnel ou de service nous** versons, en un règlement unique au(x) **bénéficiaire(s) désigné(s)**, le capital supplémentaire "renfort métier à risques" indiqué sur **vos** Conditions Particulières.

En cas de **perte totale et irréversible d'autonomie**, par suite d'**accident professionnel ou de service**, nous vous versons, par anticipation et en un règlement unique, le capital supplémentaire "renfort métier à risques" indiqué sur les Conditions Particulières.

Lorsque, postérieurement au versement de l'indemnité résultant d'une **perte totale et irréversible d'autonomie** l'**assuré** décède **il n'y a pas de versement au titre du décès**.

## 2.5 • LA CESSATION DES GARANTIES

### ■ 2.5.1 LA CESSATION DE LA GARANTIE INCAPACITÉ DE TRAVAIL

La garantie cesse :

- lors de **votre** passage en **invalidité permanente** de plus de 60% si **vous** êtes **fonctionnaire** titulaire ou stagiaire en attente de titularisation ou de plus de 66% si **vous** êtes **salariés** ou agent contractuel de la fonction publique,
- lors de **votre** admission au bénéfice d'une retraite professionnelle,
- lorsque **vous** atteignez l'âge requis pour faire valoir **vos** droits à la retraite professionnelle,
- au plus tard à l'**échéance principale** qui suit **votre** 70<sup>ème</sup> anniversaire,
- si l'une des conditions d'éligibilité telles que définies à l'article 1.3 des présentes Conditions Générales n'est plus remplie.

### ■ 2.5.2. LA CESSATION DE LA GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE

La Garantie **Invalidité Permanente** y compris le "renfort pour métier à risques" cesse :

- à la reconnaissance d'un taux d'**invalidité permanente** de plus de 60%

pour les **fonctionnaires** titulaires ou stagiaires en attente de titularisation ou de plus de 66% pour les **salariés** et **fonctionnaires** agents contractuels de la fonction publique. Pour autant le **sinistre** lié à une **invalidité permanente**, lorsque celui-ci est garanti, est indemnisé.

La Garantie **Invalidité Permanente** y compris le "renfort pour métier à risques" cesse :

- au décès de l'**assuré** ou au versement du capital en cas de **perte totale et irréversible d'autonomie**,
- lors de l'admission de l'**assuré** au bénéfice d'une retraite professionnelle,
- au plus tard à l'**échéance principale** qui suit **votre** 70<sup>ème</sup> anniversaire,
- si l'une des conditions d'éligibilité telles que définies à l'article 1.3 des présentes Conditions Générales n'est plus remplie.

En outre, la Garantie "renfort pour métier à risques" cesse aussi en cas de changement d'activité ne relevant plus de la catégorie de métier à risques ou si **votre** activité est requalifiée en sédentaire.

### ■ 2.5.3 LA CESSATION DE LA GARANTIE DÉCÈS OU PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

La garantie cesse :

- au paiement du capital par suite de **perte totale et irréversible d'autonomie**,
- au décès de l'assuré,
- au plus tard à l'échéance principale qui suit **votre 70<sup>ème</sup> anniversaire**,

- si l'une des conditions d'éligibilité telles que définies à l'article 1.3 des présentes Conditions Générales n'est plus remplie.

La Garantie "Option enfant" cesse à l'échéance suivant le 25<sup>e</sup> anniversaire du dernier enfant éligible déclaré au contrat.

## 2.6 • L'ÉVOLUTION DE VOTRE SITUATION OU DE VOTRE ÉTAT DE SANTÉ EN COURS D'INDEMNISATION

### • En cas d'incapacité temporaire de travail

Le changement d'une situation à une autre ayant un impact sur **votre** indemnisation en cours **entraînera une nouvelle analyse de votre indemnisation passée et/ou future** (exemple : passage d'une situation de demi-traitement à une situation de plein traitement suite à la requalification du congé maladie, de la reconnaissance du caractère professionnel d'une **maladie** ou d'un **accident**...).

**Un nouveau calcul des prestations à partir de la date de survenance du changement sera établi de manière rétroactive, s'agissant d'une garantie indemnitaire.**

**Vous vous** engagez à **nous** adresser, dans les meilleurs délais, tout justificatif de changement de situation pouvant avoir un impact sur **votre** indemnisation en cours.

**Vous vous** engagez alors à restituer sans délai à l'**assureur** les sommes indûment perçues s'agissant d'une garantie indemnitaire.

Dans le cas de versement(s) à venir les sommes indûment perçues seront déduites des montants dus par l'**assureur** par compensation.

### • En cas d'invalidité permanente

L'évolution de **votre** situation ou de **votre** état de santé, de nature à modifier les conclusions médicales initiales et/ou le taux d'invalidité initialement reconnu au titre du **sinistre**, peut donner droit à un complément d'indemnisation au titre du même **sinistre**. L'évolution de **votre** état de santé devra être constatée par une **autorité médicale**.

**Toutefois, le cumul des indemnités successives en cas d'aggravation ne peut dépasser le plafond mentionné sur vos Conditions Particulières pour un même sinistre.**

Si l'indemnité due à la suite de la révision du taux d'invalidité liée à l'évolution de **votre** état s'avérait inférieure à celle qui **vous** a déjà été réglée au titre du même **sinistre**, celle-ci **vous** restera acquise.

3



---

**QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?**



## 3.1 • LES DOCUMENTS À NOUS COMMUNIQUER EN CAS DE SINISTRE

### ■ 3.1.1 LES DOCUMENTS À NOUS COMMUNIQUER EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL OU D'INVALIDITÉ PERMANENTE

Pour pouvoir bénéficier de la prestation, **vous** devez **nous** déclarer **votre sinistre dans les 5 jours ouvrés** suivant **votre arrêt de travail**, sauf cas fortuit ou cas de force majeure, **sous peine de perdre vos droits à garantie**, si le retard **nous** cause un préjudice.

Pour déclarer **votre sinistre vous** devez **nous** adresser les pièces suivantes :

- l'arrêté administratif et/ou l'avis d'**arrêt de travail** médicalement constaté par une **autorité médicale**,
- les bulletins de paie constatant la perte de revenu (document à fournir chaque mois) ainsi que les bulletins des mois précédant l'**arrêt de travail** permettant de déterminer la perte réelle nette,
- l'attestation de perte de primes ou d'indemnités établie par **votre** administration le cas échéant,
- le certificat médical précisant la nature de la **maladie**, ou des lésions constatées à l'origine de l'**arrêt de travail**, ainsi que les certificats de prolongation d'**arrêt de travail**, sous pli confidentiel à l'attention du service médical,
- la copie de l'avis rendu par la commission de réforme reconnaissant l'**invalidité permanente** et définitive ou la copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité de 2<sup>ème</sup> catégorie de la Sécurité sociale,
- **votre** relevé d'identité bancaire ou postal correspondant au compte dont **vous**

êtes titulaire et sur lequel la prestation doit être versée,

- les noms et adresses des autres assureurs et organismes sociaux lorsque plusieurs assurances couvrent le risque garanti,
- toute autre pièce nécessaire à l'instruction administrative et/ou médicale de **votre sinistre** notamment en cas d'**accident**.

**Si le congé ou la nature de l'événement à l'origine du sinistre sont requalifiés ou modifiés, vous devez nous en informer en nous faisant parvenir :**

- le(s) bulletin(s) de paie faisant ressortir la diminution, la retenue ou le rappel positif de salaire ou de traitement effectué par **votre** administration ou par **votre** employeur,
- le décompte de rappel accompagnant le bulletin de paie, en cas de régularisation par **votre** administration ou **votre** employeur,
- le(ou les) ordre(s) de reversement,
- tout document (exemple : arrêté administratif) justifiant **votre** changement de situation et précisant les modalités de prise en charge par **votre** administration, employeur ou régime de prévoyance obligatoire ou facultatif.

**Le versement des indemnités est conditionné à la production des documents demandés.**

**Les certificats médicaux descriptifs sont à adresser sous pli confidentiel à l'attention du service médical.** Les frais d'établissement et d'envoi des certificats restent à la charge de l'**assuré**.

**Nous ne versons aucune indemnité si, de mauvaise foi, vous faites de fausses déclarations sur la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre, exagérez le montant des préjudices, dissimulez l'obtention d'indemnités versées par un autre assureur ou organisme de prévoyance obligatoire ou facultative, utilisez comme justificatif des moyens frauduleux ou des documents inexacts.**

**La preuve de la réticence ou du caractère intentionnellement faux des déclarations de l'adhérent nous incombe.**

### ■ 3.1.2 LES DOCUMENTS À NOUS COMMUNIQUER EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE OU EN CAS DE DÉCÈS

Pour pouvoir bénéficier de la prestation en cas de **perte totale et irréversible d'autonomie**, vous devez nous adresser les pièces suivantes sous pli confidentiel à l'attention du service médical :

- un certificat médical précisant la nature de la maladie ou des lésions à l'origine de la **perte totale et irréversible d'autonomie**, la date de la **première constatation médicale**, les causes et les circonstances de l'**accident**,
- une copie de la notification d'attribution d'une pension d'invalidité, si l'**assuré** bénéficie d'une telle pension,
- toute autre pièce nécessaire à la gestion du dossier demandée par l'**assureur**.

D'autre part, l'**assureur** se réserve la possibilité de demander toute justification nécessaire pour évaluer l'importance de la **perte totale et irréversible d'autonomie**.

À la demande et aux frais de l'**assureur**, l'**assuré** peut être amené à se soumettre à une expertise médicale. Lors de l'examen médical, l'**assuré** a la faculté de se faire assister par son médecin traitant ou tout autre médecin de son choix. En cas de refus de l'**assuré**, le paiement de la prestation est différé tant que persiste le refus. Pour obtenir le bénéfice du versement de la Garantie Décès, le(s) **bénéficiaire(s) désigné(s)** qui désire(nt) recevoir le montant du capital doit(vent) nous adresser les pièces suivantes :

- une copie d'acte de décès de l'**assuré**,
- une copie recto verso de la carte nationale d'identité ou une copie des 4 premières pages du passeport, en cours de validité, du (des) **bénéficiaire(s) désigné(s)**, à défaut un extrait d'acte de naissance avec mentions marginales.

S'il s'agit du conjoint : un extrait d'acte de naissance du défunt ou du conjoint avec mentions marginales,

- un certificat médical précisant la date et la cause du décès adressé à l'attention du service médical sous pli confidentiel,
- un extrait K bis ou tout autre document lorsque le(s) **bénéficiaire(s) désigné(s)** est une personne morale,
- les documents cités à l'article 806 du code général des impôts selon le régime fiscal applicable : le certificat délivré par le comptable des impôts et/ou l'attestation sur l'honneur dûment remplie par le(s) **bénéficiaire(s) désigné(s)**,
- un acte de notoriété délivré par le notaire lorsque le(s) **bénéficiaire(s) désigné(s)** ne sont pas désignés nominativement et dans d'autres cas particuliers,

- toute autre pièce nécessaire à la gestion du dossier demandée par l'**assureur**.

**Tant que le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) ne fournit(ssent) pas les pièces requises, le paiement de la prestation n'a pas lieu.**

**En présence de plusieurs bénéficiaires désignés, le règlement est effectué, soit à chacun d'eux pour leur part, soit contre quittance conjointe des intéressés, soit à l'un d'entre eux se portant fort pour le compte des autres contre quittance conjointe des intéressés.**

### 3.2 • LE DÉLAI DE RÈGLEMENT EN CAS DE DÉCÈS

Sous réserve de l'accomplissement, par le(s) **bénéficiaire(s) désigné(s)**, des formalités fiscales nécessaires au versement des capitaux et de la présentation des pièces justificatives décrites ci-dessus, le règlement est effectué **dans les 30 jours ouvrés suivant la réception de tous les justificatifs.**

Les sommes dues au(x) **bénéficiaire(s) désigné(s)** personnes physiques font l'objet d'une revalorisation à compter de la date du décès de l'**assuré** jusqu'à la réception par **nous** de la totalité des pièces nécessaires au paiement du capital dû au(x) **bénéficiaire(s) désigné(s)** ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt de

ce capital à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L 132-27-2 du Code des assurances. Cette revalorisation est calculée sur la base d'un taux déterminé pour chaque année civile et ne peut être inférieure à un taux fixé par décret en Conseil d'État.

Les sommes dues au titre du contrat qui ne font pas l'objet d'une demande de versement du capital sont déposées à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de 10 ans à compter de la date de prise de connaissance par l'**assureur** du décès de l'**assuré**, conformément à l'article L 132-27-2 du Code des assurances.

### 3.3 • LES EXPERTISES MÉDICALES

Le règlement des prestations est effectué après avoir obtenu l'avis de **notre service médical** sur les documents que l'**assuré nous** a transmis (**voir conditions aux articles 3.1 et suivants**), et, le cas échéant, après expertise médicale.

L'**assureur** se réserve à tout moment la possibilité d'exiger toutes autres pièces justificatives pour que l'**assuré** puisse le cas échéant continuer à percevoir les prestations.

**Nous nous** réservons le droit de faire

contrôler **votre** état de santé par **notre** service médical.

Afin de juger de l'ouverture, du maintien ou de la suspension des droits à prestations pour les garanties autres que le décès, l'**assuré** doit se soumettre aux visites médicales ou contrôles que **nous** estimons nécessaires ; à défaut, **notre** garantie ne s'appliquerait pas. Lors de l'examen médical, l'**assuré** a la faculté de se faire assister par son médecin traitant ou tout autre médecin de son choix.

En cas d'avis défavorable de **notre** service médical sur l'acquisition ou le maintien du droit à prestations, le versement des indemnités est refusé ou suspendu.

En cas de désaccord d'ordre médical, étayé par un certificat médical motivé, le litige sera réglé par voie d'arbitrage médical, l'expert arbitre étant choisi d'un commun accord sur la liste des médecins experts en matière de dommage corporel, établie par la Fédération Française des Associations des Médecins Conseils Experts (FFAMCE) ou sur la liste des médecins experts judiciaires.

Les frais et honoraires de ce dernier sont supportés, à charge égale, par **vous** et par **nous**.

### **Chaque partie se fera assister à ses frais par son propre expert.**

En l'absence d'accord sur un nom de médecin, le litige sera confié au Président du Tribunal Judiciaire territorialement compétent. Le Président du Tribunal Judiciaire est saisi à **nos** frais, par requête signée des deux parties ou d'une partie seulement, l'autre ayant été informée par lettre recommandée.

Le Président du Tribunal Judiciaire désignera un expert figurant sur l'annuaire des médecins adhérents à la FFAMCE.

### **Chaque partie prendra en charge les frais de son expert et la moitié des frais de l'expert arbitre.**

## **3.4 • LES ADRESSES DE CORRESPONDANCE**

Les documents relatifs à **votre** demande de prise en charge doivent être envoyés aux adresses suivantes :

### **Pour les Garanties Incapacité Temporaire de Travail et Invalidité Permanente :**

GMF  
Prestations Prévoyance  
TSA 27252  
79060 Niort cedex 9

### **Pour les Garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et Décès :**

GMF Vie  
Service Clients Vie/Contrat Atout Prev  
1 rue Raoul Dautry  
CS 40003  
95122 Ermont cedex



4



**LA VIE DU CONTRAT**



## 4.1 • LA PRISE D'EFFET DES GARANTIES

**Vos** garanties prennent effet à compter de la date indiquée sur **vos** Conditions Particulières.

**Si vos Conditions Particulières le prévoient, un délai d'attente de 6 mois s'applique sur les garanties concernées à compter de la date de prise d'effet du contrat.**

Seuls les **sinistres** survenus après ce **délai d'attente** peuvent donner lieu à indemnisation.

**Toutefois, ce délai d'attente n'est pas appliqué :**

- en cas d'**accident** postérieur à la souscription,
- si **vous justifiez lors de l'adhésion** d'une précédente assurance couvrant les **arrêts de travail** et l'invalidité, résiliée depuis moins de 3 mois.



## 4.2 • LE DÉLAI DE RENONCIATION AU CONTRAT SOUSCRIT DANS LE CADRE D'UN DÉMARCHAGE

**Délai de renonciation au contrat souscrit dans le cadre d'un démarchage au domicile ou sur le lieu de travail (article L 112-9 du Code des assurances) :**

Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs, ni à supporter de pénalités.

**Cette disposition n'est pas applicable, si pendant ce délai de 14 jours, vous avez mis en jeu ou eu connaissance d'un sinistre mettant en jeu le contrat.**

**Il vous suffit d'envoyer votre lettre de renonciation en recommandé ou envoi recommandé électronique avec accusé de réception à GMF – "service renonciation" 45930 Orléans cedex 09, selon le modèle ci-dessous.**

*"Je soussigné(e) (nom, prénom, adresse complète) désire renoncer au contrat souscrit dans le cadre d'un démarchage (nom du contrat, numéro de contrat, date de souscription).*

*Date et signature".*

**Vos** garanties cesseront à compter de la réception de **votre** lettre de renonciation et **vous** serez remboursé dans les 30 jours des sommes déjà versées, excepté celles correspondant à la période de garantie déjà écoulee.

## 4.3 • LES MODIFICATIONS DE GARANTIES

Les montants de **vos** garanties sont déterminés à la souscription par **vos** déclarations, sur la base de **votre** traitement indiciaire brut si **vous** êtes **fonctionnaire** ou de **votre** salaire mensuel brut si **vous** êtes **salaré**.

**Vous** pouvez toutefois faire évoluer **vos** garanties, à la hausse comme à la baisse, et modifier le montant garanti à tout moment en cas de changement de **votre** situation professionnelle. La modification prend effet le jour de **votre** demande, sous réserve du respect **d'un délai au moins égal à 12 mois** depuis la souscription des garanties ou de la

précédente modification en l'absence de modification de votre situation professionnelle.

La modification est effectuée sans application d'un nouveau **délai d'attente**.

Les modifications à la hausse de **vos** formules, garanties ou option s'effectuent **sous réserve de notre acceptation après, le cas échéant, analyse par notre service médical**.

**Il n'est pas possible de modifier les garanties si vous êtes en arrêt de travail, total ou partiel au moment de votre demande.**

## 4.4 • L'ÉVOLUTION DE VOS GARANTIES ET DE VOTRE COTISATION

### ■ 4.4.1 LES CRITÈRES TARIFAIRES

**Les critères tarifaires retenus pour le calcul de votre cotisation sont :**

- la formule de garantie choisie,
- le montant des garanties et la présence d'options et **franchises**,
- **votre** âge,
- les réponses apportées au questionnaire médical lors de l'adhésion ou en cas d'avenant,
- **votre** profession,
- **votre** statut,
- **votre** catégorie d'emploi,
- **votre** lieu de résidence.

**En cas d'évolution de l'un de ces critères en cours de contrat, votre cotisation peut être amenée à évoluer à la date de sa prise en compte par l'assureur, à l'exclusion de l'évolution de votre état de santé hors les cas de demandes d'avenant.**

À chaque **échéance principale**, **votre** cotisation évolue automatiquement en fonction de **votre** âge.

En outre, elle peut évoluer du fait des résultats techniques pour l'ensemble des **adhérents** au contrat collectif, relevant des mêmes catégories et critères tarifaires.

**Si vous refusez cette augmentation, vous** pouvez demander la résiliation de **votre** contrat dès la connaissance de la modification et au plus tard **dans les 30 jours** suivant l'**échéance principale** de **votre** contrat.

### ■ 4.4.2 L'INDEXATION

Les montants garantis et la cotisation correspondante sont modifiés à chaque **échéance principale** proportionnellement à la variation constatée entre la valeur de l'indice contractuel figurant sur **vos** Conditions Particulières et celle indiquée sur l'avis d'échéance annuel.

• **Pour les assurés fonctionnaires :**

L'indice contractuel évolue chaque année au 1<sup>er</sup> avril sur la base de l'évolution du point d'indice du traitement des **fonctionnaires** de l'état du 1<sup>er</sup> janvier de cette même année.

• **Pour les assurés salariés :**

L'indice contractuel évolue chaque année au 1<sup>er</sup> avril sur la base de l'évolution du plafond annuel de Sécurité sociale du 1<sup>er</sup> janvier de cette même année.

Dans le cas où ces indices viendraient à disparaître, il leur serait substitué les indices officiels de remplacement.

■ **4.4.3 LA RÉVISION DU TARIF ET DES GARANTIES**

**Nous** pouvons être amenés, en fonction de circonstances techniques ou économiques ou en fonction de modifications législatives ou réglementaires de nature fiscale ou sociale, à modifier le tarif de référence, les montants ou les conditions de garantie.

Ces nouveaux tarifs, montants ou conditions de garantie ne pourront prendre effet qu'à compter de la 1<sup>ère</sup> **échéance principale** suivant cette modification.

**Nous nous** engageons à **vous** en aviser préalablement par écrit au minimum 3 mois avant son entrée en vigueur.

**Si vous refusez cette révision, vous** pouvez demander la résiliation de **votre** adhésion par déclaration auprès de nos conseillers (en agence ou téléphone) ou par lettre ou support durable (messagerie sécurisée au sein de **votre** espace client sur gmf.fr ou messagerie sécurisée sur l'Application "GMF Mobile", mail) dès la connaissance de la modification et au plus tard **dans les 30 jours** suivant l'**échéance principale** de **votre** contrat.

**La résiliation** prend effet **un mois** après **votre** notification de résiliation.

Jusqu'à la date de la résiliation, **vous** bénéficiez des conditions d'assurance antérieures à la modification.

La portion de cotisation calculée sur les bases du tarif précédent, au prorata du temps écoulé entre la dernière échéance et la date d'effet de la résiliation, reste exigible.

À défaut de résiliation, la modification est considérée comme acceptée par **vous** et prend effet à compter de la date portée sur le document **vous** la notifiant.

**4.5 • VOS DÉCLARATIONS ET LEURS CONSÉQUENCES**

■ **4.5.1 À LA SOUSCRIPTION**

Le contrat est établi sur la base de **vos** déclarations, de **vos** réponses aux questions qui **vous** ont été posées, de l'expression de **vos** besoins, du conseil qui **vous** a été donné à travers les offres disponibles et de **vos** choix. La cotisation est déterminée en conséquence.

**Vous** devez donc répondre avec exactitude et sincérité à toutes les questions

que **nous vous** posons, pour **nous** permettre d'apprécier le risque que **nous** prenons en charge.

Lors de la souscription, **vous** pouvez librement choisir le ou les **bénéficiaire(s) désigné(s)** qui percevront les prestations garanties par le contrat à **votre** décès. En l'absence de bénéficiaire déterminé, le capital versé en cas de décès intégrera votre succession.

#### ■ 4.5.2 EN COURS DE CONTRAT

**Vous** êtes tenu de **nous** informer, **dans les 15 jours** où **vous** en avez eu connaissance, de tout événement pouvant modifier **votre** situation, familiale, professionnelle ou **votre** rémunération.

Au cas où une modification aggraverait le risque **nous** pouvons :

- soit résilier **votre** adhésion : cette résiliation prend effet 10 jours après sa notification et le prorata de cotisation non couru **vous** est remboursé,
- soit **vous** proposer un nouveau montant de cotisations : si **vous** ne donnez pas suite à la proposition ou si **vous** refusez expressément les nouvelles conditions tarifaires dans un délai de 30 jours à compter de la proposition, **nous** pouvons résilier le contrat au terme de ce délai et le prorata de cotisation non couru **vous** est remboursé.

Au cas où une modification diminuerait le risque, **vous** avez droit à une diminution du montant de **votre** cotisation. À défaut, **vous** pouvez résilier le contrat. Cette résiliation prend effet 30 jours après sa notification et le prorata de cotisation non couru **vous** est remboursé.

En cours d'adhésion, **vous** avez la faculté de modifier la clause bénéficiaire de votre contrat en cas de décès si elle n'est plus appropriée.

Toutefois, la clause bénéficiaire est irrévocable en cas d'acceptation par le **bénéficiaire désigné**.

**Toute réticence ou déclaration intentionnellement fausse, toute omission ou déclaration inexacte de l'assuré, à la souscription ou en cours de contrat, lorsqu'elle change l'objet du risque ou en diminue notre opinion, même si elle a été sans influence sur le règlement des prestations, entraîne la nullité du présent contrat, conformément aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances.**

**Si cette réticence, fausse déclaration, omission ou inexactitude n'est pas volontaire, elle entraîne lors de sa constatation :**

- **avant tout sinistre, le droit pour nous, soit de maintenir votre contrat moyennant une augmentation de cotisation acceptée par vous, soit de résilier votre contrat par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec un préavis de 10 jours**
- **après sinistre, une réduction de l'indemnisation du sinistre, en proportion des cotisations payées par rapport à celles qui auraient été dues lors de la souscription du contrat ou au jour de l'aggravation du risque, si les risques avaient été totalement et complètement déclarés.**

**La preuve de la réticence ou du caractère intentionnellement faux des déclarations de l'adhérent nous incombe.**

## 4.6 • LA COMPENSATION

Toutes obligations réciproques, présentes ou futures, entre les parties au présent contrat

s'éteignent par compensation conformément aux articles 1347 et suivants du Code Civil.

## 4.7 • LE CUMUL D'ASSURANCES

**Vous** devez **nous** informer des noms et adresses des autres assureurs auprès desquels une assurance a été souscrite pour le même risque. En cas de **sinistre**, **l'assuré** peut s'adresser à l'assureur de son choix pour obtenir l'indemnisation de sa perte de revenu.

Du fait du principe indemnitaire, les prestations de même nature servies au titre d'un même

**sinistre** pour le même risque doivent être déclarées à **l'assureur** qui en tiendra compte lors du règlement d'un **sinistre** garanti.

**Quand différentes assurances pour le même risque sont contractées de manière dolosive ou frauduleuse, la nullité du contrat peut être prononcée et des dommages et intérêts peuvent être demandés.**

## 4.8 • LE PAIEMENT DE VOTRE COTISATION ET LES CONSÉQUENCES DU NON-PAIEMENT

Le montant de **votre** cotisation **vous** est communiqué lors de chaque **échéance principale**, sur **votre** avis d'échéance annuelle. Elle est payable annuellement et d'avance sauf mention contraire sur **vos** Conditions Particulières et sur l'avis d'échéance annuelle. Si **vous** ne payez pas **votre** cotisation ou une fraction de cotisation réclamée dans les 10 jours suivant son échéance, **nous** pouvons **vous** envoyer par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique une mise en demeure adressée à **votre** dernier domicile déclaré. Celle-ci entraîne la suspension des garanties 30 jours plus tard.

À défaut de règlement dans les 40 jours qui suivent l'envoi de cette mise en demeure,

**votre** adhésion sera résiliée et **vous** serez exclu du contrat collectif. **Vous** perdrez de ce fait **votre** qualité d'**adhérent** à l'A.S.P.D.S.P et tous droits à indemnités pour les **sinistres** postérieurs à la date de suspension du contrat. La suspension de la garantie ou la résiliation pour non-paiement de la cotisation ne **vous** dispense pas de l'obligation de payer les cotisations émises.

**En cas de résiliation, nous conservons, à titre d'indemnité, la part de cotisation relative à la période comprise entre le jour de la résiliation et celui de la prochaine échéance.**

Toutefois, cette part de cotisation ne peut être supérieure à 6 mois de cotisation.

## 4.9 • LA DURÉE ET LA RÉSILIATION DU CONTRAT

**Votre** contrat est conclu pour une durée d'**un an**. Il est reconduit automatiquement d'année en année à chaque **échéance principale** par tacite reconduction, sauf résiliation par **vous** ou par **nous** dans les cas indiqués dans les tableaux ci-après, et dans les formes suivantes :

- **lorsque vous résiliez le contrat, vous** devez **nous** le notifier par déclaration au-

près de nos conseillers (en agence ou téléphone) ou par lettre ou support durable (messagerie sécurisée au sein de **votre** espace client sur gmf.fr ou messagerie sécurisée sur l'Application "GMF Mobile", mail).

- **lorsque nous résilions le contrat, nous** **vous** adressons la notification par lettre recommandée à **votre** dernier domicile déclaré.

- **lorsque le contrat est résilié à l'échéance**, la date prise en compte pour apprécier le respect du délai de préavis est celle de **votre** demande (date du récépissé délivré par l'Agence GMF, date de l'appel téléphonique, date du recommandé, cachet de la poste de la lettre simple, date du mail ou du message).

Dans les cas de résiliation au cours d'une période d'assurance, la portion de cotisation déjà payée et relative à la période postérieure à la résiliation **vous** est remboursée, sauf en cas de non-paiement de la cotisation.

RÉSILIATION PAR VOUS		
MOTIFS DE RÉSILIATION	DÉLAI D'ENVOI DE LA NOTIFICATION DE RÉSILIATION	PRISE D'EFFET
Faculté annuelle de résiliation du contrat	Au plus tard 2 mois avant l'échéance principale	Au jour de l'échéance principale à zéro heure
Diminution du risque si nous refusons de réduire le montant de la cotisation en conséquence	Dès que vous avez connaissance de notre refus de réduire la cotisation	1 mois après votre notification de résiliation
Augmentation du tarif ou modifications des garanties	Dès que vous avez connaissance de la modification et au plus tard dans les 30 jours suivant l'échéance principale du contrat	1 mois après votre notification de résiliation
Résiliation par nous d'un autre de vos contrats après sinistre	Dans le mois qui suit l'envoi de la lettre de résiliation du contrat sinistré	1 mois après votre notification de résiliation

RÉSILIATION PAR NOUS		
MOTIFS DE RÉSILIATION	DÉLAI D'ENVOI DE LA LETTRE RECOMMANDÉE	PRISE D'EFFET
Non-paiement de votre cotisation ou d'une fraction de cotisation	Envoi d'une lettre de mise en demeure au plus tôt 10 jours après l'échéance	Les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure et nous pouvons résilier le contrat 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours précité
Omission, inexactitude, déclaration intentionnellement fautive ou fraude de l'assuré	Envoi d'une lettre motivée dès que nous en avons connaissance	Résiliation 10 jours après l'envoi de la lettre recommandée
Faculté annuelle de résiliation au cours des 2 premières années d'assurance	Envoi d'une lettre motivée 2 mois avant l'échéance principale	Résiliation à l'échéance principale

RÉSILIATION DE PLEIN DROIT	
MOTIFS DE RÉSILIATION	PRISE D'EFFET
Retrait total de notre agrément	Le 40 <sup>ème</sup> jour à 12 heures après la publication au Journal Officiel de l'arrêté prononçant le retrait
Atteinte de l'âge de 70 ans par l'assuré	À l'échéance principale qui suit le 70 <sup>e</sup> anniversaire de l'assuré
Décès de l'assuré	Le jour du décès de l'assuré
Départ à la retraite de l'assuré	Le jour du départ en retraite de l'assuré
Changement de situation professionnelle ou personnelle entraînant la perte d'une des conditions d'éligibilité (cf. article 1.3)	Le jour du changement effectif de situation

## 4.10 • LA SUBROGATION

Il s'agit du droit de **nous** substituer à **vous** pour récupérer, auprès d'un tiers responsable, les sommes que **nous** avons payées au titre d'une ou des garanties du présent contrat.

## 4.11 • LA PRESCRIPTION

Il s'agit du délai au-delà duquel aucune réclamation ou demande de prise en charge ne peut plus être présentée.

Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans à dater de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque, qu'à compter du jour où **nous** en avons eu connaissance,
- en cas de **sinistre**, qu'à compter 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, qu'à compter du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'**assuré** ou a été indemnisé par ce dernier.

Le délai de prescription est porté à 10 ans pour les garanties décès lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'**assuré** décédé.

La prescription peut être interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de celle-ci :

- citation en justice, même en référé,
- actes d'exécution forcée à l'encontre de celui que l'on veut empêcher de prescrire,

- reconnaissance du droit de celui contre lequel la prescription devrait jouer, ainsi que dans les cas ci-après :

- désignation d'expert à la suite d'un **sinistre**,  
- envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception :

. de **vous** ou de **votre** ou de **vos bénéficiaire(s) désigné(s)** à **nous** pour le règlement de l'indemnité après **sinistre**,

. de **nous** à **vous** pour l'action en paiement de la cotisation.

L'interruption fait courir un nouveau délai de 2 ans.

La prescription peut aussi être suspendue par la mise en œuvre des procédures de médiation prévues au présent contrat ou par la conclusion d'une convention de procédure participative prévue à l'article 2062 et suivants du Code Civil.

## 4.12 • LA RÉCLAMATION/LA MÉDIATION

### Une question, une réclamation ?

Rapprochez-**vous** de **votre** conseiller habituel, il est à **votre** service pour étudier avec **vous votre** situation.

Si **votre** réclamation est formulée à l'oral et que **vous** n'obtenez pas entière satisfaction, **vous** serez invité à la formaliser sur un support écrit en particulier :

- via la rubrique messagerie de **votre** espace GMF : (<https://espace-assure.gmf.fr/pointentree/client/messagerie>),
- ou par courrier à l'adresse postale : GMF - Réclamations, 148 rue Anatole France - 92597 Levallois-Perret cedex.

**Vous** recevrez un accusé de réception sous 10 jours ouvrables maximum à compter de l'envoi de **votre** réclamation écrite sauf si une réponse **vous** a été apportée dans ce délai.

**Nous nous** engageons à **vous** apporter une réponse écrite dans un délai maximum de 2 mois à compter de l'envoi de **votre** réclamation écrite.

En tout état de cause, 2 mois après l'envoi de **votre** première réclamation écrite, que **nous** y ayons ou non répondu, **vous** avez la possibilité de saisir **gratuitement le Médiateur de l'assurance** :

- directement sur le site internet : [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org)
- ou par courrier à l'adresse suivante : La Médiation de l'Assurance, TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09.

**Vous** disposez d'un délai d'un an à compter de **votre** réclamation écrite pour saisir le Médiateur de l'assurance.

Dans tous les cas, **vous** conservez la faculté de saisir le tribunal compétent.

