

ACCORD SUR LA GARANTIE DEPENDANCE AU SEIN DU GROUPE AXA EN FRANCE

Entre les entreprises visées dans le champ d'application du présent accord, représentées par Monsieur Serge MORELLI, agissant en qualité de mandataire unique des entreprises concernées,

d'une part

et les organisations syndicales représentatives signataires

d'autre part,

il est convenu des dispositions suivantes

P R E A M B U L E

Les parties à l'accord ont souhaité que l'ensemble des collaborateurs des entreprises de la R.S.G. puisse bénéficier d'une couverture dépendance composée de garanties d'assurance en cas de dépendance et de garanties d'assistance régie par trois dispositifs répondant aux situations décrites au présent accord.

Ces nouvelles garanties constituent une véritable couverture en cas de Dépendance établie au niveau du Groupe et caractérisent une solidarité entre les entreprises et entre les salariés des entreprises.

En conséquence, sous réserve des dispositions contenues dans le présent accord, chaque salarié des entreprises concernées est obligatoirement bénéficiaire des garanties et participe, également à titre obligatoire, à leur financement.

Handwritten signatures and initials: NG, CB, B, K, 1, AA, 7M, S.

SOMMAIRE

TITRE I - DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 - Champ d'application de l'accord

Article 2 - Objet de l'accord

Article 3 - Opposabilité du régime

Article 4 - Entrée en vigueur de l'accord

Article 5 - Révision de l'accord

Article 6 - Dénonciation de l'accord

Article 7 - Gestion des engagements

Article 8 - Commission Nationale de Suivi

TITRE II - LA GARANTIE OBLIGATOIRE : DEPENDANCE EN ACQUISITION COLLECTIVE AVEC AIDE AUX AIDANTS

Article 9 - Bénéficiaires

Article 10 - Nature et montant de la garantie

Article 11 - Cessation et maintien de la couverture

Article 12 - Cotisations

TITRE III - POURSUITE FACULTATIVE DE LA GARANTIE COLLECTIVE

Article 13 - Principe

Article 14 - Modalités d'adhésion au régime de Dépendance facultatif

Article 15 - Cotisation

Article 16 - Cessation de l'adhésion

Article 17 - Mise en réduction des droits

m
CB
na
AA
744

TITRE IV - REGIME DE DEPENDANCE FACULTATIF

Article 18 - Bénéficiaires

Article 19 - Formules et classes de garantie

Article 20 - Formalités d'adhésion

Article 21 - Mise en œuvre de la couverture

TITRE V - ADMINISTRATION GENERALE DE L'ACCORD

Article 22 - Mise en œuvre

Article 23 - Durée, effet, révision de l'accord

Article 24 - Publicité

ANNEXE 1 - DEFINITION DE LA DEPENDANCE


GB
NA
1/3
3 AA
 944

TITRE I – DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 - Champ d'application de l'accord

Le présent accord à vocation à s'appliquer à l'ensemble des entreprises du périmètre de la Représentation Syndicale de Groupe, conformément aux accords du 6 février 1998 relatif à l'organisation sociale du Groupe AXA en France et du 13 décembre 2006 concernant la Représentation Syndicale du Groupe AXA en France et de son avenant du 14 novembre 2008.

Toutes les entreprises comprises dans le champ d'application visé ci-dessus ont vocation à bénéficier de la couverture dépendance dès lors qu'elles auront adhéré au présent accord, par la conclusion d'un accord d'entreprise, après consultation des institutions représentatives du personnel.

Toutefois, pour le périmètre d'AXA Caraïbes, il sera préalablement étudié les adaptations nécessaires à une mise en œuvre locale de la partie assistance de la garantie.

Article 2 - Objet de l'accord

L'objet du présent accord est d'instituer au bénéfice des salariés des sociétés visées à l'article premier du présent accord et à leurs ayant droits tels que définis ci après, une couverture dépendance obligatoire composée de garanties d'assurance en cas de dépendance et de garanties d'assistance.

Ces garanties obligatoires – ci-dessous dénommées « Dépendance en acquisition collective avec Aide aux aidants » - concernent :

- le versement d'une rente en cas de dépendance totale du salarié bénéficiaire,
- des prestations d'assistance, notamment en cas de dépendance partielle ou totale d'un bénéficiaire, salarié ou ayant droit.

Au-delà du dispositif obligatoire (titre II), le présent accord institue des dispositifs supplémentaires facultatifs répondant aux situations suivantes :

- Le salarié a quitté l'entreprise et souhaite poursuivre pour lui-même la garantie rente dont il bénéficiait pendant son activité : c'est le dispositif à adhésion facultative décrit ci-après (titre III) sous la dénomination « **Poursuite facultative de la garantie collective** ».
- Le salarié souhaite compléter sa couverture déjà acquise dans le cadre du dispositif « Dépendance en acquisition collective avec Aide aux Aidants » ou souhaite que ses proches (conjoint, parents) puissent souscrire une couverture dépendance: c'est le dispositif décrit ci-après (titre IV) sous la dénomination « **Régime Dépendance Facultatif** ».

Chacun des trois dispositifs met en œuvre des garanties d'assurance et/ou d'assistance couvrant selon le cas, la dépendance totale ou la dépendance totale et partielle.

Les définitions de la dépendance communes aux trois dispositifs et auxquelles il convient de se référer pour l'application du présent accord, figurent dans l'annexe 1.

Les définitions des garanties d'assurance et d'assistance et leurs conditions d'application sont décrits dans le projet de contrat qui fait l'objet de l'annexe 2 pour le contrat « Dépendance en acquisition collective avec Aide aux aidants », et dans les annexes 3 et 4 pour les adhésions facultatives, lesquelles font partie intégrante du présent accord.

Article 3 - Opposabilité du régime

La présente couverture obligatoire s'impose à tous les salariés des entreprises adhérentes en ce qui concerne tant la définition des garanties que les conditions de leur financement.

La définition des garanties résulte du présent accord ainsi que de toutes les annexes qui pourront être négociées ultérieurement ou des adaptations réalisées dans les conditions visées à l'article 5 du présent accord.

L'ensemble de ce dispositif forme un tout, globalement indissociable, conformément à l'intention des parties signataires.

Les parties signataires ne méconnaissent pas les débats relatifs au risque Dépendance en cours au niveau national. Dès lors, elles resteront attentives à la cohérence et à l'équilibre global entre les garanties définies par le présent accord et les évolutions réglementaires.

Les adhérents peuvent compléter ces garanties par une adhésion aux dispositifs facultatifs prévus aux Titres III et IV du présent accord.

Article 4 - Entrée en vigueur de l'accord

Le présent accord prend effet dans chaque entreprise à la date d'entrée en vigueur de l'accord d'adhésion qui y sera conclu, pour une durée indéterminée.

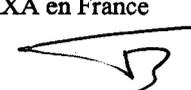
Article 5 - Révision de l'accord

A la demande de l'une des parties signataires, le présent accord collectif pourra faire l'objet d'une révision. Dans cette hypothèse, l'(les) organisation(s) syndicale(s) signataire(s) de l'accord initial qui demande(nt) la révision de l'accord devra(ont) le faire par lettre recommandée avec accusé de réception aux autres signataires ; cette question sera alors inscrite à l'ordre du jour d'une réunion paritaire qui sera organisée sur l'initiative de l'employeur, dans le mois suivant la réception.

La procédure est identique si le souhait de la révision vient de l'employeur.

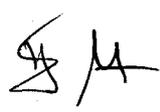
Lors de cette réunion, les parties décideront de l'opportunité ou non de conclure un avenant de révision au présent accord, cette révision pouvant affecter l'une quelconque de ses dispositions.

Les parties signataires conviennent que les conditions de révision du présent accord ainsi que le droit d'opposition qui peut éventuellement naître sont régis par les dispositions du code du travail, notamment les articles L.2222-5 et L.2261-7 et 8.


7411





Article 6 - Dénonciation de l'accord

6.1 Le présent accord collectif peut être dénoncé par l'une ou l'autre des parties signataires. La dénonciation notifiée à chacun des signataires par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard le 30 septembre de chaque exercice prend effet le 31 décembre du dit exercice.

La dénonciation ne peut porter que sur l'ensemble de l'accord et de ses annexes, aucune dénonciation partielle ne pouvant être admise le présent régime formant un tout indissociable.

Durant la période qui sépare la date effective de dénonciation et le 31 décembre de l'exercice en question, les signataires se réuniront aux fins d'envisager des suites à donner à cette dénonciation.

A défaut de nouvel accord conclu entre les signataires originaux, le présent accord conservera alors tous ses effets durant les 12 mois suivant la date d'effet de la dénonciation ou de la remise en cause.

6.2 Le présent accord peut être remis en cause en cas de modification substantielle de périmètre du Groupe, conformément aux dispositions prévues à l'article L.2261-14 du code du travail.

Notamment au cas où une entreprise sort du champ d'application défini à l'article 1, l'accord d'adhésion qu'elle a éventuellement conclu est remis en cause emportant ipso facto remise en cause du présent accord à son seul égard. Dans ce cas, conformément aux dispositions des articles L. 2222-6, L. 2261-9 et L. 2261-10 du code du travail l'accord d'adhésion continue à s'appliquer à compter de la date de sortie du champ d'application pendant le préavis de trois mois et la durée de survie de 12 mois sauf conclusion d'un accord de substitution.

Article 7 - Gestion des engagements

7.1 Cadre des garanties

Les garanties complémentaires obligatoires sont instituées dans le cadre d'un contrat d'assurance collective auquel chaque société affiliée devra souscrire par avenant d'adhésion.

Ce contrat est joint en annexe 2 au présent accord. Il a pour objet notamment de définir, au plan technique, les garanties attribuées et les modalités de service des prestations. Leurs dispositions en ce qu'elles visent les adhérents, ont une nature conventionnelle. Elles s'imposent aux adhérents dans les mêmes conditions que les dispositions du présent accord.

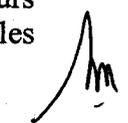
7.2 Principes de gestion

Les sociétés d'assurance auprès desquelles est souscrit le contrat d'assurance collectif à adhésion obligatoire établiront pour chaque exercice un compte de résultats techniques, permettant d'analyser l'utilisation des garanties de ce contrat.

Ce compte établira une présentation consolidée au niveau des entreprises affiliées.

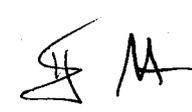
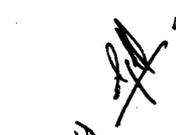


7600



CB

26



Les résultats sont établis tous les ans avant le 30 juin de l'année suivante et présentés avant le 31 octobre :

- à la R.S.G., après avis de la Commission de Suivi,
- aux CE/CCE des entreprises adhérentes.

Au cas où le compte de résultats techniques consolidé annuel ferait apparaître un excédent, ce dernier serait affecté à une réserve selon les dispositions contractuelles.

Au cas où le compte de résultats techniques annuel ferait apparaître un déficit, celui-ci serait compensé par un prélèvement sur la réserve selon les dispositions contractuelles. Si les réserves s'avèrent insuffisantes, il serait alors recherché dans les conditions visées à l'article 8 du présent accord, les moyens de rétablir l'équilibre du régime.

Pour les deux dispositifs à adhésion facultative, la mutualisation des résultats techniques et financiers sera effectuée sans solidarité avec le contrat à adhésion obligatoire, mais avec les autres risques de même nature garantis par les assureurs dans le but de permettre à des salariés couverts collectivement, la poursuite facultative de leur garantie collective d'une part et d'offrir une couverture supplémentaire par la mise à disposition d'un Régime Dépendance Facultatif d'autre part.

7.3 Information des salariés

Chaque salarié recevra une notice résumant les garanties et les obligations liées au régime obligatoire mis en place par signature du présent accord collectif. Cette notice sera rédigée par les sociétés d'assurance et remis par l'employeur à chaque bénéficiaire dans le mois suivant la date d'entrée en vigueur de la garantie et concomitamment à l'embauche.

La notice sera disponible auprès de l'Administration du Personnel et consultable sur Intranet.

Toute actualisation de la notice justifiée par une modification des garanties sera communiquée dans les mêmes conditions aux salariés concernés.

De même, les informations concernant les modalités d'adhésion aux deux dispositifs à adhésion facultative seront disponibles auprès de l'Administration du Personnel et consultables sur Intranet.

Article 8 - Commission Nationale de Suivi

8.1 Membres de la commission – convocation

Une commission de suivi de l'accord est mise en place, elle est composée :

- d'un représentant de la Direction accompagné d'experts,
- de représentants des organisations syndicales représentatives signataires :
 - le C.S.N. ou le C.S.N.A. des organisations syndicales représentatives signataires,
 - 9 membres de la R.S.G. désignés par les CSN, répartis entre les organisations syndicales précitées, en fonction des voix valablement exprimées au 1er tour

[Signature]

7/11

[Handwritten notes and signatures on the right margin, including 'M', 'CB', 'Nu', 'SA', '14', and '14']

des dernières élections des Comités d'Entreprise ou des Comités d'Etablissement ou à défaut des Délégués du Personnel des entreprises du périmètre de la R.S.G., avec application du système de répartition proportionnelle au plus fort reste.

Elle se réunit à la demande de la Direction chaque fois que celle-ci ou l'assureur envisage d'apporter des modifications aux garanties ou à leur financement ou à la demande d'au-moins deux organisations syndicales.

La Commission est convoquée au minimum une fois par an pour l'examen des comptes et le suivi de l'accord.

8.2 Rôle de la Commission

- La Commission examine les résultats techniques et financiers du régime, son fonctionnement général, les modalités de sa gestion administrative, l'évolution du contexte social et d'une façon générale, tout ce qui a trait à l'environnement des dites garanties.

La Direction remet les documents justificatifs lorsqu'elle-même ou l'assureur souhaite apporter des modifications aux garanties et/ou aux taux de cotisation.

La Commission émet un avis motivé écrit, cet avis étant communiqué à la R.S.G. et aux CE/CCE des entreprises adhérentes.

- Elle est consultée si à la suite de litiges entre les adhérents et / ou leurs ayants-droits et l'assureur, aucune entente n'est intervenue.
- Elle examine par ailleurs, les évolutions techniques et financières décidées dans le cadre de la gestion des adhésions facultatives de manière à permettre leur mise en perspective lors de l'analyse des résultats du contrat obligatoire.

TITRE II – LA GARANTIE OBLIGATOIRE : DEPENDANCE EN ACQUISITION COLLECTIVE AVEC AIDE AUX AIDANTS

Article 9 – Bénéficiaires

Sont bénéficiaires du dispositif à adhésion obligatoire décrit ci-après sous la dénomination « Dépendance en acquisition collective avec Aide aux Aidants » :

- les salariés des entreprises adhérentes au présent accord, dont le contrat de travail n'est pas suspendu, sauf suspension avec indemnisation par l'employeur ou le régime de Sécurité Sociale.

Les salariés sous contrat à durée déterminée et les travailleurs saisonniers, ainsi que les salariés à employeurs multiples peuvent demander à être dispensés d'affiliation au contrat

Handwritten signatures and initials:
A
OS
AK
AK
A
746

obligatoire. Si la durée du contrat de travail est supérieure à douze mois, le salarié doit justifier d'une couverture souscrite par ailleurs.

La qualité de bénéficiaire est acquise au plus tôt à la prise d'effet de la couverture, sauf pour les salariés bénéficiaires de la majoration pour tierce personne au titre d'une rente attribuée par la Sécurité sociale à la date d'effet de la couverture, qui acquièrent la qualité de bénéficiaire à la date de reprise du travail.

- les ayants droit, définis comme étant le père ou la mère du salarié, (parents légitimes ou adoptifs)
La qualité de bénéficiaire leur est acquise dès que le salarié est lui-même bénéficiaire.

Toutefois, les ayant droit dont la dépendance est survenue antérieurement à la date à laquelle le salarié devient lui-même bénéficiaire, sont exclus de l'assurance.

Article 10 – Nature et montant de la garantie

10.1 Rente en cas de dépendance totale du salarié bénéficiaire

Une rente viagère est servie au salarié, à l'issue d'une période de 90 jours après ouverture du droit à prestations et tant que dure l'état de dépendance totale, selon les dispositions de l'annexe 1 - Définitions de la dépendance.

- **Détermination du montant de la rente à l'ouverture des droits**

Pour l'année civile de la prise d'effet de l'accord, le montant annuel de la rente garantie est fixé à 4 800 €. Son montant est revalorisé selon les dispositions figurant dans l'annexe 1 – Définitions de la dépendance.

- **Revalorisation de la rente en cours de service**

Le montant de la rente en cours de service est revalorisé, en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'ARRCO entre la date de prise d'effet de la rente et la date d'échéance de l'arrérage. Cette revalorisation s'effectue sous réserve des disponibilités de la réserve contractuelle.

10.2 Garanties d'assistance.

Les garanties d'assistance ont pour but d'apporter des réponses pratiques et progressives aux salariés qui sont confrontés aux différents problèmes liés à la dépendance. Le salarié est confronté soit à sa propre situation de dépendance, soit à celle de son père ou de sa mère ayant droit bénéficiaire : dans ce dernier cas, il est qualifié d'aidant, agissant pour le compte de son ayant droit bénéficiaire en situation de dépendance.

Pour chacune des garanties accordées, la modalité de la demande d'assistance, le bénéficiaire de la prestation délivrée, il convient de se reporter aux dispositions correspondantes figurant à l'annexe 2 – projet de contrat « Dépendance en acquisition collective avec Aide aux aidants », ainsi qu'aux conditions d'application décrites dans ladite annexe.

B

2009

Am
CB
AA
110
MA

Article 11 - Cessation et maintien de la couverture

11.1 Cessation de la couverture obligatoire

Le bénéfice de la couverture obligatoire au profit des bénéficiaires salariés et ayant droit cesse :

- à la date rupture du contrat de travail du salarié bénéficiaire sous réserve de la disposition de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail,
- dès lors que le contrat de travail est suspendu sans indemnisation par l'Employeur ou la Sécurité sociale,
- à la date de dénonciation du présent accord.

Les garanties d'assistance pour lesquelles les demandes ont été formulées avant la cessation de la couverture donnent lieu à prestations.

La cessation de la garantie est sans effet sur le versement de la rente mise en service au bénéficiaire d'un salarié suite à ouverture d'un droit à prestations à une date antérieure à celle de la cessation de garantie

11.2 Maintien avec mise en réduction des droits

La réduction des droits s'applique uniquement au terme de la période de couverture obligatoire, pour les salariés bénéficiaires.

Si le salarié bénéficiaire a été couvert pendant au moins 8 années de cotisations pleines au terme de son adhésion obligatoire, il bénéficiera du maintien partiel de la garantie obligatoire pour sa propre dépendance, hors assistance, par application d'une valeur de réduction.

Si le salarié bénéficiaire n'a pas été couvert pendant au moins 8 années de cotisations pleines au terme de son adhésion obligatoire et qu'il souscrit au régime facultatif à titre individuel, prévu par le dispositif de « Poursuite facultative de la garantie collective » décrit au Titre III ci-après, le maintien partiel de la garantie obligatoire tel que prévu ci-dessus ne lui sera acquis que lorsque la durée effective de cotisation au régime facultatif additionnée à la durée de cotisation au régime obligatoire aura atteint 8 années au moins.

Cette mise en réduction s'effectue selon le barème fixé par l'organisme assureur et en vigueur à la date où elle se produit. Ce barème prend en compte le nombre d'années pleines de cotisation au dispositif obligatoire et une projection à long terme des résultats techniques et financiers du régime, ainsi que les études prospectives disponibles.

En cas de discontinuité de cotisation pendant la période d'activité, le nombre d'années pleines est reconstitué en prenant en compte le nombre de mois pleins de cotisation, divisé par 12.

11.3 Maintien dans le cadre de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail

Lorsque les salariés bénéficiaires remplissent les conditions de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail, les droits du dispositif obligatoire leur sont maintenus dans les conditions prévues par ledit article 14, notamment en ce qui concerne la durée de ce maintien.



746



AA



10

11.4 Maintien des garanties à titre gratuit

Pour les salariés dont le contrat de travail a été suspendu du fait d'une maladie, ou d'un accident, le bénéfice de la garantie leur est maintenu à titre gratuit à partir du 90^{ème} jour pendant la période de suspension du contrat de travail indemnisée.

Article 12 - Cotisations

12.1 Base de la cotisation

La base de cotisation est la rémunération annuelle soumise aux cotisations de la Sécurité Sociale limitée à quatre fois le plafond annuel de la Sécurité Sociale ; elle est ventilée comme suit :

- Tranche A : fraction du salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité Sociale,
- Tranche B : fraction du salaire comprise entre un et quatre fois le plafond annuel de la Sécurité Sociale.

Dans les cas où la qualité de bénéficiaire reste acquise au salarié alors que son contrat de travail est suspendu sans indemnisation, la cotisation est celle prévue pour le personnel en activité, étant précisé que la rémunération annuelle est celle correspondant aux douze derniers mois d'activité, revalorisée au 1er Janvier de chaque année, en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'ARRCO.

12.2 Montant et répartition de la cotisation

La cotisation est fixée à 0,240 % de la base de cotisation ci-dessus et elle est répartie entre l'Employeur et le salarié de la manière suivante :

- 50 % de la base de cotisation à la charge de l'Employeur,
- 50 % de la base de cotisation à la charge du salarié bénéficiaire.

De plus, l'Employeur supporte l'intégralité des frais de gestion.

12.3 Révision des cotisations

Le montant des cotisations pourra être réexaminé sur décision de l'organisme assureur selon les dispositions prévues à l'article 7.2 « principes de gestion » et à l'article 8 « Commission Nationale de Suivi ».

B

7/11

M
CB
AG
W
J *AA*

TITRE III - POURSUITE FACULTATIVE DE LA GARANTIE COLLECTIVE

Article 13 - Principe

Les salariés bénéficiaires de la couverture « Dépendance en acquisition collective avec Aide aux Aidants » prévue au Titre II du présent accord qui souhaitent continuer à être garantis pour leur propre risque dépendance, peuvent adhérer à la formule « Poursuite facultative de la garantie collective » du Régime de Dépendance Facultatif décrit au Titre IV, selon les dispositions spécifiques exposées au présent Titre.

La nature de la garantie en cas de dépendance est identique à celle définie au profit du salarié bénéficiaire pour la garantie de sa propre dépendance, dans le Titre II – Aide aux Aidants, à l'exclusion de toute garantie d'assistance. Son montant est déterminé à l'adhésion par différence entre celui dont il bénéficiait au titre du régime obligatoire, et celui de la rente mise en réduction maintenue au titre du régime obligatoire. La réduction de ces nouveaux droits et leur revalorisation sont identiques à celles du dispositif prévu au titre IV – Régime de dépendance facultatif, ci-après.

Dans le cadre de la poursuite facultative de la garantie dépendance totale, la cotisation qui doit être versée est déterminée individuellement en fonction de la durée de cotisation à la couverture obligatoire. Pour un même âge au départ, la cotisation individuelle sera d'autant moins élevée que la durée de cotisation à la couverture obligatoire aura été importante. En cas de cessation ultérieure du paiement de la cotisation, le montant de la rente garantie avec mise en réduction, est déterminé en fonction de la durée de cotisation au titre de la poursuite facultative, à condition que la durée globale de cotisation ait été au minimum de huit années pleines.

Les personnes concernées par la poursuite facultative de la garantie collective sont les salariés partant en retraite, ainsi que les salariés ayant quitté le périmètre de la R.S.G. pour tout autre motif.

Article 14 – Modalités d'adhésion au régime de Dépendance facultatif

La poursuite se fait par adhésion au Régime de Dépendance Facultatif, les personnes éligibles doivent simplement notifier à l'organisme assureur leur volonté de continuer leur couverture dépendance dans le cadre de la poursuite facultative de la garantie collective, au plus tard dans les trois mois suivant leur départ de l'entreprise.

Le Régime de Dépendance Facultatif est ouvert aux personnes ayant été bénéficiaires du maintien du régime obligatoire en application de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 sur la modernisation du marché du travail, qui doivent notifier à l'organisme assureur leur volonté de continuer à participer à la garantie dépendance en adhérant au régime de maintien de la garantie à titre individuel, dans les trois mois précédant la date de fin du dispositif de l'article 14 dudit accord national interprofessionnel, et au plus tard à la date de fin de ce dispositif.

Les garanties au titre de la formule « Poursuite facultative de la garantie collective » prendront effet dès la date de cessation de la couverture au titre du régime obligatoire


7/11/11











« Dépendance en acquisition collective avec Aide aux Aidants » dès lors que l'ancien salarié aura demandé son adhésion dans les délais impartis et aura payé les cotisations dues à compter du 1^{er} jour du mois qui suit cette date, pour le montant déterminé selon le barème individuel en vigueur.

A réception de la demande d'adhésion, l'organisme d'assurance délivre un certificat d'adhésion à la formule de « Poursuite de la garantie collective » mentionnant la date à compter de laquelle les cotisations individuelles commencent à être dues.

Article 15 - Cotisation

15.1 Détermination du montant de la cotisation

Le montant de la cotisation résulte de l'application du barème en vigueur à la date d'effet de l'adhésion, appliqué au montant de rente à souscrire individuellement pour compléter la rente réduite acquise par la période de garantie collective.

Ce barème est établi en fonction de l'âge à l'adhésion du salarié, calculé par différence de millésimes entre l'année de départ et l'année de naissance du salarié bénéficiaire,

15.2 Retour d'un ancien salarié

En cas de retour d'un ancien salarié ayant adhéré à la formule « Poursuite facultative de la garantie collective » du Régime Dépendance Facultatif, dans une entreprise du périmètre R.S.G., le recouvrement des cotisations à cette formule peut être suspendu à sa demande. Les droits sont alors provisoirement mis en réduction.

Il pourra faire réactiver son adhésion facultative dans les conditions définies au présent chapitre au moment où sa couverture obligatoire cesse à nouveau. Dans ce cas, l'âge à l'adhésion est recalculé pour la détermination de sa cotisation individuelle, afin de tenir compte du nombre de mois pleins de cotisation au titre des années de couvertures à titre obligatoire et facultatif, divisé par 12.

Article 16 – Cessation de l'adhésion

Le bénéfice des garanties à taux plein cesse de plein droit :

- Au 31 décembre de chaque année, à la demande de l'assuré adressée à l'organisme assureur par lettre recommandée avec accusé de réception, sous réserve que cette demande lui soit adressée au plus tard le 31 octobre,
- En cas de non paiement des cotisations à la date limite du délai de paiement, l'organisme assureur ayant constaté que l'adhésion est résiliée de plein droit au terme d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi d'une lettre recommandée de mise en demeure de paiement.

La dénonciation de l'adhésion au Régime de Dépendance Facultatif par l'adhérent est définitive, de telle sorte qu'il ne pourra plus formuler ultérieurement de demande d'adhésion à ce régime.

JB

7/11/11

M
GB
NG
AS
KS
MA

Article 17 - Mise en réduction des droits

Si l'adhérent cesse de payer ses cotisations et qu'il a déjà acquitté au moins 8 années de cotisations pleines en tant que bénéficiaire des régimes obligatoire et facultatif, il bénéficiera du maintien partiel de sa garantie par application de la valeur de réduction prévue dans le dispositif « Régime de Dépendance Facultatif ».

Après mise en réduction, l'adhésion est définitivement résiliée et le paiement des cotisations ne peut être repris pour acquérir de nouveaux droits.

Am
AB
nu
A
LD
D *nu* *A*

TITRE IV - REGIME DE DEPENDANCE FACULTATIF

Ce régime a pour objet :

- de garantir des prestations d'assistance en relation avec la dépendance en vue d'aider l'adhérent,
- de garantir le versement de prestations périodiques viagères si l'adhérent devient dépendant postérieurement à la date de son adhésion, selon les dispositions décrites ci-après et dans l'annexe 1 – Définitions de la dépendance.

Article 18 - Bénéficiaires

L'adhésion au Régime Dépendance Facultatif est proposée :

- à l'ensemble du personnel des sociétés du groupe AXA appartenant au périmètre de la Représentation Syndicale du Groupe, pour compléter la couverture du dispositif « Dépendance en acquisition collective avec Aide aux Aidants »,
- à l'ancien salarié tant qu'il continue à cotiser au dispositif de « Poursuite facultative de la garantie collective » et qu'il est âgé de moins de 75 ans.

Le salarié ou ancien salarié répondant à la définition ci-dessus, pourra faire adhérer :

- son conjoint, concubin ou pacsé,
- ses parents,
- ses beaux-parents (y compris par alliance),

à condition qu'ils remplissent les conditions suivantes :

- résider en France,
- être âgé de plus de 40 ans et de moins de 75 ans.

Article 19 – Formules et classes de garantie

19.1 Description des choix possibles

Deux formules de garanties et 10 classes de rentes couvrant les risques de dépendance totale ou de dépendance totale et partielle tels que définis dans l'annexe 1 – Définitions de la dépendance sont proposées :

- **la formule 1** couvre le risque de dépendance totale, avec garantie d'assistance,
- **la formule 2** couvre les risques de dépendance partielle et de dépendance totale, avec garantie d'assistance.

Quelle que soit la classe de garantie choisie, les deux formules incluent obligatoirement la garantie d'assistance.

Les classes de garantie varient du rang 1 à 10 et déterminent le niveau de rente mensuelle garantie en multiples entiers de l'unité de rente mensuelle de base.

Le montant de l'unité de rente mensuelle de base est fixé à 200 Euros à la prise d'effet de l'accord.

Le choix de la formule est définitif. Si une personne souhaite opter ultérieurement pour une classe de garantie supérieure à celle choisie initialement, elle doit remplir une nouvelle demande d'admission et accomplir les formalités d'admission en vigueur en vue d'une nouvelle adhésion, selon les formalités déterminées en prenant en considération les montants déjà souscrits. Sauf pour l'accomplissement des formalités d'adhésion, chaque adhésion sera gérée indépendamment des précédentes.

19.2 Détermination du montant de la rente mensuelle garantie

Le montant de rente mensuelle garanti au titre de la classe souscrite s'obtient en multipliant :

- en cas de dépendance totale, le rang de la classe par l'unité de rente mensuelle de base,
- en cas de dépendance partielle, le rang de la classe par 50% de l'unité de rente mensuelle de base.

A la date d'effet de l'accord, les montants de rente mensuelle proposés en garantie varient donc de 200 Euros à 2000 Euros en cas de dépendance totale, et de 100 Euros à 1000 Euros en cas de dépendance partielle.

19.3 Revalorisation de la garantie

Le montant de l'unité de rente mensuelle de base est revalorisé annuellement sur décision du Comité de gestion paritaire.

19.4 Montant maximum garanti.

Le montant maximum garanti au titre de ce régime est celui correspondant au choix de la *classe 10*, pour l'ensemble des demandes d'adhésions d'une même personne, *y compris* l'adhésion à la formule de « Poursuite facultative de la garantie collective ».

Article 20 - Formalités d'adhésion

La personne souhaitant adhérer doit remplir les formalités prévues sur le bulletin d'adhésion, en fonction de la classe de garantie choisie et de son âge calculé par différence de millésimes entre l'année de sa demande d'admission et celle de sa naissance.

- Si le postulant a moins de 65 ans et qu'il a choisi un niveau de garantie inférieur ou égal à la classe 3, il doit signer une déclaration d'état de santé comportant des questions. S'il peut répondre négativement à toutes ces questions, cette formalité suffira aux assureurs pour accepter son adhésion.
- Si le postulant ne peut satisfaire à la formalité ci-dessus, et dans tous les autres cas, il est nécessaire de répondre à un questionnaire détaillé de santé et de mode de vie.
- Si le postulant a choisi la formule 2 et si le montant cumulé de ses demandes de garantie est supérieur à celui de la classe 7, il doit en outre faire remplir un rapport médical par son médecin traitant.

B

746

KB
na
AA

Selon les indications fournies, le Conseil Médical de l'organisme assureur pourra demander un complément d'information et éventuellement, soumettre le postulant à des examens médicaux, dont les frais sont pris en charge par l'organisme assureur dans la limite des tarifs de responsabilité de la Sécurité Sociale.

L'organisme assureur se prononcera sur l'acceptation ou le refus de l'adhésion du postulant, après réception de la totalité des éléments demandés.

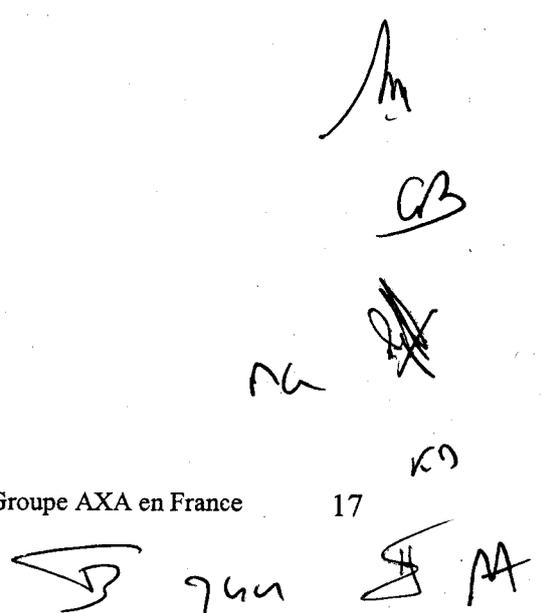
L'admission du postulant à l'assurance peut être acceptée avec ou sans réserves et donner lieu à une tarification particulière en raison d'un risque aggravé.

Quelles que soient les formalités accomplies, le postulant est informé de son admission à l'assurance par l'envoi d'un certificat d'adhésion qui lui en rappelle les conditions.

L'organisme assureur peut limiter ou refuser les garanties sans avoir à justifier sa décision.

Article 21 – Mise en œuvre de la couverture

La mise en œuvre de la couverture au profit des assurés admis en garantie, est régie par les dispositions figurant dans la notice jointe en annexe 4, du contrat 800801 souscrit par l'UGIPS auprès d'AXA dont les résultats sont rattachés à la convention d'Assurance Groupe Dépendance, regroupant tous les contrats de même nature souscrits par l'UGIPS auprès de ces mêmes assureurs.

Handwritten initials and signatures at the bottom right of the page, including 'm', 'CB', 'AC', 'KJ', and 'AA'.

TITRE V – ADMINISTRATION GENERALE DE L'ACCORD

Article 22 – Mise en œuvre

Une négociation ayant pour objet l'adhésion aux principes et dispositifs du présent accord sera conduite dans chacune des entreprises relevant du périmètre de la R.S.G.

Article 23 - Durée, effet, révision de l'accord

Le présent accord est à durée indéterminée, il entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2009.

Il pourra être révisé par avenant dans les conditions légales.

Il pourra être dénoncé à tout moment, en tout ou partie, par les parties signataires du présent accord, sous réserve du respect d'un préavis de 3 mois et d'une notification concomitante à l'ensemble des signataires par la partie qui dénonce, suivant l'art. L.2261-9 du code du travail.

Article 24 - Publicité

Le présent accord fera l'objet, dans le respect des articles L.2231-5 et 6 du code du travail, d'un dépôt :

- à la Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle des Hauts de Seine,
- auprès du Secrétariat Greffe du Conseil de Prud'hommes de Nanterre

JB

772 *AA*

Am
CB
da *X*
20

ANNEXE 1 : DEFINITIONS DE LA DEPENDANCE

PREAMBULE

Le terme « assuré » désigne dans cette annexe la personne sur la tête de laquelle repose le risque de dépendance :

- Il s'agira du salarié bénéficiaire ou de son ayant droit bénéficiaire dans le cadre du dispositif « Dépendance en acquisition collective avec Aide aux Aidants »
- Il s'agira de l'adhérent au Régime de Dépendance Facultatif garanti par :
 - la formule de « Poursuite facultative de la garantie collective »
 - la formule 1- dépendance totale
 - la formule 2 - dépendance totale ou partielle

1. DEFINITIONS GENERALES CARACTERISANT LA DEPENDANCE

Pour caractériser l'état de dépendance, il est fait appel aux notions suivantes :

a) Les groupes GIR de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources)

La grille AGGIR est un outil national d'évaluation de la dépendance déterminant le niveau des aides publiques à la dépendance.

- Le GIR 1 comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, nécessitant une présence continue d'intervenants.
- Le GIR 2 est composé de deux sous- groupes :
 - d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,
 - d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui conservent leurs capacités motrices.
- Le GIR 3 regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement, leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.
- Le GIR 4 comprend les personnes qui ne peuvent pas se lever seules mais qui, une fois debout, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillement.
- Le GIR 5 est composé des personnes qui sont capables de s'alimenter, s'habiller et se déplacer seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- Le GIR 6 regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

B

766

CB

AM

LD

JA

AA

b) Les Actes de la Vie Quotidienne (AVQ) :

Indépendamment du classement par référence à la grille AGGIR, l'état de dépendance physique est mesuré par la capacité des personnes dépendantes à effectuer seules certains actes de la vie quotidienne. Dans le cadre du présent accord, il est fait référence aux quatre Actes de la Vie Quotidienne définis comme suit :

- le déplacement : capacité de se déplacer dans les pièces habituelles et les locaux de service du lieu de vie, après recours aux équipements adaptés,
- l'habillage : capacité à s'habiller et à se déshabiller correctement et complètement,
- l'alimentation : capacité à se servir et à manger de la nourriture préalablement préparée,
- la toilette : capacité à satisfaire, de façon spontanée, à un niveau d'hygiène corporelle conforme aux normes usuelles.

c) Test « Blessed »

Le test « Blessed » est un outil utilisé pour évaluer l'état de dépendance psychique : ce test doit être réalisé par le neurologue ou le psychiatre traitant, par interrogation de la personne dépendante et de son entourage.

d) Les domaines de la prescription médicale:

Il s'agit de domaines de prescription médicale permettant d'évaluer le niveau d'un état de dépendance :

- l'assistance constante d'une tierce personne complétant les services de soins à domicile,
- l'hospitalisation en centre de long séjour,
- l'hébergement en section de cure médicale,
- l'hospitalisation en établissement psychiatrique lorsque l'assuré est atteint de démence incurable.

2. DEFINITION DE L'ETAT DE DEPENDANCE AU SENS DE LA GARANTIE

L'état de dépendance se caractérise par l'une des deux situations définies ci-dessous. Cet état doit être consolidé, permanent et être reconnu par le conseil médical des Assureurs.

a) Dépendance totale

Est considéré comme étant en état de **dépendance totale**, l'assuré satisfaisant aux conditions cumulatives suivantes :

- être reconnu dans une situation de dépendance correspondant aux groupes 1 ou 2 de la grille AGGIR,
- justifier d'une prescription médicale dans l'un des domaines définis à l'alinéa d) du paragraphe 1ci-dessus et selon la nature de la dépendance :
 - dépendance physique : être incapable d'exercer seul au moins 3 des 4 Actes de la Vie Quotidienne (AVQ),

Handwritten signature

Handwritten initials

Handwritten signatures and initials: CB, NA, AA, and others.

- dépendance psychique : être atteint d'une démence médicalement diagnostiquée et constatée après examen des résultats au test psychotechnique « Blessed » en obtenant un score à l'échelle A supérieur à 18 et un score à l'échelle B inférieur à 10. L'évaluation du score est établie par le conseil médical des assureurs.

b) Dépendance partielle

Est considéré comme étant en état de dépendance partielle, l'assuré satisfaisant aux deux conditions cumulatives suivantes :

- être reconnu dans une situation de dépendance correspondant aux groupes 1, 2 ou 3 de la grille AGGIR,
- selon la nature de la dépendance :
 - dépendance physique : être incapable d'exercer seul au moins 2 des 4 Actes de la Vie Quotidienne (AVQ),
 - dépendance psychique : être atteint d'une démence médicalement diagnostiquée et constatée après examen des résultats au test psychotechnique « Blessed » en obtenant un score à l'échelle A supérieur à 15 et un score à l'échelle B inférieur à 15. L'évaluation du score est établie par le conseil médical des assureurs.

L'état de dépendance partielle avec un classement en GIR 4, 5 ou 6 n'ouvre pas droit aux prestations des assureurs.

A tout moment, les assureurs peuvent mettre en œuvre un contrôle médical afin de constater la réalité de l'état de dépendance de l'assuré.

3. RECONNAISSANCE DE L'ETAT DE DEPENDANCE

La qualification de l'état en dépendance partielle ou totale au sens du présent accord relève de la compétence du conseil médical des assureurs sollicités pour intervenir en garantie, qui statuera à partir d'un dossier de demande comprenant notamment les pièces justificatives suivantes :

- certificat médical établi par le médecin traitant attestant que votre état correspond médicalement à la classification en GIR 1, 2 ou 3,
- rapport médical établi par le médecin traitant sur formulaire détaillé fourni par l'organisme assureur,
- en cas de dépendance psychique, test « Blessed » dûment complété par le neurologue ou le psychiatre traitant,
- le cas échéant :
 - notification d'attribution de l'APA,
 - certificat attestant l'hospitalisation en centre de long séjour,
 - certificat attestant l'hébergement en section de cure médicale,
 - certificat attestant l'hospitalisation en établissement psychiatrique en cas de démence incurable,
 - décomptes et notifications de la Sécurité sociale (ou un régime équivalent) si l'assuré a moins de 60 ans,
 - si l'assuré en est bénéficiaire, tout changement de nature des prestations de la Sécurité Sociale.

S

712

S *AA*

AB
AC
AD

Les pièces médicales seront envoyées à l'attention du médecin conseil, sous pli confidentiel à l'aide de l'enveloppe qui aura été fournie pour la constitution du dossier de demande.

L'assuré pourra contacter l'organisme d'assistance en vue de se faire apporter aide et conseils au titre des garanties d'assistance accordées avant l'entrée en dépendance, pour la constitution de son dossier de demande.

Le dossier de demande comportera obligatoirement le rapport médical à compléter par le médecin traitant décrivant l'état de dépendance de l'assuré. Ce rapport devra avoir été établi moins d'un mois avant la date d'envoi du dossier complet, le cachet de la poste faisant foi. A défaut, l'envoi du dossier ne pourra permettre l'ouverture des droits à prestations.

Le conseil médical de l'organisme d'assurance reconnaît l'état de dépendance sur la base des justificatifs fournis. Il se réserve la possibilité de faire procéder à un contrôle médical pour constater la réalité de l'état de dépendance de l'assuré, selon les conditions décrites ci-après au paragraphe 4 - Contrôle médical ».

Si après examen du dossier complet, le conseil médical reconnaît que l'assuré est dans un état de dépendance garanti selon les conditions de son certificat d'adhésion, les droits à prestations sont ouverts à compter de la date de signature du rapport médical complété par son médecin traitant.

Il est précisé que la reconnaissance en dépendance totale pourra intervenir dès la première demande de reconnaissance de l'état de dépendance pour l'ouverture des droits à prestations, même si l'assuré est garanti par la formule 2 - dépendance totale et partielle.

4. CONTROLE MEDICAL

L'organisme assureur peut mettre en œuvre à tout moment un contrôle médical afin de constater la réalité de l'état de dépendance d'un assuré.

Le service des prestations est subordonné, sous peine de suspension des paiements, à l'obligation pour l'assuré de se soumettre aux contrôles demandés.

Il doit en particulier fournir toutes les pièces justificatives et se prêter à toute expertise médicale que le médecin désigné par l'organisme d'assurance, juge utile pour apprécier son état. Les frais d'expertise sont à la charge de l'assureur.

Les décisions relatives au refus d'ouverture, à la réduction ou à la cessation des prestations, prises en fonction des conclusions du médecin désigné par l'organisme d'assurance, sont notifiées à l'assuré par lettre recommandée.

Si l'assuré conteste les conclusions du médecin désigné par l'organisme d'assurance, il est procédé à une expertise effectuée par le médecin choisi d'un commun accord par les deux parties, à partir de la liste de médecins experts proposée par l'organisme d'assurance. Faute d'entente sur son choix, la désignation est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. Chacune des parties supporte alors la moitié des frais relatifs à la nomination et à l'intervention du médecin expert.

Dans ce cas, les conclusions de cette dernière expertise sont opposables à l'organisme d'assurance ainsi qu'à l'assuré sans que ce dernier puisse se prévaloir de la poursuite

B

74h

M

B

Nu

X

WSP

AA

éventuelle de l'indemnisation le cas échéant de la Sécurité sociale ou du Conseil Général (Aide Personnalisée Autonomie).

Tant que cette dernière expertise n'a pas été menée à son terme, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire pour le règlement des prestations.

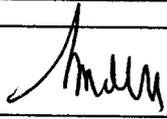
Fait à Nanterre, le 24 avril 2009

[Handwritten signatures and initials]
A
GB
AC
AA
S

SIGNATURES

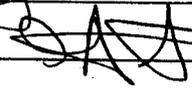
Pour les différentes sociétés appartenant au périmètre du présent accord :

Serge MORELLI

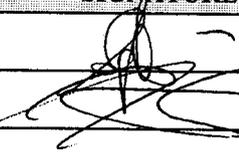


Pour les organisations syndicales :

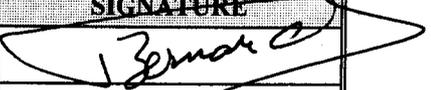
C. F. D. T.

NOM	PRENOM	MANDAT	SIGNATURE
KAYAT	Daniel	CSN	
SOUHARD	Fédéric	PSG	
GOUFFE	Christophe	PSG	

C. F. T. C.

NOM	PRENOM	MANDAT	SIGNATURE
Secouville	Jean	DSE/PSG	
HURY	Sébastien	PSG	

CFE/CGC

NOM	PRENOM	MANDAT	SIGNATURE
BERNARD	Colas	DSE	
AVRU	Aurélien	CSNA	

la C. G. T.			
NOM	PRENOM	MANDAT	SIGNATURE

cgt-F.O.			
NOM	PRENOM	MANDAT	SIGNATURE

UDPA/UNSA			
NOM	PRENOM	MANDAT	SIGNATURE
BLANCHÉSTRE	François	CSN	

Dépendance Entreprise

LES ENTREPRISES DU GROUPE AXA ENTRANT DANS LE CHAMP D'APPLICATION DE
L'ACCORD SUR LA GARANTIE DEPENDANCE

Représentées par Serge Morelli

(LE SOUSCRIPTEUR)

ET

d'une part,

AXA France VIE

dont le siège social est à PARIS (75 009)

26, Rue Drouot

d'autre part,

Inter Partner Assistance, Succursale pour la France

6, rue André Gide, 92320 CHATILLON

dont le siège social est situé en Belgique, Bruxelles (1050), 166, Avenue Louise Boite postale 1,

agissant sous la dénomination **AXA Assistance**

(LES ASSUREURS)

CONVIENNENT DES DISPOSITIONS SUIVANTES FORMANT

LE CONTRAT N°704.218/0001

Vivre confiant

Handwritten signatures and initials: "na", "vs", "AA", "7m", and other illegible marks.

Chapitre I DISPOSITIONS GENERALES	3
Article 1 - Nature et objet du contrat	3
Article 2 - Définitions	3
Article 3 - Effet et durée du contrat	3
Article 4 - Catégorie assurée	4
Article 5 - Admission à l'assurance, cessation de l'assurance	4
Article 6 - Poursuite facultative de la garantie après cessation de l'assurance	5
Article 7 - Maintien viager de droits après cessation de l'assurance	6
Article 8 - Base de la cotisation	6
Article 9 - Exclusions	6
Article 10 - Cotisation	7
Article 11 - Déclarations du souscripteur	8
Article 12 - Réclamation	8
Article 13 - Autorité de contrôle	9
Article 14 - Notice d'information	9
Article 15 - Révision du contrat	9
Article 16 - Subrogation	10
Article 17 - Délai de déclaration – Prescription	10
Article 18 - Loi informatique et libertés	10
Article 19 - Suivi du risque - Résultats	11
Chapitre II DISPOSITIONS COMMUNES A L'ENSEMBLE DES GARANTIES	13
Article 1 - Définitions générales caractérisant la dépendance	13
Article 2 - Définition de l'état de dépendance au sens du contrat	14
Article 3 - Reconnaissance de l'état de dépendance	15
Article 4 - Contrôle médical	16
Chapitre III LES GARANTIES D'ASSISTANCE	17
Article 1 - Objet des garanties	17
Article 2 - Définitions Complémentaires	17
Article 3 - Garanties d'assistance accordées avant l'entrée en dépendance	19
Article 4 - Garanties d'assistance accordées en cas de dépendance	20
Article 5 - Garanties accordées en cas de besoin de répit du salarié	24
Article 6 - Conditions générales d'application des garanties d'assistance	25
Article 7 - Conditions restrictives d'application	27
Chapitre IV LA GARANTIE D'ASSURANCE DEPENDANCE	28
Article 1 - Objet de la garantie	28
Article 2 - Montant des prestations- effet et cessation des prestations	28
ANNEXE 1 Maintien de l'assurance en cas de congés sans solde	29

Handwritten notes and signatures:

- Handwritten initials: B, au, 701
- Handwritten initials: GB, AA, AD
- Handwritten signature: [Illegible signature]

Chapitre I

DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 - Nature et objet du contrat

Le contrat est un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire, régi par le code des assurances.

Il a pour objet :

- de garantir des prestations d'assistance pour aider et soutenir les assurés confrontés à un risque de dépendance, qui les concerne eux-mêmes ou un de leurs ayants droit.
- de permettre au salarié de se constituer - sous certaines conditions - des droits pour une garantie viagère en cas de dépendance, et d'être garanti immédiatement pour le versement d'une rente, dans le cas où il se trouve lui-même en état de DEPENDANCE entre la date d'admission à l'assurance et la date de cessation de l'assurance.

Article 2 - Définitions

Dans ce contrat, les termes suivants sont utilisés :

- Le souscripteur est la personne morale, entreprise du Groupe AXA, entrant dans le champ d'application de l'accord d'entreprise sur la garantie Dépendance, qui conclut un contrat pour la totalité de ses salariés appartenant au groupe assuré,
- Les assureurs sont les sociétés d'assurance qui garantissent les risques souscrits :
 - **Axa Assistance** pour les garanties définies au chapitre 3,
 - **Axa France Vie** pour la garantie définie au chapitre 4,
- le salarié est le bénéficiaire de la garantie appartenant à la catégorie assurée.
- l'ayant droit est le père ou la mère du salarié (parents légitimes ou adoptifs),
- l'assuré est celui sur qui repose le risque. Il répond aux conditions d'admission visées à l'article 5 et peut être soit le salarié lui-même, soit l'un de ses ayants droit.

Article 3 - Effet et durée du contrat

Le contrat prend effet le 1^{er} juillet 2009.

Il est conclu pour une période allant jusqu'au trente et un décembre de l'année de sa prise d'effet et se renouvelle ensuite, par tacite reconduction, au premier janvier de chaque année.

Il peut être dénoncé à l'initiative de l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée avec accusé de réception, au moins deux mois avant la date de renouvellement, le cachet de la poste faisant foi.

La résiliation intervient alors le trente et un décembre à minuit de l'année de dénonciation.

En cas de résiliation du contrat, les dispositions de l'article 6 s'appliquent.

(Handwritten signatures and initials)

Article 4 - Catégorie assurée

La catégorie assurée est l'ensemble du personnel des entreprises qui ont adhéré à l'accord d'entreprise sur la garantie dépendance, signé par le souscripteur.

Article 5 - Admission à l'assurance, cessation de l'assurance

5.1. Pour le salarié

Admission à l'assurance

L'admission à l'assurance a lieu dès la date d'entrée dans la catégorie assurée et, au plus tôt, à la date d'effet du contrat, à condition que le contrat de travail du salarié soit en vigueur et non suspendu.

Les salariés dont le contrat de travail est suspendu avec indemnisation de l'employeur ou de la Sécurité sociale sont admis à l'assurance dès la date d'effet du contrat, sauf s'ils sont déjà bénéficiaires d'une majoration pour tierce personne au titre d'une rente d'invalidité versée par la Sécurité sociale. Dans ce cas, les garanties entrent en vigueur à la date de reprise du travail.

Pour les autres cas de suspension du contrat de travail, l'admission à l'assurance intervient à la date de reprise effective du travail.

Suspension et maintien de l'assurance

L'assurance se poursuit pendant l'existence du présent contrat et se trouve suspendue pendant les congés non visés aux paragraphes ci-dessous, sous réserve des dispositions de l'annexe 1.

Les salariés dont le contrat de travail a été suspendu du fait d'une maladie, d'un congé maternité ou d'un accident indemnisé par l'employeur et/ou la Sécurité Sociale, bénéficient du maintien de la garantie pendant la période de suspension du contrat de travail. Sauf en cas de congé maternité, ce maintien est accordé avec exonération du paiement de la cotisation à compter du premier jour de la cessation du maintien du plein salaire.

Cessation de l'assurance

L'assurance prend fin pour chaque salarié :

- à la date à laquelle il ne fait plus partie de la catégorie assurée,
- à la date de rupture du contrat de travail,

Et, pour l'ensemble des salariés y compris ceux bénéficiant du maintien de la garantie en cas de suspension du contrat de travail, à la date de résiliation du contrat.

La garantie d'assistance « Aide aux aidants » cesse immédiatement et définitivement : aucune nouvelle demande d'assistance ne pouvant alors être prise en compte, postérieurement à la date de cessation de l'assurance

S'il en fait la demande dans un délai de quatre vingt dix jours suivant cessation de la présente assurance, tout salarié peut bénéficier, conformément aux dispositions de l'article 6, de la poursuite viagère de la seule garantie en rente pour le montant souscrit au titre du présent contrat. .

(Handwritten signatures and initials)

Le salarié peut conserver à vie le bénéfice d'une garantie réduite après cessation de l'assurance, selon les dispositions prévues à l'article 7 du présent chapitre.

5.2. Pour les ayants droit

Date d'admission à l'assurance

Les ayants droit du salarié sont admis à l'assurance à la même date que ce dernier, sous réserve qu'ils ne puissent pas être considérés comme déjà dépendants à cette date.

Il s'agit du père ou de la mère du salarié qui, préalablement à la date d'admission à l'assurance de ce dernier :

- bénéficient d'un classement en GIR 1, GIR 2 ou GIR 3, au titre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)
- ont demandé à bénéficier de l'APA au titre des GIR 1, GIR 2 ou 3, et pour lesquels la date d'enregistrement du dossier de demande d'attribution est antérieure à la date d'admission à l'assurance du salarié,
- sont classés en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie d'invalidité par la Sécurité Sociale,
- sont bénéficiaires, au titre de la législation sur les accidents du travail, d'une majoration pour tierce personne,
- bénéficient ou ont bénéficié de l'Allocation pour Adulte Handicapé, en raison d'un taux d'incapacité permanente d'au moins 80%.

Cessation de l'assurance

L'assurance des ayants droit cesse à même date que celle du salarié.

Article 6 - Poursuite facultative de la garantie après cessation de l'assurance.

Le salarié partant en retraite, ou quittant le périmètre de la Représentation Syndicale de Groupe (RSG) quel qu'en soit le motif, peut demander à adhérer au contrat facultatif numéro 800.8031, afin de conserver une garantie viagère de dépendance de même niveau (hors assistance).

Cette demande doit être formulée auprès de l'assureur ou de son délégataire désigné à cet effet, dans les quatre vingt dix jours suivant la cessation de l'assurance. Il en est de même en cas de cessation de l'assurance du fait de la résiliation du présent contrat.

S'agissant de la poursuite de garanties, le postulant est admis sans période probatoire, ni aucune formalité médicale. Le niveau des garanties est maintenu en cumulant le montant souscrit à titre facultatif et celui des droits réduits potentiellement acquis au titre du présent contrat.

Handwritten signatures and initials:
CB
13
AA
764

La nouvelle cotisation due au titre du contrat à adhésion facultative, est déterminée selon un barème établi en fonction de l'âge du salarié lors de la cessation de l'assurance, et pour un montant de rente tenant compte du nombre d'années pleines pendant lesquelles il a cotisé au présent contrat.

Article 7 - Maintien viager de droits après cessation de l'assurance.

Dès lors qu'il justifie d'au moins 8 années pleines de cotisations au terme de son adhésion obligatoire, le salarié bénéficie définitivement du maintien partiel de la garantie obligatoire pour sa propre dépendance, hors assistance, par application d'une valeur de réduction au montant de la rente prévue.

Le salarié qui ne justifie pas d'au moins 8 années de cotisations pleines au terme de son adhésion obligatoire et qui souscrit au régime facultatif à titre individuel, prévu par le contrat 800.8031 de « Poursuite facultative de la garantie collective », bénéficiera du maintien partiel de la garantie obligatoire, tel que prévu ci-dessus, lorsque la durée effective de cotisation au régime facultatif, additionnée à la durée de cotisation au régime obligatoire, aura atteint au moins 8 années.

Pour l'appréciation de la durée de cotisation, les périodes de maintien avec exonération de la cotisation, en cas de suspension du contrat de travail indemnisé par l'employeur ou la Sécurité Sociale, sont assimilées à des périodes de versement de cotisation.

Le calcul de la rente réduite est effectué selon le barème fixé par l'assureur et en vigueur à la date de mise en réduction. Son montant peut être communiqué au salarié qui en fait la demande, par l'Assureur ou son délégataire désigné.

Article 8 - Base de la cotisation

La base de cotisation est la rémunération annuelle soumise aux cotisations de la Sécurité Sociale, limitée à quatre fois le plafond annuel de la Sécurité Sociale ; elle est ventilée comme suit :

- Tranche A : fraction du salaire limitée au plafond annuel de la Sécurité Sociale,
- Tranche B : fraction du salaire comprise entre une et quatre fois le plafond annuel de la Sécurité Sociale.

Article 9 - Exclusions

Les assureurs couvrent les risques de **DEPENDANCE** à l'exclusion de ceux résultant :

- d'une tentative de suicide de l'assuré au cours de la première année d'assurance. Si l'adhérent était précédemment garanti au titre d'un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire au sens de l'article 2 de la loi N° 89-1009 du 31 décembre 1989, pour des niveaux de garanties similaires, sans qu'il y ait eu interruption des garanties, le délai d'un an est supprimé,
- de guerres civiles ou étrangères, invasions, agressions étrangères, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non),
- de la participation active de l'assuré à une guerre passive (où la France ne participerait pas), une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire,

Handwritten notes and signatures: CB, KD, AG, 7649, and other illegible marks.

une émeute, un acte de terrorisme, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel sont garantis.

De plus, les assureurs couvrent le risque de **DEPENDANCE** consécutif à un accident, dans les conditions prévues au paragraphe précédent, à l'exclusion des accidents résultant :

- du fait intentionnel de l'assuré,
- de la pratique par l'assuré de toute activité sportive non représentée par une fédération sportive,
- de la pratique par l'assuré de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics ou par la fédération du sport correspondant à l'activité. Il appartiendra à l'assureur de prouver que ces règles ont été violées,
- de la participation par l'assuré à tout sport et/ou compétition à titre professionnel,
- de la navigation aérienne de l'assuré :
 - à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmée,
 - avec l'utilisation d'un parachute, d'un deltaplane, d'un parapente, d'un appareil ultra léger motorisé (u.l.m.) ou de tout engin assimilé,
 - au cours d'un meeting, d'un raid sportif, d'un vol acrobatique, d'une tentative de record, d'un essai préparatoire, d'un essai de réception, d'un saut en parachute non motivé par une raison de sécurité,
- des conséquences directes ou indirectes d'une transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité

Axa Assistance, ne prend pas en charge, ni ne rembourse :

- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les frais engagés par l'assuré pour la délivrance de tout document officiel,
- les frais liés à l'établissement des pièces justificatives requises pour la mise en œuvre des garanties.

Article 10 - Cotisation

10.1 - Montant

La cotisation est fixée à 0,253% de la base de la cotisation visée à l'article 8, et se répartit comme suit :

- 0,194% de la base de cotisation pour les garanties assurées par Axa France Vie
- 0,059% de la base de cotisation pour les garanties assurées par Axa Assistance.

_____ *Vivre confiant* _____

M *CB*
RD *AB*
B *du* *ET*
7/11

10.2 - Paiement

La cotisation est payable trimestriellement, dans les conditions suivantes :

- avant le dix du mois suivant chacun des trois premiers trimestres civils, le souscripteur verse un acompte égal à la cotisation due au titre du trimestre écoulé,
- avant le 1er février de chaque année, le Souscripteur verse le solde de la cotisation annuelle.

Les moyens de paiement doivent être libellés séparément au nom de chacun des assureurs, pour la part de cotisation correspondant à chacune des garanties. Ils sont établis par le Souscripteur qui est seul responsable du versement de la cotisation auprès de chacun des assureurs.

A défaut de paiement d'une cotisation à l'un des assureurs, AXA France - Vie pourra mettre en demeure le souscripteur, suspendre et résilier le contrat selon les modalités du Code des Assurances.

Article 11 - Déclarations du souscripteur

A la mise en place du contrat, le Souscripteur s'engage à fournir :

- un état nominatif des salariés déjà bénéficiaires d'une assistance pour tierce personne au titre d'une rente d'invalidité versée par la Sécurité sociale, sur lequel doivent figurer les éléments suivants : date de naissance, sexe et date d'arrêt de travail.
- un état nominatif des salariés garantis à la date d'effet du contrat

En cours de contrat, le Souscripteur s'engage à fournir :

- Avant le dix du mois suivant chacun des trois premiers trimestres civils :
 - le bordereau d'appel de cotisation du trimestre écoulé, dûment complété,
 - la liste des entrées et sorties au cours du trimestre écoulé avec les dates correspondantes
- Avant chaque 1er février, un état récapitulatif des adhérents assurés l'année précédente, comportant les indications suivantes : identifiant, date de naissance, sexe, montant du salaire annuel, dates d'entrée au sein d'une entreprise du groupe appartenant au périmètre de la RSG et, s'il y a lieu, les dates de sortie dudit périmètre.

Article 12 - Réclamation

Toute réclamation doit être adressée en priorité à l'interlocuteur habituel.

En cas de litige, il convient de s'adresser au Service Qualité Relations Clientèles AXA France Vie (26, rue Drouot - 75009 PARIS).

Si un désaccord subsiste, ledit service indiquera les modalités de recours gratuit au médiateur. Personnalité indépendante des Assureurs, le médiateur s'engage à formuler un avis motivé dans les soixante jours qui suivent la date à laquelle il a été saisi du dossier ; son avis n'engage pas les parties qui, chacune, conservent le droit de recourir aux juridictions compétentes.

Handwritten signatures and initials:
Am
GB
100
AA
7600

Article 13 - Autorité de contrôle

Les autorités de Contrôle des assureurs sont :

- La **Commission Bancaire, Financière et des Assurances**, située en Belgique, Bruxelles (1000), 10-14 rue du Congrès, pour les garanties définies au chapitre 3 et assurées par Inter Partner Assistance.
- L'**ACAM (Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles)**, située à Paris (75009), 61, rue Taitbout, pour les garanties définies au chapitre 4 et assurées par Axa France Vie,

Article 14 - Notice d'information

Le Souscripteur est légalement tenu :

- de remettre à chaque adhérent une notice, établie par les Assureurs, qui définit les garanties et leurs modalités d'application,
- d'informer l'adhérent des modifications qu'il est prévu d'apporter à ses droits et obligations.

La preuve de la remise de la notice à l'adhérent et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe au Souscripteur.

Article 15 - Révision du contrat

Lorsqu'une décision législative ou réglementaire, vient à modifier les conditions préexistantes de l'assurance ou la portée des engagements des Assureurs, ces derniers procéderont pour la date d'effet des modifications en cause, à la révision des conditions de l'assurance.

De même, selon le résultat du suivi technique, l'état des réserves du compte de résultats et les évolutions prospectives du risque de dépendance, des décisions de révision des conditions de l'assurance seront également prises, d'un commun accord entre le souscripteur et les assureurs.

Ces décisions pourront éventuellement porter sur une révision des taux de cotisation, mais aussi sur des aménagements des clauses contractuelles relatives à des notions figurant dans ce contrat :

- pour définir les états de dépendance susceptibles de ne plus correspondre alors aux pratiques professionnelles médicales en cours,
- pour améliorer les garanties d'assistance si des progrès technologiques en matière de service à la personne le permettent...

Elles pourront être guidées par le souci de rester en cohérence avec les évolutions apportées aux dispositifs à adhésion facultative.

Handwritten signatures and initials:
A large stylized signature at the top right.
Initials "CB" to the right.
Initials "KV" below.
A signature with a star-like flourish below "KV".
Initials "AA" at the bottom right.
Other initials "B", "na", and "764" are scattered at the bottom.

Article 16 - Subrogation

Les prestations d'assistance ayant un caractère indemnitaire pour l'assuré, et étant versées en réparation du dommage qui lui est causé, il pourra être fait application, le cas échéant, des dispositions de l'article L. 131-2 du Code des Assurances.

L'Assureur est subrogé, à concurrence des sommes par lui versées, dans les droits et actions de l'assuré contre tout tiers responsable.

Article 17 - Délai de déclaration – Prescription

Conformément aux articles L 114-1 et L 114-2 du Code des Assurances, le délai de prescription de toute action dérivant de votre contrat est de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Article 18 - Loi informatique et libertés

Dans le cadre de la mise en œuvre des garanties prévues au chapitre II, Axa Assistance effectue un contrôle de la qualité des services rendus. Dans ce cadre, les conversations téléphoniques entre les assurés et les services d'AXA Assistance pourront être enregistrées.

Conformément aux articles 32 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, l'assuré est informé que les données nominatives qui seront recueillies lors de son appel sont indispensables à la mise en œuvre des prestations d'assistance définies dans les présentes conditions générales.

Un défaut de réponse entraînera la déchéance des garanties prévues au contrat.

Ces informations sont destinées à l'usage interne d'AXA Assistance, ainsi qu'aux personnes amenées à intervenir et chargées de la passation, la gestion et l'exécution du contrat, dans la limite de leurs attributions respectives.

Les données pourront faire l'objet d'un transfert vers un pays situé hors de l'Union Européenne.

L'assuré dispose d'un droit d'accès et de rectification aux données le concernant, en s'adressant au Service Juridique d'AXA Assistance, Châtillon (92320) - Le Carat - 6, rue André Gide.

Handwritten signatures and initials:
 - A large stylized signature at the top right.
 - Initials "CB" to the right.
 - A signature with "23" written below it.
 - Initials "B" and "AA" at the bottom.
 - The number "944" at the bottom center.

Article 19 - Suivi du risque - Résultats

Les résultats des opérations d'assurance relatives aux garanties assurées par AXA France Vie et découlant du contrat font l'objet d'un compte de résultats et d'un suivi technique.

19.1 - Revalorisation

Revalorisation des prestations en cours de service.

Chaque année, les parties au contrat décident d'un commun accord du taux de revalorisation à appliquer aux prestations en cours de service, après examen des résultats du compte établi par l'assureur et dans l'objectif de préserver l'équilibre des comptes de résultats futurs. L'assureur fournira des simulations permettant de mesurer l'impact sur le compte de résultats, d'une revalorisation en fonction de l'évolution du point AGIRC ou de tout autre indice choisi d'un commun accord par les parties.

En tout état de cause, l'attribution de la revalorisation ne pourra contribuer à rendre déficitaire, le solde du compte de résultats de l'année, tel qu'établi ci-après au paragraphe 19.3.

Revalorisation du montant de la garantie

Par ailleurs, les parties au contrat décident périodiquement, et d'un commun accord, de la révision du montant de la garantie. L'assureur fournira les études historiques et prospectives permettant de décider du niveau de revalorisation du montant de la garantie, en mettant en évidence son impact sur le niveau de la réserve spéciale ci-après.

En tout état de cause, les cotisations sont systématiquement majorées dans les mêmes proportions que le montant de la garantie, et à même date d'effet.

En cas de résiliation du présent contrat, le montant des garanties correspondant à des droits réduits cessera d'être revalorisé.

19.2 - Rémunération financière

Le taux de rémunération contractuel est égal à 90 % du taux de référence issu des actifs prévoyance d'AXA France Vie relatifs à ses opérations d'assurances collectives, correspondant aux revenus des placements, et à la redistribution affectée à l'année des plus-values réalisées, nettes des moins-values constatées et des dotations aux provisions à caractère réglementaire, avec un maximum fixé à 100% de ce taux de référence sous déduction de 0,5 point. Ce taux pourra être révisé à la hausse si lors de la présentation des comptes de résultat à la Commission de Suivi, le comportement du régime s'avère stabilisé sur plusieurs exercices.

La rémunération financière des provisions mathématiques est obtenue en appliquant ce taux de rémunération contractuel, à la moyenne des provisions existantes en début et fin d'année.

La rémunération financière de 66 % de la réserve est obtenue en appliquant ce taux de rémunération contractuelle à son montant atteint au 1^{er} janvier de l'année considérée.

Pour le calcul des intérêts sur le reliquat du solde déficitaire, ce taux de rémunération contractuel est porté à 100% du taux de référence issu des actifs prévoyance d'AXA France Vie relatifs à ses opérations d'assurances collectives, correspondant aux revenus des placements et à la redistribution affectée à l'année des plus-values réalisées, nettes des moins-values constatées et des dotations aux provisions à caractère réglementaire.

Handwritten signatures and initials:
M
CB
AA
746

19.3 - Compte de résultats

Pour chaque année civile, AXA France Vie établit un compte de résultats, comme suit :

Au Crédit :

- les cotisations nettes de taxes,
- les provisions mathématiques au 31/12 de l'année précédente (provisions pour risque croissant et provisions techniques pour rente en cours de service, frais de service inclus),
- les provisions pour sinistres à payer, connus et inconnus au 31/12 de l'année précédente,
- la rémunération financière des provisions mathématiques.

Au débit :

- les prestations servies au cours de l'année,
- les provisions mathématiques au 31/12 de l'année considérée (provisions pour risque croissant et provisions techniques pour rente en cours de service),
- les provisions pour sinistres à payer, connus et inconnus au 31/12 de l'année considérée,
- les frais, représentant 0,013 % de la base des cotisations, et 1 % des prestations servies au cours de l'année.

Le résultat de l'exercice est issu des éléments de crédit et de débit décrits ci-dessus.

19.4 - Affectation du résultat

Le solde global est égal à la somme (négative ou positive) :

- du résultat de l'exercice (bénéficiaire ou de son déficit non compensé),
- du reliquat éventuel du solde global déficitaire de l'année précédente, majoré d'intérêts.

Lorsque le solde global est bénéficiaire, il est attribué à l'alimentation de la réserve spéciale, à hauteur de 95% de son montant:

Lorsque le solde global est déficitaire, il est compensé, par prélèvement sur la réserve spéciale, dans la limite de son montant.

Le reliquat éventuel du solde global déficitaire est reporté l'année suivante..

19.5 - Réserve spéciale

La réserve spéciale est alimentée par attribution de 95% du solde global du compte, lorsqu'il est bénéficiaire.

Chaque année, elle bénéficie d'une rémunération financière.

Ladite réserve sert à compenser, dans la limite de ses disponibilités, le solde global éventuellement déficitaire du compte de résultats.

19.6 - Cessation du compte en cas de résiliation du contrat

En cas de résiliation du contrat, le compte de résultats cesse d'être établi, et les rentes en cours de service, ou garanties, cessent d'être revalorisées.

La réserve spéciale est utilisée de manière à combler les éventuels déficits du compte de résultats, et les reliquats des financements liés aux changements de barème de calcul des provisions. En cas d'insuffisance pour constituer les provisions au niveau requis, le barème de réduction des droits serait ajusté en conséquence. En revanche, en cas d'excédents prévisibles, le barème de réduction sera ajusté en vue d'utiliser au mieux la réserve spéciale pour consolider les droits des salariés.._____

Handwritten signatures and initials:
M CB
WD
AA
na
7an

Chapitre II

DISPOSITIONS COMMUNES A L'ENSEMBLE DES GARANTIES

Article 1 - Définitions générales caractérisant la dépendance

Pour caractériser l'état de dépendance, les assureurs feront appel aux notions suivantes :

1.1 - Les groupes GIR de la grille AGGIR (Autonomie gérontologique groupe iso-ressources)

La grille nationale AGGIR est un outil national d'évaluation de la dépendance, déterminant le niveau des aides publiques à la dépendance.

- Le GIR 1 comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, nécessitant une présence continue d'intervenants.
- Le GIR 2 est composée de deux sous- groupes :
 - d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante
 - d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées, mais qui conservent leurs capacités motrices.
- Le GIR 3 regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale et, partiellement, leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.
- Le GIR 4 comprend les personnes qui ne peuvent pas se lever seules mais qui, une fois debout, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage.
- Le GIR 5 est composé des personnes qui sont capables de s'alimenter, s'habiller et se déplacer seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
- Le GIR 6 regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

1.2 - Les Actes de la Vie Quotidienne (AVQ)

Indépendamment du classement par référence à la grille AGGIR, l'état de dépendance physique est mesuré par la capacité des personnes dépendantes à effectuer seules certains actes de la vie quotidienne. Les assureurs de votre contrat se réfèrent aux quatre Actes de la Vie Quotidienne définis comme suit :

- Le déplacement : capacité de se déplacer dans les pièces habituelles et les locaux de service du lieu de vie, après recours aux équipements adaptés,
- L'habillage : capacité à s'habiller et à se déshabiller correctement et complètement,
- L'alimentation : capacité à se servir et à manger de la nourriture préalablement préparée,
- La toilette : capacité à satisfaire, de façon spontanée, à un niveau d'hygiène corporelle conforme aux normes usuelles,

M CB
W
AA
744

3 n c

1.3 - Test « Blessed »

Le test « Blessed » est un outil permettant d'évaluer l'état de dépendance psychique : ce test est défini en annexe 1, il doit être réalisé par le neurologue ou le psychiatre traitant, par interrogation de la personne dépendante et de son entourage.

1.4 - Les domaines de la prescription médicale:

Il s'agit de domaines de prescription médicale permettant d'évaluer le niveau d'un état de dépendance:

- L'assistance constante d'une tierce personne complétant les services de soins à domicile
- L'hospitalisation en centre de long séjour
- L'hébergement en section de cure médicale,
- L'hospitalisation en établissement psychiatrique lorsque l'assuré est atteint de démence incurable.

Article 2 - Définition de l'état de dépendance au sens du contrat

L'état de dépendance se caractérise par l'une des deux situations définies ci-dessous. Cet état doit être consolidé et permanent et être reconnu par le conseil médical des Assureurs.

2.1 - Dépendance totale

Est considéré comme étant en état de dépendance totale, l'assuré satisfaisant aux deux conditions cumulatives suivantes:

- être reconnu dans une situation de dépendance correspondant aux groupes 1 ou 2 de la grille AGGIR,
- justifier d'une prescription médicale dans l'un des domaines définis à l'article 1.4 ci-dessus, et selon la nature de la dépendance :
 - dépendance physique : être incapable d'exercer seul au moins 3 des 4 AVQ
 - dépendance psychique : être atteint d'une démence médicalement diagnostiquée et constatée, après examen des résultats au test psychotechnique « Blessed », en obtenant un score à l'échelle A supérieur à 18, et un score à l'échelle B inférieur à 10. L'évaluation du score est établie par les assureurs.

2.2 - Dépendance partielle

Est considéré comme étant en état de dépendance partielle, l'assuré satisfaisant aux deux conditions cumulatives suivantes :

- être reconnu dans une situation de dépendance correspondant aux groupes 1, 2 ou 3 de la grille AGGIR
- selon la nature de la dépendance :
 - dépendance physique : être incapable d'exercer seul au moins 2 des 4 Actes de la Vie Quotidienne (AVQ)
 - dépendance psychique : être atteint d'une démence médicalement diagnostiquée et constatée après examen des résultats au test psychotechnique « Blessed », en obtenant un score à l'échelle A supérieur à 15, et un score à l'échelle B inférieur à 15. L'évaluation du score est établie par les assureurs.

Handwritten notes and signatures: "CB", "AA", "744", and other illegible scribbles.

L'état de dépendance partielle avec un classement en GIR 4, 5 ou 6 n'ouvre pas droit aux prestations des assureurs.

A tout moment, les assureurs peuvent mettre en œuvre un contrôle médical afin de constater la réalité de l'état de dépendance de l'assuré.

Article 3 - Reconnaissance de l'état de dépendance.

Préalablement à toute démarche visant à faire reconnaître un état de dépendance en vue de bénéficier des prestations décrites aux articles 4 et 5 du chapitre III ou au chapitre IV, l'assuré doit contacter AXA Assistance qui lui indiquera selon sa situation, la procédure à suivre et l'assistera pour la constitution de son dossier de demande.

La qualification d'un état en dépendance partielle ou totale, au sens du contrat, fait intervenir la compétence du conseil médical des assureurs, qui statuera à partir d'un dossier de demande que l'assuré ou son aidant aura constitué et envoyé aux assureurs avec notamment les pièces justificatives suivantes :

- certificat médical établi par le médecin traitant attestant que l'état de l'assuré correspond médicalement à la classification en GIR 1, 2 ou 3,
- certificat médical établi par le médecin traitant sur formulaire détaillé fourni par l'Assureur,
- en cas de dépendance psychique, test « Blessed » dûment complété par le neurologue ou le psychiatre traitant,
- le cas échéant :
 - notification d'attribution de l'APA,
 - certificat attestant l'hospitalisation en centre de long séjour,
 - certificat attestant l'hébergement en section de cure médicale,
 - certificat attestant l'hospitalisation en établissement psychiatrique, en cas de démence incurable,
 - décomptes et notifications de la Sécurité sociale (ou un régime équivalent) si l'assuré est âgé de moins de 60 ans,
 - si l'assuré en était bénéficiaire, tout changement de nature des prestations de la Sécurité Sociale.

Les pièces médicales seront envoyées sous pli confidentiel à l'attention du conseil médical des assureurs.

L'assuré peut contacter AXA Assistance en vue de se faire apporter aide et conseils, au titre des garanties d'assistance accordées avant l'entrée en dépendance, pour la constitution de son dossier de demande.

Le dossier de demande comportera obligatoirement le rapport médical à compléter par le médecin traitant, décrivant l'état de dépendance de l'assuré. Ce rapport devra avoir été établi moins d'un mois avant la date d'envoi du dossier complet, le cachet de la poste faisant foi. A défaut, l'envoi du dossier ne pourra permettre l'ouverture des droits à prestations.

Le conseil médical des assureurs reconnaît l'état de dépendance sur la base des justificatifs fournis. Il se réserve la possibilité de faire procéder à un contrôle médical pour constater la réalité de l'état de dépendance de l'assuré, selon les conditions décrites à l'article 4 contrôle médical.

Si après examen du dossier complet, le conseil médical des assureurs reconnaît que l'assuré est dans un état de dépendance garanti selon les conditions du présent contrat, les droits à prestations sont ouverts à compter de la date de signature du rapport médical complété par le médecin traitant.

Handwritten signatures and initials:
A
CB
AA
7m

Article 4 - Contrôle médical

A tout moment les assureurs peuvent mettre en œuvre un contrôle médical afin de constater la réalité de l'état de dépendance de l'assuré.

Le service des prestations est subordonné, sous peine de suspension des paiements, à l'obligation de l'assuré de se soumettre aux contrôles demandés par l'assureur.

L'assuré doit en particulier fournir toutes les pièces justificatives et se prêter à toute expertise médicale que le médecin désigné par l'assureur juge utile pour apprécier son état.

Les décisions des assureurs relatives au refus d'ouverture, à la réduction ou à la cessation des prestations, prises en fonction des conclusions du médecin qu'ils ont désigné, sont notifiées à l'assuré par lettre recommandée.

Si l'assuré conteste les conclusions du médecin désigné par Axa France Vie, il est procédé à une expertise effectuée par un autre médecin, choisi d'un commun accord par l'assureur et l'assuré, à partir de la liste de médecins experts proposés par Axa France Vie. Faute d'entente sur son choix, désignation en est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré.

Dans ce cas, les conclusions de cette dernière expertise sont opposables à l'assuré, ainsi qu'à Axa France Vie, sans que l'assuré puisse se prévaloir de la poursuite de l'indemnisation, le cas échéant, de la Sécurité sociale ou du Conseil Général (Aide Personnalisée Autonomie).

Axa France Vie et l'assuré supportent chacun la moitié des frais relatifs à la nomination et à l'intervention du médecin expert.

Tant que cette dernière expertise n'a pas été menée à son terme, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire pour le règlement des prestations.

Handwritten signatures and initials:
A large stylized signature (possibly 'M') and the initials 'GB' are at the top right.
Below them are several other initials and signatures, including 'AA', 'AA', and 'AA', some with dates like '7/12'.

Chapitre III

LES GARANTIES D'ASSISTANCE

Article 1 - Objet des garanties

Les garanties décrites ci-après ont pour objet d'apporter des réponses pratiques et progressives aux assurés qui sont confrontés aux différents problèmes liés à la dépendance.

Par ailleurs, les assurés ont libre accès au site web d'AXA Assistance consacré à « l'aide aux aidants ».

Article 2 - Définitions Complémentaires

2.1 - Aidant

L'aidant est le salarié agissant pour le compte de son ayant droit dépendant (père ou mère).

2.2 - Animaux domestiques

Les animaux domestiques sont les animaux de compagnie, et familiers, appartenant à l'assuré, et vivant habituellement à son domicile : chiens et/ou chats uniquement, à l'exclusion de toute autre espèce, à condition toutefois qu'ils aient subi les vaccinations dans les délais prescrits par la législation en vigueur en France, le carnet de vaccinations faisant foi, sous réserve des dispositions de la loi n° 99-5 du 06 janvier 1999 relative aux animaux dangereux et errants, et à la protection des animaux.

Les animaux domestiques dressés à l'attaque sont exclus.

2.3 - Domicile

Le domicile est le lieu de résidence principal et habituel de l'assuré. Il est situé en France métropolitaine ou dans le département de la Réunion.

2.4 - Territorialité

Les garanties sont accordées uniquement en France métropolitaine et dans le département de la Réunion, au domicile de l'assuré.

2.5 - Équipe médicale

Equipe pluridisciplinaire composée de professionnels de santé d'AXA Assistance, et organisée autour de médecins conseil.

M CB
17
146
AA

2.6 - Besoin de répit

Etat du salarié le rendant momentanément incapable d'assumer sa charge d'aidant. Il peut être consécutif à :

- ✓ une maladie imprévue du salarié le mettant dans l'impossibilité d'assumer les tâches d'aide à son parent assuré, et dont il était habituellement responsable,
- ✓ une immobilisation imprévue du salarié le mettant dans l'impossibilité d'assumer les tâches d'aide à son parent assuré, et dont il était habituellement responsable,
- ✓ un état d'épuisement psychologique et physique du salarié justifiant un besoin de répit.

Cet état est évalué par l'équipe médicale d'AXA Assistance sur la base d'un entretien avec le salarié, étant entendu qu'elle se réserve la faculté de réclamer tout justificatif médical, et de prendre contact avec son médecin traitant.

2.7 - Litige

Opposition d'intérêts, désaccord ou refus opposé à une réclamation dont l'assuré est l'auteur, ou le destinataire, conduisant à faire valoir des prétentions en demande ou en défense à l'amiable.

2.8 - Fait générateur du litige

Apparition d'une difficulté juridique matérialisée par l'atteinte à un droit ou par le préjudice que l'assuré a subi ou causé à un tiers, avant toute réclamation s'y rattachant.

2.9 - Convention d'honoraires

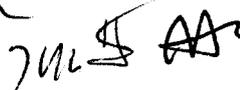
Convention signée entre l'avocat et son client fixant les honoraires et les modalités de règlement. Cette convention est rendue obligatoire sauf urgence en assurance de protection juridique du fait du décret N° 2007-932 du 15 mai 2007.

2.10 - Faits générateurs

Les faits générateurs ouvrant droit à garanties au titre du présent chapitre sont :

- ✓ Besoin d'information en lien avec la dépendance,
- ✓ Etat de dépendance,
- ✓ Besoin de répit du salarié,
- ✓ Litige.

Article 3 - Garanties d'assistance accordées avant l'entrée en dépendance

Les garanties ci-dessous sont accordées à tout assuré au présent contrat.

3.1.- Informations et conseil « dépendance »

AXA Assistance met à la disposition des assurés un service de renseignements téléphoniques accessible de 8h00 à 20h00 du lundi au vendredi.

Selon les cas, AXA Assistance devra se documenter ou effectuer des recherches et rappeler l'assuré afin de lui communiquer les renseignements attendus.

Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire, et la responsabilité d'AXA Assistance ne pourra en aucun cas être engagée du fait de l'interprétation des informations transmises.

Les thèmes sont les suivants :

3.1.1. Informations administratives et sociales par téléphone :

- ✓ Les aides disponibles,
- ✓ Les associations œuvrant dans le domaine de la dépendance,
- ✓ La législation des tutelles (la capacité juridique),
- ✓ Succession, décès, contrats obsèques,
- ✓ Fiscalité, exonérations, charges à déduire, calcul de l'impôt,
- ✓ Habitation, aménagement et matériels spécifiques,
- ✓ Démarches à entreprendre.

3.1.2. Informations médicales par téléphone :

- ✓ Santé au quotidien, Informations médicales relatives à la dépendance et au grand âge,
- ✓ Hygiène de vie Aménagement de l'habitat,
- ✓ Pathologies : informations,
- ✓ Prévention des maladies graves,
- ✓ Techniques nouvelles,
- ✓ Examens médicaux,
- ✓ Médicaments.

Handwritten signatures and initials:
A large signature on the right.
CB
B
AA
7/11/11

3.2 - Information juridique par téléphone

En prévention d'un éventuel litige et pour aider l'assuré à contourner au mieux toutes difficultés juridiques, AXA Assistance met à sa disposition un service d'informations juridiques par téléphone. L'assuré est renseigné sur ses droits et obligations. Des juristes sont à son écoute. Ils lui délivrent une information juridique et pratique et l'orientent sur les démarches à entreprendre. La prestation d'information juridique par téléphone est délivrée dans les domaines du droit français en prévention de litige relatif aux sujets suivants :

- ✓ Conflit avec un employé de maison de l'assuré,
- ✓ Succession, donation de l'assuré,
- ✓ Conflit avec le tuteur, protection des incapables,
- ✓ Conflit avec un organisme de prestation sociale pour un problème concernant l'assuré,
- ✓ Droit de visite des enfants, petits enfants,
- ✓ Information pénale sur abus de faiblesse, escroquerie,
- ✓ Relations avec le juge concernant la gestion des droits,
- ✓ Caution accordée par l'assuré,
- ✓ Pension alimentaire en faveur de l'assuré,
- ✓ Mandat de protection future,
- ✓ Hospitalisation d'office de l'assuré.

3.3 - Téléassistance Fil Bleu

AXA Assistance propose un service d'aide à la sécurité des assurés et à leur maintien à domicile. Il permet d'obtenir une réponse rapide et adaptée en cas d'incident à domicile ainsi que des services complémentaires.

Le contenu et les modalités d'application de ce service font l'objet d'un contrat individuel à souscrire séparément. Le service est proposé avec une réduction de 15% sur le prix public pour tout assuré au titre du présent contrat.

Article 4 - Garanties d'assistance accordées en cas de dépendance

Les garanties ci-dessous sont accordées à tout assuré en état de dépendance tel que défini à l'article 2- Définition de l'Etat de Dépendance du chapitre 2- Dispositions communes à l'ensemble des garanties.

4.1 - Bilan initial de la situation de dépendance

A la demande du salarié pour lui même ou pour un parent assuré, AXA Assistance organise et prend en charge le déplacement d'un professionnel de santé au domicile de l'assuré dépendant, afin de réaliser une évaluation complète et personnalisée de la situation.

Cette évaluation prend en compte notamment, sur la base d'un questionnaire approprié :

- la situation et les attentes de l'assuré dépendant : aides au jour le jour, évaluation du lieu de vie, équipement du domicile, réseaux de proximité,
- la situation et les attentes du salarié agissant en qualité d'aidant : degré d'implication, situation psychologique, éloignement du domicile de son parent, **AXA Assistance ne prend en charge qu'un seul bilan initial par assuré dépendant.**

Handwritten signatures and initials: GB, NA, 76h, and other illegible marks.

4.2 - Réalisation d'un « projet de vie personnalisé parent / aidant »

Sur la base des informations collectées lors du bilan initial de la situation de dépendance, AXA Assistance transmet par courrier au salarié un document récapitulatif des éléments d'évaluation et présentant les préconisations adaptées à la situation de l'assuré dépendant.

Les rubriques couvertes par ce document personnalisé seront les suivantes :

- ✓ Résumé de la situation et des attentes des assurés,
- ✓ Préconisations en matière d'équipement, de prestations de services,
- ✓ Coordonnées des prestataires de service ou d'équipement,
- ✓ Coordonnées des organismes d'aide,

Après la remise du document, AXA Assistance pourra fournir au salarié et à sa demande, un conseil personnalisé par téléphone, afin d'obtenir les aides publiques ou privées susceptibles de financer tout ou partie des travaux.

Le coût des équipements et des prestations reste à la charge de l'assuré.

4.3 - Bilan d'adaptation

Sur recommandation suite à l'application de la garantie précitée «**Bilan initial de la situation de dépendance**», et sur décision de l'équipe médicale, AXA Assistance organise et prend en charge dans la limite de **500 € TTC** l'intervention d'un spécialiste (ergothérapeute ou professionnel du bâtiment). Ce dernier détermine et évalue les mesures complémentaires à prendre en vue d'adapter l'habitat aux besoins de l'assuré, et adressera un document détaillant les aménagements proposés, et leur coût.

A la demande du salarié, AXA Assistance lui fournit par téléphone un conseil personnalisé, afin d'obtenir les aides publiques ou privées susceptibles de financer tout ou partie des travaux nécessaires.

Le coût des aménagements reste à la charge de l'assuré.

4.4 - Bilan de suivi de la situation de dépendance

En cas de changement significatif de la situation de vie, ou d'aggravation de l'état médical de l'assuré dépendant, à la demande du salarié, et sur avis de l'équipe médicale d'AXA Assistance, un nouveau bilan de suivi de la dépendance sera pris en charge par AXA Assistance, dans la limite de un par an, et de deux au total par assuré.

Ce bilan de suivi est réalisé selon les mêmes modalités que le bilan initial décrit à l'article 4.1 ci-dessus.

Le premier bilan de suivi ne pourra avoir lieu dans la même année que le bilan initial.

Handwritten signatures and initials:
A large signature on the left.
A signature with "CB" above it on the right.
A signature with "AA" below it on the right.
Other initials and scribbles are present.

4.5 - Accompagnement social

Du lundi au vendredi, de 8 H 00 à 20 H 00, AXA Assistance répond aux demandes d'accompagnement et de conseil social du salarié.

Cet accompagnement est effectué avec le salarié par téléphone, sur la base, notamment, des informations disponibles dans son dossier et régulièrement mises à jour à chaque contact.

Il est réalisé par un(e) Assistant(e) Social(e) qui est dédié (e) au suivi personnalisé de son dossier.

Celui-ci (celle-ci) :

- ✓ l'aidera à organiser ses démarches auprès des organismes appropriés tels que l'APA,
- ✓ l'aidera à prendre contact, s'il le souhaite, avec lesdits organismes ou services sociaux concernés,
- ✓ le conseillera pour organiser au mieux sa vie et celle de l'assuré dépendant, en tenant compte des évolutions, médicales ou autres, du contexte.

4.6 - Service messagerie

En dehors des heures d'accessibilité du service d'accompagnement social, AXA Assistance met à la disposition du salarié un service qui réceptionne les demandes du salarié liées à sa situation de dépendance, et les transmet aux professionnels concernés dans les meilleurs délais.

4.7 - Aide à la recherche de centres spécialisés

A la demande du salarié, AXA Assistance met à sa disposition un service d'aide à la recherche de Centres Spécialisés tels que :

- ✓ les maisons de retraite,
- ✓ les maisons de repos,
- ✓ les maisons de repos et de soins,
- ✓ les résidences service,
- ✓ les centres de soins,
- ✓ les centres spécialisés dans le traitement et la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, ...

Après vérification des principaux critères de choix,

- ✓ budget souhaité,
- ✓ degré d'urgence,
- ✓ besoins médicaux,
- ✓ degré d'éloignement.

AXA Assistance communique au salarié la liste de 3 établissements susceptibles de répondre au mieux aux exigences précitées, et fournit toute information nécessaire concernant les prix, les délais d'attente, la disponibilité de places, la distance au domicile, les spécificités de l'établissement.

A la demande du salarié, AXA Assistance lui adresse par courrier ou par mail les fiches descriptives détaillées des trois établissements sélectionnés.

Handwritten notes and signatures at the bottom right of the page, including initials like "GB", "na", "742", and "JAA".

4.8- Garde et transfert des animaux domestiques

A la demande de l'assuré dépendant, si ses animaux domestiques ne peuvent bénéficier de leur garde habituelle, AXA Assistance organise dans un rayon de 50 km du domicile dudit assuré :

- ✓ soit le transfert et la garde des animaux jusqu'à la pension la plus proche du domicile.
- ✓ soit le transfert des animaux au domicile d'un proche.

Les coûts de transfert ou de gardiennage des animaux restent à la charge de l'assuré.

4.9 - Aide juridique à la signature de contrats

A sa demande, lorsque l'aidant d'un parent dépendant envisage de signer un contrat avec un centre spécialisé, il peut être assisté dans sa lecture et sa compréhension. Lorsqu'une difficulté juridique est identifiée, le projet de contrat est soumis à un avocat. Il confirmera à l'aidant, par écrit, sa validité juridique ou proposera le cas échéant un aménagement.

Les frais liés à la prestation sont pris en charge **dans la limite de 500 € TTC par année d'assurance.**

La prestation s'applique aux contrats rédigés en langue française et relevant du droit français. Elle porte **exclusivement** sur les contrats avec une maison de retraite, de repos ou une résidence médicalisée.

4.10 - Organisation de services

A la demande du salarié, AXA Assistance organise, du lundi au vendredi de 8 H 00 à 20 H 00, les services suivants :

- ✓ accompagnement de l'assuré dépendant dans ses déplacements sous réserve que son état permette ce déplacement,
- ✓ recherche de personnel : aide ménagère, auxiliaire de vie, garde d'enfant, personne de compagnie,
- ✓ livraison de courses,
- ✓ service de pressing,
- ✓ coiffeur,
- ✓ portage de repas,
- ✓ pédicure,
- ✓ petit dépannage (serrurerie, plomberie, électricité, vitrerie),
- ✓ petit jardinage,
- ✓ petit bricolage.

Par organisation, on entend :

- ✓ recueil des besoins de l'assuré dépendant,
- ✓ recherche de prestataires, y compris ceux habilités à recevoir un paiement en CESU,
- ✓ présentation de deux devis minimum,
- ✓ sur acceptation du devis, organisation de la prestation ou du premier rendez-vous.

Le coût de la prestation reste à la charge de l'assuré.

Handwritten signatures and initials:
A large signature on the right side.
Initials "GB" in the top right.
Initials "AA" in the bottom right.
Other initials and scribbles in the bottom right area.

4.11 - Recherche de fournisseurs

A la demande du salarié et après analyse de ses besoins, AXA Assistance recherche et propose une sélection appropriée de fournisseurs pour l'achat d'équipements du domicile, de matériel médicalisé et de produits de soin consommables.

Le coût de ces fournitures, équipements, matériel ou produits reste à la charge de l'assuré.

4.12 - Mise à disposition d'un juriste en cas de litige

En cas de litige en matière d'achat de matériel médical et paramédical, prestations sociales, petits travaux d'aménagements de la résidence de l'assuré dépendant, emploi à domicile, remise en cause du mandat de protection future et contestation d'une hospitalisation d'office, pour trouver une solution adaptée et défendre au mieux ses intérêts, **sous réserve que l'assuré n'ait pas eu connaissance du fait générateur du litige à la date de prise d'effet du contrat**, AXA Assistance met à disposition de l'aidant, un juriste qui :

Conseille :

Un juriste analyse les aspects juridiques de la situation litigieuse. A partir de cette analyse, un conseil personnalisé est délivré en vue de sa résolution. La stratégie est définie de concert avec l'aidant. Il est conseillé pour prendre la meilleure décision sur la conduite à tenir.

Et recherche une solution amiable :

En accord avec l'aidant, le juriste intervient directement auprès de son adversaire. Le juriste lui expose son analyse de l'affaire et lui rappelle les droits de l'aidant. Toutefois, l'aidant sera assisté ou représenté par un avocat, lorsque lui ou nous serons informés que la partie adverse est défendue dans les mêmes conditions. A ce titre, l'aidant dispose toujours du libre choix de son avocat. Lorsque le litige nécessite le recours à une expertise amiable ou à un constat d'huissier, le juriste fait appel à des prestataires spécialisés avec lesquels il travaille habituellement. Le cadre de leur mission est défini et les frais sont pris en charge **dans la limite de 800 € TTC.**

Le juriste n'intervient pas dans la défense judiciaire des intérêts de l'aidant. Toutefois s'il le désire, l'aidant peut être mis en relation avec un avocat ou un expert, sous réserve d'une demande écrite de sa part. Le juriste lui en communique alors les coordonnées. L'aidant sera ainsi en relation directe avec l'avocat ou l'expert.

Le règlement des frais et honoraires d'avocat et d'expert reste à la charge de l'assuré.

Article 5 - Garanties accordées en cas de besoin de répit du salarié

Les garanties ci-dessous sont accordées à tout salarié agissant en tant qu'aidant d'un assuré reconnu en état de dépendance tel que défini à l'article 2- Définition de l'Etat de Dépendance du chapitre 2- Dispositions communes à l'ensemble des garanties.

5.1 - Assistance psychologique par téléphone

A la demande du salarié, AXA Assistance organise et prend en charge une assistance psychologique par téléphone avec un spécialiste, du lundi au vendredi, de 8 H 00 à 20 H 00, dans la limite de trois entretiens

Handwritten notes and signatures:
A large handwritten mark resembling a stylized 'M' or 'W' is at the top right.
Below it, the initials 'GB' are written.
Further down, there are several scribbled-out signatures and initials, including what looks like 'AA' and '7/11'.

de 30 minutes par an.

5.2 - Présence d'un auxiliaire de vie

A la demande du salarié, AXA Assistance s'engage à organiser sous 48 heures maximum, la venue d'un auxiliaire de vie au domicile de l'assuré dépendant.

Le coût de la prestation reste à la charge de l'assuré.

5.3 - Aide à la recherche et transport vers des centres d'accueil temporaire

A la demande du salarié, AXA Assistance met à sa disposition, dans les conditions définies à l'article 4.7 un service d'aide à la recherche de Centres d'accueil temporaires tels que :

- ✓ les centres de court séjour,
- ✓ les centres d'accueil de jour,

Après sélection du centre approprié par le salarié, AXA Assistance organise et prend en charge le transport de l'assuré dépendant vers l'établissement choisi dans la limite de **100€**.

Article 6 - Conditions générales d'application des garanties d'assistance

6.1 - Mise en jeu des garanties

Les assurés sont identifiés sur simple mention du nom et du numéro de contrat du souscripteur.

Pour la mise en jeu des garanties décrites aux articles 4 et 5 du présent chapitre, ils devront en outre communiquer à AXA Assistance, selon le cas, les pièces justificatives suivantes :

- ✓ Justificatif d'appartenance à l'entreprise adhérente,
- ✓ Les pièces justificatives mentionnées à l'article 3 .du chapitre II,
- ✓ Pièce justificative du lien de parenté avec la personne dépendante.

AXA Assistance s'engage à mobiliser tous les moyens nécessaires pour délivrer l'ensemble des garanties prévues dans les présentes conditions générales.

Seules les prestations organisées par ou en accord avec AXA Assistance sont prises en charge dans les limites prévues par le contrat.

AXA Assistance intervient dans le cadre fixé par les lois et règlements nationaux et internationaux.

Handwritten notes and signatures:
m
GB
KD
AA
B
na
746

En cas d'événement nécessitant l'intervention d'AXA Assistance, la demande doit être adressée directement :

- par téléphone : 01 55 92 13 22

- par télécopie : 01 55 92 40 50

Tout courrier ou correspondance doit être adressé à :

« AXA Assistance- Service assistance dépendance »

Le Carat

6, rue André Gide

92320 Châtillon

Les courriers et pièces justificatives de nature médicale doivent être adressés à l'adresse ci-dessus au « Médecin conseil d'AXA Assistance ».

La gestion des prestations d'assistance juridique décrites aux articles 3.2, 4.10 et 4.13 du présent chapitre est confiée par AXA Assistance à JURIDICA, dont le siège est situé 1, place Victorien Sardou, 78160 Marly Le Roi. Les échanges afférents à cette gestion se poursuivent directement entre l'assuré et Juridica après transmission de la demande par AXA Assistance.

6.2 - Assistance à la demande

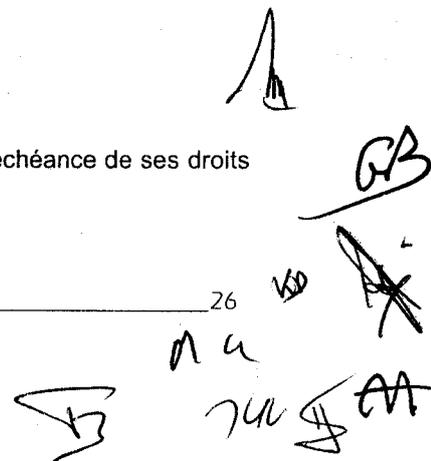
A défaut de satisfaire aux conditions requises à la reconnaissance d'un besoin de répit ou de l'état de dépendance par AXA Assistance conformément à l'article 2.6 du présent chapitre et à l'article 2 du chapitre II, les garanties décrites aux articles 4 et 5 du présent chapitre pourront être mises en œuvre sur demande du salarié et lui seront facturées par AXA Assistance au tarif en vigueur au moment de leur exécution.

6.3 - Accord préalable

L'organisation par l'assuré ou par son entourage, de tout ou partie des garanties prévues au chapitre III du présent contrat sans l'accord préalable d'AXA Assistance, matérialisé par un numéro de dossier, ne peut donner lieu à remboursement.

6.4 - Déchéance des garanties

Le non-respect par l'assuré de ses obligations envers AXA Assistance entraîne la déchéance de ses droits tels que prévus dans le présent contrat.

Handwritten signatures and initials in the bottom right corner, including a large signature, 'GB', 'AA', and other illegible marks.

Article 7 - Conditions restrictives d'application

7.1 - Limitation de responsabilité

AXA Assistance ne peut être tenue pour responsable d'un quelconque dommage, subi par un assuré à la suite d'un incident ayant nécessité l'intervention des services d'assistance.

AXA Assistance ne peut se substituer aux organismes locaux ou nationaux de secours d'urgence ou de recherche, et ne prend pas en charge les frais engagés du fait de leur intervention.

7.2 - Circonstances exceptionnelles

L'engagement d'AXA Assistance repose sur une obligation de moyens, et non de résultat.

AXA Assistance ne peut être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution des garanties provoqués par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non, la mobilisation générale, toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités, tout acte de sabotage ou de terrorisme, tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire, toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes, les cataclysmes naturels, les effets de la radioactivité, les épidémies, tout risque infectieux ou chimique, tous les cas de force majeure.

M

CB

[Signature]

AC

744

[Signature]

[Signature]

Chapitre IV

LA GARANTIE D'ASSURANCE DEPENDANCE

Article 1 - Objet de la garantie

La garantie a pour objet le service d'une rente viagère en cas de dépendance totale du salarié.

La garantie est accordée à tout salarié reconnu par l'assureur - selon les dispositions de l'article 3 du chapitre 2 Dispositions communes à l'ensemble des garanties-, en état de dépendance totale tel que défini à l'article 2.1 du même chapitre.

Article 2 - Montant des prestations- effet et cessation des prestations

2.1 - Prise d'effet et montant de la rente

Pour l'année civile de la prise d'effet du présent contrat, le montant annuel de la rente garantie est fixé à 4800 Euros.

Ce montant garanti est revalorisé périodiquement selon les dispositions prévues à l'article 19 du chapitre 1.

La rente prend effet au 1er jour du mois qui suit l'expiration d'un délai de franchise de 90 jours continus écoulé depuis la date d'ouverture du droit à prestations.

2.2 - Modalités de paiement de la rente et cessation

La rente annuelle est payable mensuellement par douzième à l'assuré, à la fin de chaque mois civil.

Pour permettre le maintien du service de la rente, l'adhérent doit fournir, au mois de janvier de chaque année, un certificat de vie portant la mention « non décédé ».

La rente cesse à la date du décès de l'assuré, et dans ce cas, aucun prorata n'est dû.

2.3 - Revalorisation de la rente

La rente est revalorisée chaque année sur décision de la commission de suivi selon les dispositions prévues à l'article 19 du chapitre 1.

En cas de résiliation du contrat, les rentes cessent d'être revalorisées. Leur montant sera alors égal au montant atteint à la date de résiliation.

M *GB*

ED *AA*

B *Mh* *746* *AA*

ANNEXE 1

Maintien de l'assurance en cas de congés sans solde

L'assurance est maintenue, compte tenu des dispositions ci-après, aux salariés dont le contrat de travail est suspendu postérieurement à leur admission à l'assurance, pour l'un des congés visés ci-dessous :

- congé parental d'éducation,
- congé pour création d'entreprise,
- congé de soutien familial,
- congé sabbatique,
- congé individuel de formation.

Date d'effet, Formalités

La date d'effet de la garantie individuelle est celle de la suspension du contrat de travail, sous réserve que la demande individuelle d'affiliation soit adressée aux assureurs dans le mois qui suit ladite date. Le dépassement de ce délai entraîne forclusion définitive.

Garanties assurées

Les garanties assurées sont :

- les garanties d'assistance décrites au chapitre III
- la garantie d'assurance dépendance décrite au chapitre IV.

Les périodes de cotisation à titre individuel sont prises en compte dans le calcul de la durée de cotisation prévue à l'article 7 du chapitre 1 pour le maintien de la garantie réduite.

Base de cotisation

La cotisation demeure celle prévue pour le personnel en activité, étant précisé que la rémunération annuelle est celle correspondant aux douze derniers mois d'activité, revalorisée au 1er Janvier de chaque année, en fonction de l'évolution de la valeur du point du régime de retraite de l'ARRCO.

Cessation du maintien de l'assurance

Le maintien de l'assurance cesse à la date de fin du congé en question et, en tout état de cause, dans les cas prévus à l'article 5.1 du chapitre 1 Dispositions générales.

M GB
MD
AA
AA



Assurance Groupe Dépendance

**Notice d'Information comportant les dispositions des
Conditions Générales**

Convention d'assurance n°800.8031

Handwritten signatures and initials:
A stylized signature above "CB".
A signature above "AA".
Initials "ML" and "744" below the "AA" signature.
A signature above "AA" on the right side.

Objet de la notice

Cette notice a pour but de vous informer des termes de la convention « Assurance Groupe Dépendance » n° 800.8031 (conclue entre nous, société d'assurance du groupe AXA, et l'UGIPS), que votre Employeur met à votre disposition pour poursuivre, en cas de rupture de votre contrat de travail, la couverture du risque dépendance dont vous avez bénéficié, en tant que salarié, pendant votre activité, dans le cadre d'un contrat « Aide aux aidants » en acquisition collective de droits.

Nous utiliserons régulièrement les termes suivants :

Le terme « **vous** », vous désigne en tant que postulant à l'assurance, ou assuré au titre de la convention « Assurance Groupe Dépendance ».

Le terme « **nous** » ou encore « **l'assureur** », désigne la société d'assurance garantissant le risque souscrit.

UGIPS désigne « UGIPS Association », personne morale qui a souscrit le contrat auprès des assureurs.

L'UGIPS est une association de Loi 1901 à laquelle vous adhérez préalablement.

« **UGIPS Gestion** » est mandatée par l'assureur pour effectuer la gestion administrative de la convention. Pour les contacter, adresser tout courrier à: UGIPS Gestion, Service Dépendance, 5, Place du Colonel Fabien, CS 90008, 75484 Paris Cedex 10

« **L'aidant** » est le parent, ou le proche, agissant pour votre compte lorsque vous êtes reconnu dépendant au sens de vos garanties.

« **Maladie** » désigne toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente, et n'ayant pas pour origine un accident tel que défini ci-dessus.

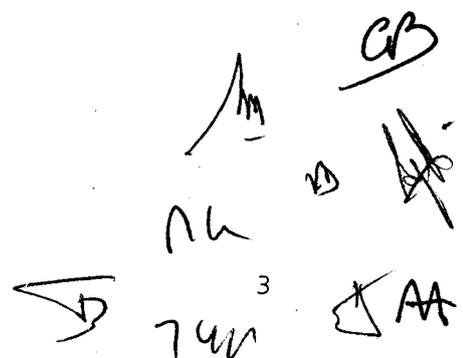
« **Accident** » désigne tout événement extérieur, soudain et indépendant de la volonté de l'intéressé.

Handwritten notes and signatures at the bottom right of the page:

- A large handwritten number "14" with a checkmark.
- A handwritten number "766" with a checkmark and a "2" next to it.
- A handwritten signature "JAA" with a checkmark.
- Other illegible handwritten marks and initials.

SOMMAIRE

Objet de la notice	2	
Chapitre 1 - Les dispositions relatives à votre contrat	4	
Article 1. Votre contrat	4	
Article 2. Effet et durée de votre contrat	4	
Article 3. Modification de la convention	5	
Article 4. Législation relative au traitement des données à caractère personnel	5	
Article 5. Votre information	5	
Article 6. Comité de gestion paritaire de la convention d'assurance	6	Supr
Article 7. Subrogation	6	
Article 8. Délai de déclaration - Prescription	6	
Chapitre 2 - Dispositions relatives à votre adhésion	7	
Article 9. Comment adhérer ?	7	
Article 10. Effet de l'adhésion et des garanties	7	
Article 11. Faculté de renonciation	8	
Article 12. Durée de l'adhésion et cessation des garanties	8	
Article 13. Votre cotisation	8	
Article 14. Valeur de réduction	9	
Chapitre 3 - Dispositions communes à l'ensemble des garanties	11	Supr
Article 15. Définitions générales caractérisant la dépendance	11	Supr
Article 16. Définition de l'état de dépendance au sens de votre contrat	12	Supr
Article 17. Reconnaissance de l'état de dépendance	12	Supr
Article 18. Contrôle médical	13	Supr
Article 19. Exclusions communes à toutes les garanties	13	Supr
Chapitre 4 - Votre garantie d'assurance dépendance	15	Supr
Article 20. Votre rente en cas de dépendance -	15	Supr
Article 21. Revalorisation des rentes	15	Supr



 CB
 AH
 744³
 AA

Chapitre 1 - Les dispositions relatives à votre contrat

Article 1. Votre contrat

Pour vous permettre de poursuivre, après rupture de votre contrat de travail, la couverture pour le risque dépendance, dont vous avez bénéficié en tant que salarié pendant votre activité, dans le cadre du contrat « Aide aux aidants » en acquisition collective de droits, souscrit par votre employeur, ce dernier a adhéré par avenant à la présente convention conclue entre :

L'UNION GENERALE INTERPROFESSIONNELLE DE PREVOYANCE SOCIALE « L'UGIPS », Association loi 1901 dont le siège est à Paris (75010), 5, place du colonel Fabien,

ET

AXA FRANCE VIE, dont le siège social est à Paris (75009), 26, rue Drouot,

Cette convention, régie par le Code des Assurances, garantit le versement de prestations périodiques viagères, si vous devenez dépendant postérieurement à la date de votre adhésion, selon les dispositions décrites dans le chapitre 3 « Votre garantie d'assurance dépendance ».

Dans ce qui suit, nous désignerons par **« votre contrat » les dispositions contractuelles de la convention et de l'avenant d'adhésion établi avec votre employeur, pour préciser le montant de la garantie, et le montant de la cotisation à laquelle vous pouvez prétendre au moment où votre contrat de travail est rompu.**

L'autorité de Contrôle de l'assureur est l'**ACAM (Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles)**, située à Paris (75009), 61 rue Taitbout.

Cette convention fait partie de l'ensemble des conventions « Assurance Groupe Dépendance » souscrites par UGIPS auprès de l'assureur et à ce titre, elle est gérée paritairement par les représentants de l'UGIPS et de l'assureur, conformément aux dispositions prévues à l'article 6 de la présente notice.

Article 2. Effet et durée de votre contrat

La convention d'Assurance Groupe Dépendance, signée entre l'UGIPS et l'assureur, est conclue à effet du 1^{er} janvier 2009, pour une durée d'un an, et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction.

Chaque avenant d'adhésion prend effet à la date convenue entre l'UGIPS et l'Employeur, pour une période allant jusqu'au trente et un décembre de l'année de sa prise d'effet, et se renouvelle ensuite, par tacite reconduction, au premier janvier de chaque année.

Votre contrat peut être résilié du fait de la résiliation :

- de la convention « Assurance Groupe Dépendance » par l'UGIPS ou l'assureur,
- de l'avenant d'adhésion à la convention, par l'UGIPS ou l'Employeur,

effectuée par lettre recommandée avec accusé de réception, et adressée à l'autre partie avant le 1^{er} novembre, le cachet de la poste faisant foi. La résiliation intervient le trente et un décembre à minuit de l'année de dénonciation par l'Employeur, l'UGIPS ou l'assureur.

La résiliation par l'Employeur du contrat « Aide aux Aidants » numéro 704.218 souscrit auprès de l'assureur, entraîne sans autre notification, la résiliation de son avenant d'adhésion à la présente Convention.

En tout état de cause, la résiliation de l'avenant à la convention « Assurance Groupe Dépendance » ou de la convention elle-même est sans effet sur votre propre adhésion, dans la mesure où celle-ci a pris effet avant la date de résiliation : vous continuerez à bénéficier de l'ensemble de vos garanties, pour le niveau souscrit, et jusqu'à leur extinction, sous réserve du paiement des cotisations.

Handwritten signatures and initials in the bottom right corner, including "CB", "AA", and "9000".

Toutefois, aucune adhésion nouvelle ne pourra être acceptée par l'assureur si la demande lui parvient au delà des quatre-vingt dix jours suivant la date de la résiliation du contrat à adhésion obligatoire « Aide aux aidants ».

Article 3. Modification de la convention

L'UGIPS et l'assureur peuvent, d'un commun accord, modifier la convention d'Assurance Groupe Dépendance.

En particulier, une décision législative ou réglementaire peut entraîner une modification des conditions préexistantes de l'assurance, ou la portée de nos engagements.

Compte tenu de l'évolution des risques et des progrès de la médecine et des technologies, il peut s'avérer pertinent de faire évoluer la convention notamment :

- si les notions auxquelles nous nous référons pour définir les états de dépendance ne correspondent plus aux pratiques professionnelles médicales en cours,
- si une évolution liée aux progrès technologiques ou à l'offre en matière de services à la personne, rend souhaitable une adaptation des garanties d'assistance.

Toute modification de vos droits et obligations sera portée par écrit à votre connaissance par l'UGIPS, dans un délai de trois mois minimum avant son entrée en vigueur.

Jusqu'à la date d'effet de cette modification, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer à votre contrat, sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et d'application immédiate.

Vous pourrez résilier votre adhésion en raison de ces modifications dans les deux mois suivant leur notification. L'Employeur pourra résilier son avenant d'adhésion dans les mêmes conditions, sans incidence pour votre adhésion en cours.

En ce qui vous concerne :

- si vous résiliez votre propre adhésion, les conditions de garantie en vigueur à la date de résiliation, s'appliqueront pour la mise en jeu de la garantie réduite, à laquelle vous pourrez éventuellement prétendre par application des dispositions de l'article 14 ci-après,
- le paiement de la cotisation due vaut acceptation des conditions modifiées, le non paiement entraîne la résiliation de votre adhésion conformément à l'article 14 ci-après.

Article 4. Législation relative au traitement des données à caractère personnel

Vous nous autorisez à communiquer les informations vous concernant, dans le respect de la législation relative au traitement des données à caractère personnel en vigueur.

Ces informations pourront être communiquées aux réassureurs, aux organismes professionnels habilités, ainsi qu'à tous ceux intervenants dans la gestion et l'exécution du présent contrat.

En retour, vous disposez d'un libre accès aux informations vous concernant, conformément à la législation précitée. Pour les consulter, s'y opposer ou demander leur rectification, il vous suffit de prendre contact avec notre Service Information Clients- AXA- 313 Terrasses de l'Arche, 92727 NANTERRE Cedex.

Article 5. Votre information

Si vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses ou les conditions d'application de votre contrat, votre interlocuteur l'UGIPS Gestion est en mesure de vous répondre. Si les réponses apportées ne satisfont pas vos attentes, vous pouvez adresser une réclamation au Service Qualité - Relations Clientèle AXA France Vie, 26, rue Drouot, 75458 Paris Cedex 09.

En cas de désaccord, ledit service indiquera les modalités de recours gratuit au médiateur. Personnalité indépendante de l'Assureur, le médiateur s'engage à formuler un avis motivé dans les soixante jours qui suivent la date à laquelle il a été saisi du dossier ; son avis n'engage pas les parties qui, chacune, conserve le droit de recourir aux juridictions compétentes.

Handwritten notes and signatures at the bottom right of the page, including initials like "QB", "KD", "AN", and a date "5".

Article 6. Comité de gestion paritaire de la convention d'assurance

Le Comité de gestion paritaire est composé, par parts égales, de représentants de l'UGIPS et des sociétés d'assurance parties aux conventions d'Assurance Groupe Dépendance, c'est à dire :

- **Inter Partner Assistance (IPA)**, succursale pour la France, agissant sous la dénomination AXA Assistance, dont le siège social est en Belgique, Bruxelles (1050), 166, avenue Louise, Boite postale 1, **au titre des garanties d'assistance éventuellement garanties par d'autres conventions d'Assurance Groupe dépendance »,**
- **Axa France Vie**, dont le siège social est à Paris (75009), 26, rue Drouot, **au titre des garanties d'assurance.**

Il se réunira au moins une fois par an et a pour objet :

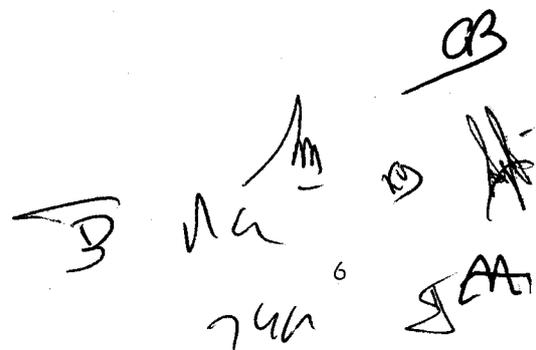
- d'examiner les comptes de résultats techniques et financiers de la convention ainsi que leurs perspectives d'évolution en fonction des études prospectives disponibles,
- de prendre, en respectant un objectif d'équilibre des résultats et de pertinence des garanties, les décisions relatives :
 - à la revalorisation du montant des prestations garanties,
 - à la revalorisation du montant des rentes en cours de service,
 - à la majoration des cotisations,
 - aux aménagements éventuels des clauses contractuelles dans les situations décrites à l'article 3.

Article 7. Subrogation

L'assureur est subrogé dans les droits et actions de toute personne physique, bénéficiaire de tout ou partie des garanties qu'ils assurent et qui figurent au présent contrat, contre tout tiers responsable de l'événement ayant déclenché leurs interventions à concurrence des frais engagés par chacun d'eux en exécution de votre contrat.

Article 8. Délai de déclaration - Prescription

Conformément aux articles L 114-1 et L 114-2 du Code des assurances, le délai de prescription de toute action dérivant de votre contrat est de deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.


Handwritten signatures and initials, including 'AB', 'JCA', and '744'.

Chapitre 2 - Dispositions relatives à votre adhésion

Article 9. Comment adhérer ?

1/ Admissibilité

Les conditions suivantes doivent être remplies pour postuler à l'assurance :

- vous devez avoir cessé de bénéficier de la garantie d'assurance en cas de dépendance du contrat « Aide aux aidants » à adhésion obligatoire depuis moins de quatre vingt dix jours,
- adhérer à l'UGIPS.

2/ Formule de garantie

Si vous êtes admissible, la formule de garantie applicable a pour but de vous permettre de poursuivre, à titre viager, la garantie prévoyant le versement d'une rente en cas de dépendance, dont l'employeur vous a fait bénéficiaire en tant que salarié.

Dans cette optique, le montant initial de la rente que vous pouvez souscrire en adhérant à la présente convention, est déterminé en vue de compléter la rente déjà acquise au titre de vos périodes de cotisation au contrat « Aide aux aidants » à adhésion obligatoire.

Il est exprimé en multiple d'une unité de rente mensuelle de base, dont la valeur est commune à l'ensemble des conventions d'Assurance Groupe Dépendance et qui vous sera communiquée sur votre certificat d'adhésion.

Le montant de l'unité de rente mensuelle de base est revalorisé tous les ans sur décision du Comité de gestion paritaire, pour tenir notamment compte de l'évolution du coût de la vie. Les cotisations sont majorées dans les mêmes proportions.

3/ Formalités d'adhésion

Dans tous les cas, vous devez remplir et signer une demande d'admission à l'Assurance Groupe Dépendance et nous fournir, le cas échéant, tout justificatif concernant vos périodes de cotisation au contrat obligatoire en vue d'accélérer le calcul de la rente réduite éventuellement acquise au titre dudit contrat.

Vous êtes informé de votre admission à l'assurance par l'envoi d'un certificat d'adhésion qui en rappelle les conditions.

Votre contrat est régi par le code des assurances dont l'article L 113-8 prévoit notamment que votre adhésion est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises aux assureurs, qui ont droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Article 10. Effet de l'adhésion et des garanties

1/ Prise d'effet de votre adhésion

Votre adhésion prend effet, sous réserve du paiement de votre première cotisation, à la date d'admission à l'assurance figurant sur votre certificat d'adhésion.

La date d'admission est fixée au premier jour du mois au cours duquel vous cessez de bénéficier de la garantie acquise au titre de votre contrat dépendance « Aide aux aidants » en acquisition collective de droits.

2/ Prise d'effet de vos garanties -

Vos garanties prennent effet le lendemain de la date de cessation de la garantie dont vous avez bénéficié au titre de votre contrat dépendance « Aide aux aidants » en acquisition collective de droits.

Handwritten notes and signatures in the bottom right corner, including the letters "AB", "AA", and "A", along with some illegible scribbles and a date "7/16".

Article 11. Faculté de renonciation

Vous avez la possibilité de renoncer à votre adhésion dans le mois qui suit la date à laquelle nous vous avons envoyé le certificat d'adhésion. Pour cela, vous adresserez à UGIPS Gestion une lettre recommandée avec avis de réception, rédigée, par exemple, selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M. (Mme), Nom Prénom demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon contrat Dépendance n° XXXX adhésion N° YYYY pour lequel j'ai effectué un premier versement de cotisation depuis moins de 30 jours. Fait à (adresse) le JJ/MM/AAAA Signature »

La renonciation entraîne la restitution de notre part, de l'intégralité des sommes versées dans un délai maximal de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée y relative.

La réception de votre demande de renonciation entraîne l'annulation des garanties.

Article 12. Durée de l'adhésion et cessation des garanties

Votre adhésion est conclue pour une durée d'un an, et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction.

Vous restez garanti votre vie durant, tant que vous payez les cotisations arrivant à échéance.

Vous pouvez résilier votre adhésion chaque année à la date anniversaire de sa prise d'effet. Pour cela, vous devez adresser une demande écrite à UGIPS Gestion par lettre recommandée avec avis de réception, au moins 30 jours avant cette date.

Conformément aux dispositions de l'article L141-3 du Code des Assurances, l'UGIPS peut vous exclure du bénéfice de l'assurance, en résiliant votre adhésion, si vous avez cessé le paiement de vos cotisations, ou si vous avez résilié votre adhésion auprès de l'association.

La résiliation de votre adhésion met fin aux garanties d'assurance si vous ne totalisez pas une durée de cotisation d'au moins huit années pleines et consécutives, en additionnant la durée de cotisation au contrat à adhésion obligatoire et la durée de cotisation à la présente convention. Dans le cas contraire, votre rente est mise en réduction selon les dispositions de l'article 14 « valeur de réduction ».

En tout état de cause les garanties cessent à la date de votre décès, les cotisations payées antérieurement au décès, restant acquises aux assureurs.

Article 13. Votre cotisation

1/ Calcul et paiement de votre cotisation

Votre cotisation initiale, toute(s) taxe(s) comprise(s), est calculée en fonction de votre âge à l'adhésion et du montant de rente souscrit, sur la base du barème en vigueur lors de la cessation de votre garantie dans le cadre dudit régime obligatoire. Son montant vous est communiqué à réception de votre demande d'admission.

Votre âge à l'adhésion est calculé par différence de millésime, entre l'année de la prise d'effet de votre adhésion à la présente convention et votre année de naissance.

En même temps que vos cotisations d'assurance, vous devrez acquitter la cotisation d'adhésion à l'UGIPS.

Vos cotisations sont payables mensuellement et d'avance, par prélèvement bancaire, chaque début de mois civil. Aucune cotisation n'est due au titre du mois au cours duquel votre garantie en acquisition collective de droits cesse. La première cotisation mensuelle à régler sera payable au titre du mois suivant celui de votre admission au contrat.

Handwritten notes and signatures at the bottom right of the page, including the number 8 and the date 7 Jun.

2/ Exonération de votre cotisation

En cas de survenance d'un état de dépendance donnant lieu à versement d'une rente dépendance au titre de votre contrat, vous êtes exonéré du paiement des cotisations, dès la prise d'effet de votre rente, et jusqu'à cessation de ce versement.

3/ Révision de votre cotisation

Votre cotisation est majorée, chaque année, dans les mêmes proportions que les garanties, selon les dispositions prévues au paragraphe 2 de l'article 9 - Comment adhérer ?

Au-delà de cette majoration annuelle, les assureurs pourront réviser le montant de la cotisation, sur décision du Comité de gestion paritaire, prise en fonction des résultats constatés ou projetés de la convention, ou des évolutions constatées ou projetées des statistiques nationales relatives à la dépendance.

Toutefois, cette majoration supplémentaire ne pourra dépasser, annuellement, 10% du montant de la cotisation précédente.

Cette révision annuelle, valable pour l'ensemble des assurés, vous sera notifiée au moins trois mois avant sa date d'application.

Si vous refusez d'acquiescer votre nouvelle cotisation, vous pouvez :

- poursuivre votre garantie en adhérant pour une garantie inférieure, sans sélection médicale, dans une autre convention « Assurance Groupe Dépendance » dont les conditions pourront vous être communiquées sur demande.
- résilier votre adhésion :

Vous devez adresser impérativement à UGIPS Gestion, votre demande de résiliation ou de poursuite d'adhésion dans une nouvelle convention, dans les deux mois qui suivent la date à laquelle la majoration de cotisation vous aura été notifiée.

La prise d'effet de la résiliation ou celle de la garantie dans une autre convention, intervient définitivement à la date prévue pour l'application de la nouvelle cotisation que vous refusez d'acquiescer, avec éventuelle mise en réduction, à cette même date, des garanties d'assurance de la présente convention, suivant les dispositions de l'article 14.

4/ Non paiement de votre cotisation

En cas de non paiement de votre cotisation, ou d'une fraction de celle-ci, dans les 10 jours qui suivent son échéance, conformément aux dispositions de l'article L141-3 du Code des assurances, vous recevrez une lettre recommandée vous informant qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement des sommes dues entraîne, sans nouvel avis, la résiliation de votre adhésion avec les conséquences décrites à l'article 12.

Article 14. Valeur de réduction

Si vous avez payé vos cotisations jusqu'à l'échéance de la résiliation de votre adhésion, pendant une durée d'au moins huit années pleines et consécutives, calculée en additionnant la durée de cotisation au contrat « Aide aux aidants » en acquisition collective de droits, et la durée de cotisation à la présente convention, vous bénéficiez du maintien partiel de votre garantie d'assurance prévue au chapitre 4, par mise en réduction de votre rente garantie.

La mise en réduction s'effectue selon le barème en vigueur à la date de la prise d'effet de la résiliation. Les coefficients de réduction, établis notamment en fonction du nombre d'années déjà cotisées à la présente convention, s'appliquent au montant de la rente garantie.

En cas de poursuite de la garantie dans le cadre d'une autre convention en vue de garantir un niveau de rente inférieur, vous ne conservez des droits au titre de la présente convention, par une mise en réduction de la rente garantie, qu'à la condition expresse d'avoir déjà cotisé pendant au moins huit années pleines et consécutives à la présente convention.

Handwritten notes and signatures:
A large handwritten signature 'B' is visible on the right side of the page.
Below it, there are several smaller handwritten marks, including what appears to be '7/11' and other illegible scribbles.

Am CB
ca 100 A
B 7420 SA AA

Chapitre 3 - Dispositions communes à l'ensemble des garanties

Article 15. Définitions générales caractérisant la dépendance

Pour caractériser l'état de dépendance, nous ferons appel aux notions suivantes :

1- Les groupes GIR de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources)

La grille AGGIR est un outil national d'évaluation de la dépendance, déterminant le niveau des aides publiques à la dépendance.

- Le GIR 1 comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, nécessitant une présence continue d'intervenants.
- Le GIR 2 est composé de deux sous- groupes :
 - d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil, dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées, et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,
 - d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui conservent leurs capacités motrices.
- Le GIR 3 regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale et, partiellement, leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.
- Le GIR 4 comprend les personnes qui ne peuvent pas se lever seules mais qui, une fois debout, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage.
- Le GIR 5 est composé des personnes qui sont capables de s'alimenter, s'habiller et se déplacer seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas, et le ménage.
- Le GIR 6 regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.

2- Les Actes de la Vie Quotidienne (AVQ) :

Indépendamment du classement par référence à la grille AGGIR, l'état de dépendance physique est mesuré par la capacité des personnes dépendantes à effectuer seules certains actes de la vie quotidienne. Les assureurs de votre contrat se réfèrent aux quatre Actes de la Vie Quotidienne définis comme suit :

- le déplacement : capacité de se déplacer dans les pièces habituelles et les locaux de service du lieu de vie, après recours aux équipements adaptés,
- l'habillage : capacité à s'habiller **et** à se déshabiller correctement et complètement,
- l'alimentation : capacité à se servir et à manger de la nourriture préalablement préparée,
- la toilette : capacité à satisfaire, de façon spontanée, à un niveau d'hygiène corporelle conforme aux normes usuelles.

3- Test « Blessed »

Le test « Blessed » est un outil utilisé pour évaluer l'état de dépendance psychique : ce test doit être réalisé par le neurologue ou le psychiatre traitant, par interrogation de la personne dépendante et de son entourage. Ce test est disponible sur simple demande adressée à UGIPS Gestion.

4- Les domaines de la prescription médicale:

Il s'agit de domaines de prescription médicale permettant d'évaluer le niveau d'un état de dépendance.

- l'assistance constante d'une tierce personne complétant les services de soins à domicile,
- l'hospitalisation en centre de long séjour,

Handwritten notes and signatures in the bottom right corner, including initials like 'AB', 'AK', 'AA', and '742'.

- l'hébergement en section de cure médicale,
- l'hospitalisation en établissement psychiatrique lorsque l'assuré est atteint de démence incurable.

Article 16. Définition de l'état de dépendance au sens de votre contrat

Cette convention couvre l'état de dépendance totale. Cet état doit être consolidé, permanent et être reconnu par le conseil médical des Assureurs

Est considéré comme étant en état de dépendance totale, l'assuré satisfaisant aux conditions cumulatives suivantes :

- **être reconnu dans une situation de dépendance correspondant aux groupes 1 ou 2 de la grille AGGIR,**
- **justifier d'une prescription médicale dans l'un des domaines définis à l'article 15 ci-dessus et selon la nature de la dépendance :**
 - **dépendance physique : être incapable d'exercer seul au moins 3 des 4 Actes de la Vie Quotidienne (AVQ),**
 - **dépendance psychique : être atteint d'une démence médicalement diagnostiquée et constatée après examen des résultats au test psychotechnique « Blessed », en obtenant un score à l'échelle A supérieur à 18, et un score à l'échelle B inférieur à 10. L'évaluation du score est établie par le conseil médical des assureurs.**

A tout moment, les assureurs peuvent mettre en œuvre un contrôle médical afin de constater la réalité de l'état de dépendance de l'assuré.

Article 17. Reconnaissance de l'état de dépendance.

La qualification de votre état en dépendance totale au sens du contrat relève de la compétence du conseil médical des assureurs sollicités pour intervenir en garantie, qui statuera à partir d'un dossier de demande comprenant notamment les pièces justificatives suivantes :

- certificat médical établi par le médecin traitant attestant que votre état correspond médicalement à la classification en GIR 1, 2 ou 3,
- rapport médical établi par le médecin traitant sur formulaire détaillé fourni par l'Assureur,
- en cas de dépendance psychique, test « Blessed » dûment complété par le neurologue ou le psychiatre traitant,
- le cas échéant :
 - notification d'attribution de l'APA,
 - certificat attestant l'hospitalisation en centre de long séjour,
 - certificat attestant l'hébergement en section de cure médicale,
 - certificat attestant l'hospitalisation en établissement psychiatrique en cas de démence incurable,
 - décomptes et notifications de la Sécurité sociale (ou un régime équivalent) si vous avez moins de 60 ans,
 - si vous en étiez bénéficiaire, tout changement de nature des prestations de la Sécurité Sociale.

Les pièces médicales seront envoyées à l'attention du médecin conseil, sous pli confidentiel, à l'aide de l'enveloppe qui vous aura été fournie pour la constitution de votre dossier de demande adressé à UGIPS Gestion.

Le dossier de demande comportera obligatoirement le rapport médical fourni par l'assureur et à compléter par votre médecin traitant, décrivant votre état de dépendance. Ce rapport devra avoir été établi moins d'un mois avant la date d'envoi du dossier complet, le cachet de la poste faisant foi. A défaut, l'envoi du dossier ne pourra permettre l'ouverture des droits à prestations.

Handwritten notes and signatures:

- GB
- AA
- 12
- 744
- Handwritten initials and marks.

Notre conseil médical reconnaît l'état de dépendance sur la base des justificatifs fournis. Il se réserve la possibilité de faire procéder à un contrôle médical pour constater la réalité de votre état de dépendance, selon les conditions décrites à l'article 18 contrôle médical.

Si après examen du dossier complet, notre conseil médical reconnaît que vous êtes dans un état de dépendance totale, les droits à prestations sont ouverts à compter de la date de signature du rapport médical complété par le médecin traitant.

Article 18. Contrôle médical

Nous pouvons mettre en œuvre à tout moment un contrôle médical afin de constater la réalité de votre état de dépendance.

Le service des prestations est subordonné, sous peine de suspension des paiements, à l'obligation de vous soumettre aux contrôles que nous demandons.

Vous devez en particulier fournir toutes les pièces justificatives et vous prêter à toute expertise médicale que le médecin que nous désignons juge utiles pour apprécier votre état. Les frais d'expertise sont à notre charge.

Nos décisions relatives au refus d'ouverture, à la réduction ou à la cessation des prestations, prises en fonction des conclusions du médecin que nous avons désigné, vous sont notifiées par lettre recommandée.

Si vous contestez les conclusions du médecin que nous avons désigné, il est procédé à une expertise effectuée par le médecin choisi d'un commun accord par vous et par nous, à partir de la liste de médecins experts que nous vous proposons. Faute d'entente sur son choix, la désignation est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance de votre domicile. Chacune des parties supporte la moitié des frais relatifs à la nomination et à l'intervention du médecin expert.

Dans ce cas, les conclusions de cette dernière expertise vous sont opposables ainsi qu'à nous-mêmes, sans que vous puissiez vous prévaloir de la poursuite éventuelle de l'indemnisation le cas échéant de la Sécurité sociale ou du Conseil Général (Aide Personnalisée Autonomie).

Tant que cette dernière expertise n'a pas été menée à son terme, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire pour le règlement des prestations.

Article 19. Exclusions communes à toutes les garanties

Sont exclus et ne pourront donner lieu à l'intervention des assureurs, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit, les cas de dépendance résultant :

- **d'une tentative de suicide de votre part au cours de la première année d'assurance, sauf si vous pouvez justifier avoir versé au moins une année pleine de cotisation en cumulant les cotisations au présent contrat et celles versées au contrat « Aide aux Aidants » à adhésion obligatoire.**
- **de guerres civiles en France ou guerres étrangères à laquelle la France participe, invasions, agressions étrangères, hostilités contre la France (que la guerre soit déclarée ou non),**
- **de votre participation active à une guerre civile, une guerre à laquelle la France ne participerait pas, une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, un acte de terrorisme, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel sont garantis,**
- **des accidents résultant :**
 - de votre fait intentionnel,
 - d'une activité sportive, si vous la pratiquez :
 - alors qu'elle n'est pas représentée par une fédération sportive,

Handwritten signatures and initials:
 - A large signature resembling 'M' or 'Am' with 'GB' to its right.
 - 'AC'
 - 'ED'
 - 'AA'
 - 'S'
 - '7000'
 - The number '13' is written in the center of the handwritten marks.

- sans respecter les règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics ou par la fédération du sport correspondant à l'activité. Il appartiendra aux assureurs de prouver que ces règles ont été violées,
 - à titre professionnel.
- o de la navigation aérienne, dès lors que vous naviguez :
- à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmée,
 - avec l'utilisation d'un parachute, d'un deltaplane, d'un parapente, d'un appareil ultra léger motorisé (u.l.m.) ou de tout engin assimilé,
 - au cours d'un meeting, d'un raid sportif, d'un vol acrobatique, d'une tentative de record, d'un essai préparatoire, d'un essai de réception, d'un saut en parachute non motivé par une raison de sécurité,
- o des conséquences directes ou indirectes d'une transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité.
-

Handwritten notes and signatures in the bottom right corner:

- Am
- GB
- na
- 1991
- 14
- 744
- AA

Chapitre 4 - Votre garantie d'assurance dépendance

Article 20. Votre rente en cas de dépendance -

1- Votre prestation

Une rente viagère vous est servie à l'issue d'une période de franchise de 90 jours après ouverture du droit à prestations, et tant que dure l'état de dépendance pour lequel vous êtes garanti selon votre certificat d'adhésion.

2- Détermination du montant de votre rente à l'ouverture des droits à prestations

Le montant initial de votre rente mensuelle garantie en cas de dépendance figure sur votre certificat d'adhésion. Le montant déterminé à l'ouverture des droits à prestations tiendra compte de l'évolution de la valeur de l'unité de rente mensuelle, entre la date de votre admission et la date d'ouverture des droits à prestations, et du coefficient de réduction si vous avez résilié votre adhésion.

3- Prise d'effet - Modalité de paiement - Cessation

Votre rente prend effet au 1^{er} jour du mois civil qui suit la date d'expiration de la franchise. Elle est payable mensuellement, par douzième à la fin de chaque mois civil, sans prorata d'arrérages au décès.

Vous devez fournir au mois de janvier de chaque année, un certificat de vie portant la mention « non décédé » pour justifier la poursuite des versements.

Le versement de la rente cesse à la date de votre décès, ou lorsque, du fait de l'amélioration de votre état de santé, vous ne vous trouvez plus dans un état de dépendance tel que décrit à l'article 16. Dans ce dernier cas, vous devez informer par écrit UGIPS Gestion, de l'évolution de votre situation. Si lors d'un contrôle médical, nous constatons que vous avez omis cette formalité, nous exigeons la restitution des rentes versées à tort.

Article 21. Revalorisation des rentes

Les rentes servies sont revalorisées annuellement sur décision du Comité de gestion paritaire.

A CB
15
1000
SAA



A V E N A N T D'ADHESION N°01

**à la convention Assurance Groupe Dépendance N°800.8031
souscrite par UGIPS auprès**

d'AXA France Vie et d'Inter Partner Assistance

**La société : AXA France, dont le siège est à Paris (75009), 26, rue Drouot,
représentée par Serge Morelli ,**

**agissant pour le compte de l'ensemble des entreprises du groupe AXA
entrant dans le champ d'application de l'accord d'entreprise sur la
dépendance,**

et ci-après dénommée l'Employeur,

**déclare adhérer à la convention référencée ci-dessus en vue de permettre aux salariés et
à ses proches appartenant au « groupe assurable » de bénéficier par une adhésion à titre
individuel, des garanties en cas de dépendance prévues par ladite convention.**

Prise d'effet et renouvellement

L'Employeur prend la qualité d'Adhérent à effet du 1er juillet 2009, pour une période expirant le 31 décembre 2010.

L'adhésion de l'Employeur est ensuite tacitement reconduite d'année en année, le premier janvier, sauf avis de résiliation adressé par l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée avant le 1er novembre précédant la date de renouvellement, le cachet de la poste faisant foi.

En cas de résiliation par l'une ou l'autre des parties, aucune demande d'adhésion individuelle transmise postérieurement à la date d'effet de la résiliation (le cachet de la poste faisant foi) ne sera recevable.

Les demandes d'adhésion transmises antérieurement à la date de résiliation sont instruites pour admission au bénéfice éventuel des garanties, conformément aux dispositions de la Convention.

Par ailleurs, les garanties délivrées antérieurement à la résiliation de l'adhésion de l'Employeur se poursuivent selon les dispositions prévues jusqu'à leur terme.

Handwritten signatures and initials:
A large signature on the right side.
Initials "AB" at the top right.
Initials "M" and "K" below.
Initials "S" and "AA" at the bottom.
A signature "J. Morelli" at the bottom center.



Groupe assurable

Le groupe assurable est constitué de l'ensemble des anciens salariés qui ont été garantis au titre du contrat d'assurance à adhésion obligatoire de type « Aide aux aidants » en acquisition collective de droits, sous le numéro 704.218/0001.

Montant de la garantie :

Le montant de la rente garantie à la date d'admission est déterminé par différence entre

- o Le montant de la rente garantie au titre du contrat obligatoire référencé ci-dessus à la date de la cessation de l'assurance obligatoire
- o Le montant potentiellement acquis après mise en réduction de la rente garantie au titre de ce contrat obligatoire.

Le montant de la garantie est exprimé en multiple de l'unité de rente mensuelle de base, dont la valeur commune à l'ensemble des conventions Assurance Groupe Dépendance, est fixée à 200 Euros à la date d'effet du présent avenant.

Montant de la cotisation

Le barème de cotisation qui tient compte de l'âge à l'adhésion du salarié est joint en annexe au présent avenant.

Engagement de l'Employeur:

L'employeur s'engage à organiser avec l'UGIPS et/ou les assureurs les modalités d'information des salariés appartenant au groupe assurable :

- soit en mettant à leur disposition un fichier comportant leur nom, prénom, adresse, et date de naissance
- soit en diffusant régulièrement des documentations élaborées par l'UGIPS par un intranet ou tout autre support habituellement utilisé pour communiquer sur les avantages sociaux dont bénéficient les salariés.

Il est précisé que les clauses et conditions de la convention n°800 8031 dont l'Employeur reconnaît avoir reçu un exemplaire, s'appliquent sans dérogation au présent avenant.

Fait à PARIS, en triple exemplaire, le XXXXX deux mille neuf.

Pour l'Employeur :

Pour l'UGIPS :

Pour l' ASSUREUR,
AXA France Vie,;

Handwritten signatures and initials: CB, AK, B, AA, 716



ANNEXE Barème des cotisations

ASSURANCE GROUPE DEPENDANCE

Régime de Dépendance Facultatif numéro 800 803 1001

POURSUITE DE LA GARANTIE COLLECTIVE

par l'achat d'une garantie exprimée en multiple de l'unité de base de rente mensuelle

Tarif en prime viagère mensuelle payable d'avance
pour le montant de 2 unités de base de rente mensuelle, soit 400€ à la date d'effet de l'avenant

Montant souscrit	Montant souscrit		
Age à l'adhésion	Age à l'adhésion		
400 €	400 €		
20 ans	3,40 €	40 ans	6,08 €
21 ans	3,48 €	41 ans	6,29 €
22 ans	3,57 €	42 ans	6,52 €
23 ans	3,67 €	43 ans	6,76 €
24 ans	3,76 €	44 ans	7,00 €
25 ans	3,87 €	45 ans	7,27 €
26 ans	3,97 €	46 ans	7,54 €
27 ans	4,08 €	47 ans	7,84 €
28 ans	4,20 €	48 ans	8,14 €
29 ans	4,32 €	49 ans	8,47 €
30 ans	4,45 €	50 ans	8,82 €
31 ans	4,58 €	51 ans	9,19 €
32 ans	4,72 €	52 ans	9,58 €
33 ans	4,86 €	53 ans	9,99 €
34 ans	5,01 €	54 ans	10,43 €
35 ans	5,17 €	55 ans	10,89 €
36 ans	5,33 €	56 ans	11,39 €
37 ans	5,51 €	57 ans	11,91 €
38 ans	5,69 €	58 ans	12,47 €
39 ans	5,88 €	59 ans	13,07 €
		60 ans	13,71 €
		61 ans	14,40 €
		62 ans	15,13 €
		63 ans	15,92 €
		64 ans	16,76 €
		65 ans	17,67 €

(*) Les frais annuels d'adhésion à l'association UGIPS s'élèvent à 6€ au 1er janvier 2009.

AXA France Vie : Société Anonyme au capital de 487 725 073,50 € - 310 499 959 R.C.S. Paris - Siège social : 26, rue Drouot, 75009 Paris. Entreprise régie par le code des assurances. Inter Partner Assistance : Succursale pour la France agissant sous la dén

Handwritten notes and signatures: CB, NA, B, AA, 744, and other illegible marks.

Référence à rappeler : contrat N° 8008031

ASSURANCE GROUPE DEPENDANCE

B MC GB
796 SA

- CONVENTION N° 8008031 -

- L'UGIPS ASSOCIATION,

dont le siège social est à PARIS, (75010), 5, place du Colonel Fabien,

ci-après dénommée "LA CONTRACTANTE",

et

d'une part,

▶ **AXA FRANCE VIE,**

dont le siège social est à PARIS (75009), 26, rue Drouot,

ci-après dénommés "L' ASSUREUR",

d'autre part,

conviennent de ce qui suit :

Handwritten signatures and initials:
ma, hm, CR, [Signature], [Signature], 796, JAA

SOMMAIRE

PREAMBULE	4
DISPOSITIONS GENERALES	6
ARTICLE 1 - Date d'effet et date de renouvellement	6
ARTICLE 2 - Résiliation.....	6
ARTICLE 3 - Information des assurés.....	6
ARTICLE 4 - Demandes et réclamations.	7
ARTICLE 5 - Arbitrage	7
DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES ET A LEUR MISE EN ŒUVRE	9
ARTICLE 6 – Notice d'information	9
COÛT DE L'ASSURANCE	10
ARTICLE 7 - Paiement des cotisations	10
ARTICLE 8 - Montant de la cotisation	10

PREAMBULE

La contractante et l'assureur proposent une couverture « Assurance Groupe Dépendance » dont l'objet est d'accorder des garanties en cas de perte d'autonomie de la personne assurée.

Chacune des parties souhaite que la couverture soit effective pendant toute la durée de vie de l'assuré à compter de la prise d'effet des garanties, de façon à permettre un nivellement des cotisations jusqu'à survenance de la dépendance ou du décès, alors que le risque n'est pas constant au cours du temps.

Dans le cadre de tels engagements à caractère viager, il est indispensable de rechercher la plus large mutualisation du risque et d'organiser un pilotage conjoint en vue d'assurer la pérennité des couvertures et leur nécessaire adaptation au cours du temps.

L'assureur et la contractante sont donc convenus de créer un Comité de gestion paritaire pour piloter l'ensemble des conventions « Assurance Groupe Dépendance » souscrites par la Contractante et dont la présente convention n°8 008031 fait partie.

Celle-ci a pour objet de proposer la couverture « Assurance Groupe Dépendance » à des salariés qui étaient garantis pendant leur activité, par le contrat « Aide aux aidants » en acquisition collective de droits numéro 704.218 souscrite par leur employeur. Ce dernier adhère par avenant, à la présente Convention, prenant ainsi la qualité d'Adhérent.

L'Adhérent définit le montant de la garantie de manière à permettre au salarié de poursuivre une garantie de même niveau en postulant à l'assurance.

Le salarié prend la qualité d'assuré dès lors que l'assureur lui aura envoyé le certificat d'adhésion précisant ses conditions de garantie.

L'assuré est alors garanti viagèrement par l'assureur dans les limites contractuelles prévues, à condition qu'il règle sans interruption ses cotisations jusqu'à survenance de sa dépendance ou jusqu'à son décès.

La présente convention est constituée par :

- **les dispositions générales** qui incluent le préambule,
- **les dispositions relatives au contenu des garanties et leur mise en œuvre des garanties** DEPENDANCE décrites dans la **notice d'information de la convention d'assurance n°8008031** dont un exemplaire est joint,
- **les dispositions relatives au coût de l'assurance,**
- **la demande d'admission** sur laquelle le postulant donne son consentement écrit à l'assurance.

Les déclarations de la contractante, de l'Adhérent et des assurés servent de base au contrat.

Conformément à l'article L 141-1 du Code des assurances, ce contrat est un contrat d'assurance de groupe. Il est régi par les dispositions du Code des assurances.

L'autorité chargée du contrôle d'AXA France Vie est :

L'AUTORITE DE CONTROLE DES ASSURANCES ET DES MUTUELLES
61, rue Taitbout- 75009 PARIS, FRANCE

B

744

AA

Na 15 AB

DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 - Date d'effet et date de renouvellement.

La convention prend effet le **PREMIER JANVIER 2009**.

Elle est émise pour une période expirant le 31 décembre 2009. Elle est ensuite tacitement reconduite d'année en année, le **PREMIER JANVIER**, sauf avis de résiliation adressé par l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée avant le 1^{er} novembre précédant la date de renouvellement, le cachet de la poste faisant foi.

ARTICLE 2 - Résiliation.

La présente convention est résiliable par les assureurs ou par la contractante dans les conditions prévues à l'article "DATE D'EFFET ET DATE DE RENOUELEMENT", soit au 31 décembre de chaque année.

En cas de résiliation de la convention par l'une ou l'autre des parties, aucune nouvelle adhésion ne sera acceptée au-delà de la date d'effet de la résiliation.

En revanche, pour les adhésions en cours à cette date, les garanties délivrées se poursuivent selon les dispositions prévues. La contractante et l'assureur s'engagent à poursuivre la gestion de la convention selon les mêmes modalités.

ARTICLE 3 - Information des assurés.

La contractante s'engage à remettre à chaque assuré une notice d'information rédigée ou validée par l'assureur, telle que prévue par le chapitre « DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES ET A LEUR MISE EN ŒUVRE » ci-après, définissant les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

La preuve de la remise de la notice à l'assuré et de l'information relative aux modifications contractuelles incombe à la contractante.

En cas de modification des conditions de la convention, la contractante informera par courrier les adhérents et les assurés au moins **TROIS MOIS** avant la date d'effet de la modification.

ARTICLE 4 - Demandes et réclamations.

Lorsque la contractante, l'adhérent ou l'assuré souhaite obtenir des précisions sur les clauses ou conditions d'application de la convention notamment à l'admission ou en cas de sinistre, leur interlocuteur habituel à la Société AXA est en mesure d'étudier toutes leurs demandes et réclamations.

Si les réponses apportées ne satisfont pas leur attente, ils peuvent adresser une réclamation à :

AXA - SERVICE QUALITE - RELATIONS CLIENTELE AXA ENTREPRISES
26, rue Drouot 75458 PARIS Cedex 09.

Si un désaccord subsiste, l'assuré aura toujours la faculté de faire appel au **MEDIATEUR** de la Société AXA dont les coordonnées lui seront communiquées par le Service Qualité et ceci, sans préjudice des autres voies d'actions légales.

ARTICLE 5 - Arbitrage

5.1 - Dispositions portant constitution du tribunal arbitral

Tous les litiges auxquels la convention pourrait donner lieu, notamment en ce qui concerne son interprétation, seront soumis à arbitrage.

Chacune des parties désignera un arbitre. Si l'une des parties s'abstient de procéder à cette désignation après une mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception, cet arbitre sera désigné par ordonnance de Monsieur le Président du Tribunal de Commerce de Paris statuant en référé à la requête de la partie la plus diligente.

Dans un délai de quinze jours à compter de la désignation des deux premiers arbitres, un troisième arbitre sera désigné d'un commun accord par les premiers arbitres.

Si ceux-ci ne parviennent pas à un accord sur la désignation d'un troisième arbitre, ce dernier sera désigné par ordonnance de Monsieur le Président du Tribunal de Commerce de Paris statuant en référé à la requête de la partie la plus diligente.

5.2 - Dispositions relatives au pouvoir des arbitres

Les arbitres désignés conduiront leur mission en recherchant la commune intention des parties telle qu'elle résulte du contrat lui-même et d'échanges éventuels de correspondances entre les parties.

Ils statueront en tant qu'amiables compositeurs dans un délai de trois mois à compter du jour où le dernier arbitre désigné aura accepté sa mission. Les parties et les arbitres sont dispensés de suivre, dans la procédure, les délais et formes établis par le Nouveau Code de Procédure Civile.

La sentence du tribunal arbitral sera rendue en dernier ressort et ne sera donc pas susceptible d'appel, de pourvoi ou de révision.

5.3 - Exécution de la sentence

La sentence arbitrale devenue définitive sera immédiatement exécutoire pour les parties.

Si dans un délai d'un mois à compter de la notification de la sentence par le tribunal arbitral, la partie soumise à l'exécution de ladite sentence ne l'a pas exécutée, il sera fait application du taux légal sur toutes les sommes mises à sa charge.

La partie qui, par son refus d'exécuter la sentence, contraindrait l'autre à poursuivre l'exécution judiciaire de la dite sentence, supporterait tous les frais que la poursuite de cette exécution entraînerait.

Les frais et dépens sont à la charge de la partie soumise à l'exécution de la sentence sauf décision contraire des arbitres.

Le fait qu'une procédure d'arbitrage soit entreprise ne suspend, ni ne modifie en aucune manière les obligations des parties, telles que ces obligations résultent de la convention.

D

742

AA

m CB
DC KS
AA

DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES ET A LEUR MISE EN ŒUVRE

ARTICLE 6 – Notice d'information

Les dispositions relatives au contenu des garanties et à leur mise en œuvre sont décrites dans la notice du contrat 800.8031 dont un exemplaire, figure en annexe 1 avec la demande d'admission.

COUT DE L'ASSURANCE

ARTICLE 7 - Paiement des cotisations

Les cotisations d'adhésion et d'assurance sont payables à la contractante ou à son mandataire désigné pour les recouvrer.

La cotisation est due à compter de la date d'effet de l'adhésion figurant sur le certificat de garantie.

Toutes les taxes existantes à la date d'effet de l'adhésion ou établies postérieurement seront à la charge de l'assuré, perçues en même temps que les cotisations, et reversées intégralement à l'assureur redevable de la taxe.

Conformément à l'article L 141-3 du Code des assurances, la contractante peut exclure de l'assurance un assuré qui cesse de payer ses cotisations. Cette exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi par la contractante d'une lettre recommandée de mise en demeure adressée au plus tôt dix jours après la date d'exigibilité des cotisations.

ARTICLE 8 - Montant de la cotisation

Le montant de la cotisation initiale, fixé en fonction de l'âge de l'assuré à l'adhésion à la présente convention, figure sur le certificat d'adhésion transmis à l'assuré.

L'âge à l'adhésion se calcule par différence de millésimes entre l'année de départ et l'année de naissance du salarié bénéficiaire.

Le barème de cotisation applicable est fixé en annexe de chaque avenant d'adhésion signé par l'employeur. Il indique le montant de la cotisation correspondant à une garantie à hauteur d'une unité de rente mensuelle de base, en fonction de l'âge à l'adhésion de l'assuré.

A la date d'effet de la présente convention, le montant de l'unité de rente mensuelle de base est fixé à 200 Euros.

Le montant de l'unité de rente mensuelle de base est revalorisé tous les ans sur décision du Comité de gestion paritaire, pour tenir compte notamment de l'évolution du coût de la vie . Les cotisations sont majorées dans les mêmes proportions.

Les dispositions de la présente convention prennent effet le **PREMIER JUILLET DEUX MILLE NEUF** et s'appliquent à l'ensemble des adhésions postérieures à cette date.

Fait à PARIS, en triple exemplaire, le **XX JANVIER DEUX MILLE NEUF**.

Pour LA CONTRACTANTE :

Pour AXA France Vie:

POUR INTER PARTNER ASSISTANCE :

Handwritten signatures and initials:
A large stylized signature on the left.
Initials "CB" on the right.
Initials "IS" and another signature below "CB".

Handwritten signatures and initials at the bottom right:
A stylized signature on the left.
Initials "7424" and "SA" on the right.

ANNEXE 1 :

Notice et demande d'admission

Am *CB*
na *K* *A*

B *796* *JAA*

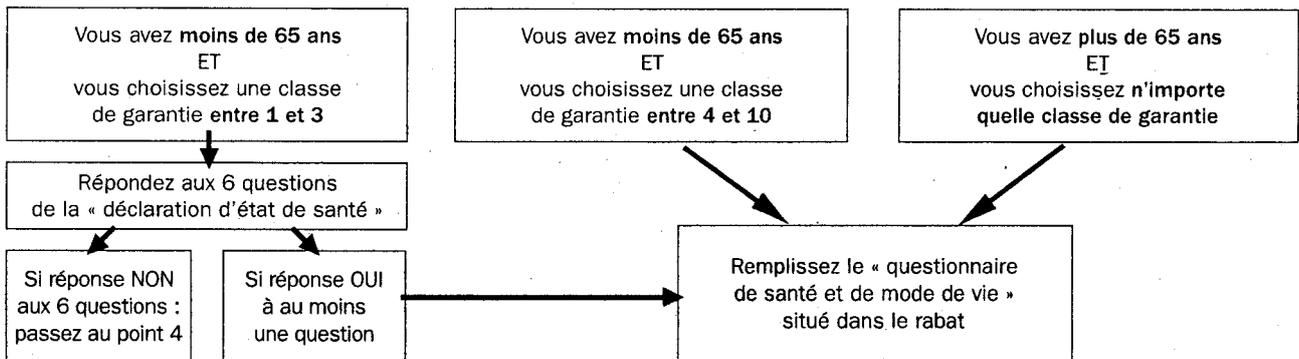
Pour adhérer

1 - Prenez connaissance de la notice ci-après.

2 - Comment compléter votre demande d'adhésion :

- Si vous êtes **salarié** ou **ancien salarié**, joignez une copie du dernier bulletin de salaire
- Si vous adhérez en tant qu'**ayant droit d'un salarié** (conjoint, parent, beau-parent du salarié...), indiquez les nom et prénom du salarié concerné et la nature du lien qui vous lie avec celui-ci (il doit être conforme à la définition retenue dans l'avenant d'adhésion de l'entreprise)
- Si vous adhérez **simultanément en couple**, remplissez chacun votre demande d'adhésion complète et notez le nom de votre conjoint afin de bénéficier de la réduction tarifaire « couple »
- N'oubliez pas de choisir votre **formule (1 ou 2)** et votre **classe de garantie (de 1 à 10)**

3 - En fonction de votre âge et de votre classe de garantie, suivez les formalités ci-dessous :



4 - Détachez, remplissez et envoyez à votre banque l'autorisation de prélèvement.

5 - Adressez vos documents d'adhésion à l'aide de l'enveloppe jointe pour protéger vos données confidentielles :

- demande d'adhésion (datée et signée),
- votre RIB,
- si vous êtes salarié ou ancien salarié, votre bulletin de salaire,
- le cas échéant, votre questionnaire de santé et de mode de vie.

UGIPS GESTION
Service Dépendance
À l'attention de Monsieur Le Médecin Conseil
5, place du Colonel Fabien
CS 90008
75484 PARIS CEDEX 10

UGIPS Gestion est mandatée par les assureurs pour recevoir et traiter les demandes d'adhésion à l'Assurance Cirque Dépendance ASA

À réception de votre demande

Nous l'étudierons et après acceptation, nous vous adresserons votre certificat d'adhésion dans les meilleurs délais.
Nous mettrons en place le prélèvement bancaire automatique mensuel des cotisations avec votre banque.

Si vous avez des questions, téléphonez-nous au 03 44 60 45 10
ou bien envoyez-nous un email : dependance@ugips.asso.fr

Handwritten notes and signatures: GB, 15, AA, and other illegible marks.

Notice d'Information comportant les dispositions des Conditions Générales
Convention d'assurance n° 800.801

Chapitre I - Dispositions relatives à votre contrat 4

Article 1. Votre contrat 4

Article 2. Effet et durée de votre contrat 4

Article 3. Modification de la convention 4

Article 4. Législation relative au traitement des données à caractère personnel 5

Article 5. Votre information 5

Article 6. Comité de gestion paritaire de la convention d'assurance 6

Article 7. Subrogation 6

Article 8. Délai de déclaration - Prescription 6

Chapitre II - Dispositions relatives à votre adhésion 7

Article 9. Comment adhérer ? 7

Article 10. Effet de l'adhésion et des garanties 8

Article 11. Faculté de renonciation 8

Article 12. Durée de l'adhésion et cessation des garanties 8

Article 13. Votre cotisation 9

Article 14. Valeur de réduction 9

Chapitre III - Dispositions communes à l'ensemble des garanties 10

Article 15. Définitions générales caractérisant la dépendance 10

Article 16. Définition de l'état de dépendance au sens de votre contrat 10

Article 17. Reconnaissance de l'état de dépendance 11

Article 18. Contrôle médical 12

Article 19. Exclusions communes à toutes les garanties 12

Chapitre IV - Votre garantie d'assurance dépendance 13

Article 20. Votre rente en cas de dépendance 13

Article 21. Revalorisation des rentes 13

Chapitre V - Vos garanties d'assistance 14

Article 22. Périmètre d'intervention 14

Article 23. Garanties d'assistance accordées avant l'entrée en dépendance 14

Article 24. Garanties accordées dès la reconnaissance d'un état de dépendance partielle 15

Article 25. Conditions générales d'application 18

Article 26. Conditions restrictives d'application 19

Objet de la notice

Cette notice a pour but de vous informer des termes de la convention « Assurance Groupe Dépendance » n° 800.801 conclue entre nous, sociétés d'assurance du groupe AXA, et l'UGIPS.

Nous utiliserons régulièrement les termes suivants :

Le terme **vous** vous désigne en tant que postulant à l'assurance ou assuré au titre de la convention « Assurance Groupe Dépendance ».

Le terme **nous** ou encore **l'assureur** désigne la société d'assurance garantissant le risque souscrit. Le terme **les assureurs** peut également être employé pour désigner les deux sociétés d'assurance intervenant pour la couverture des risques.

• **UGIPS** désigne UGIPS Association, personne morale qui a souscrit le contrat auprès des assureurs. L'UGIPS est une association de Loi 1901 à laquelle vous adhérez préalablement.

• **UGIPS Gestion** est mandatée par les assureurs pour effectuer la gestion administrative de la convention. Pour les contacter, adressez tout courrier à : UGIPS Gestion, Service Dépendance, 5, place du Colonel Fabien, CS 90008, 75484 Paris Cedex 10.

• **L'adhérent** est la personne morale qui a adhéré par avenant à la convention, pour permettre à des personnes physiques ayant avec elle un lien de même nature répondant à certains critères (ces personnes constituent le « groupe assurable »), de demander le bénéfice de la convention « Assurance Groupe Dépendance ».

• **L'avenant d'adhésion** désigne les dispositions contractuelles qui définissent le groupe assurable, ainsi que les éventuelles conditions particulières d'application de la convention au bénéfice de ce groupe assurable.

• **L'aïdant** est le parent ou le proche agissant pour votre compte lorsque vous êtes reconnu dépendant au sens de vos garanties.

• **L'équipe médicale** désigne une équipe pluridisciplinaire composée de professionnels de santé d'AXA Assistance et organisée autour de médecins conseils.

• **La maladie** désigne toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pas pour origine un accident tel que défini ci-dessus.

• **L'accident** désigne tout événement extérieur, soudain et indépendant de la volonté de l'intéressé.

• **Le domicile** est votre lieu de résidence principal et habituel. Il est situé en France métropolitaine.

• **Les animaux domestiques** sont les animaux de compagnie et familiers vous appartenant et vivant habituellement à votre domicile, chiens et/ou chats uniquement à l'exclusion de toute autre espèce, à condition toutefois qu'ils aient subi les vaccinations dans les délais prescrits par la législation en vigueur en France, le carnet de vaccinations faisant foi, sous réserve des dispositions de la loi n° 99-5 du 6 janvier 1999 relative aux animaux dangereux et errants et à la protection des animaux. **Les animaux domestiques dressés à l'attaque sont exclus.**

Handwritten signatures and initials: *AA*, *794*, *CB*, *SA*.

Chapitre I - Dispositions relatives à votre contrat

Article 1. Votre contrat

L'UNION GÉNÉRALE INTERPROFESSIONNELLE DE PRÉVOYANCE SOCIALE - L'UGIPS*, Association loi 1901 dont le siège est à Paris (75010), 5, place du Colonel Fabien, a conclu une convention d'assurance de groupe à adhésion facultative, régie par le Code des assurances, avec les sociétés d'assurance suivantes du groupe AXA :

- **Inter Partner Assistance (IPA)**, succursale pour la France, agissant sous la dénomination AXA Assistance, dont le siège social est en Belgique, Bruxelles (1050), 186, avenue Louise, Boîte postale 1, pour garantir des prestations d'assistance en relation avec la dépendance en vue de vous aider et vous soutenir selon les dispositions prévues au chapitre V - Vos garanties d'assistance*.
- **AXA France Vie**, dont le siège social est à Paris (75009), 26 rue Drouot, pour garantir le versement de prestations périodiques viagères si vous devenez dépendant au sens du contrat postérieurement à la date de votre adhésion, selon les dispositions décrites dans le chapitre IV - Votre garantie d'assurance dépendance*.

Vous bénéficiez de cette convention - Assurance Groupe Dépendance* au titre de l'adhésion d'une personne morale dénommée l'Adhérent (votre entreprise, votre Comité d'Entreprise, une association à laquelle vous adhérez...), si vous appartenez au groupe assurable défini dans l'avenant d'adhésion (l'ensemble ou une catégorie des salariés de l'entreprise, les membres de l'association répondant à certains critères...).

Dans ce qui suit, nous désignerons par **votre contrat** - les dispositions contractuelles de la convention et de l'avenant d'adhésion au titre duquel vous êtes assuré.

Les autorités de Contrôle des assureurs sont :

- **L'ACAM (Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles)**, située à Paris (75009), 61 rue Talbot, pour les garanties définies au chapitre IV et assurées par AXA France Vie,
- **La Commission Bancaire, Financière et des Assurances**, située en Belgique, Bruxelles (1000), 10-14 rue du Congrès, pour les garanties définies au chapitre V et assurées par Inter Partner Assistance.

LA CONVENTION - ASSURANCE GROUPE DÉPENDANCE* EST CÉDÉE MAINTENANT PAR LES REPRÉSENTANTS DE L'UGIPS ET DES ASSUREURS, CONFORMÉMENT AUX DISPOSITIONS PRÉVUES À L'ARTICLE 6 DE LA PRÉSENTE NOTICE.

Article 2. Effet et durée de votre contrat

La convention d'Assurance Groupe Dépendance signée entre l'UGIPS et les assureurs est conclue à effet du 1^{er} janvier 2009 pour une durée d'un an et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction.

Chaque avenant d'adhésion prend effet à la date convenue entre l'UGIPS et l'Adhérent, pour une période allant jusqu'au trente et un décembre de l'année de sa prise d'effet et se renouvelle ensuite, par tacite reconduction, au premier janvier de chaque année.

Votre contrat peut être résilié du fait de la résiliation :

- de la convention - Assurance Groupe Dépendance* par l'UGIPS ou les assureurs,
 - de l'avenant d'adhésion par l'UGIPS ou l'Adhérent,
- effectuée par lettre recommandée avec accusé de réception et adressée à l'autre partie avant le 1^{er} novembre, le cachet de la poste faisant foi. La résiliation intervient le trente et un décembre à minuit de l'année de dénonciation par l'Adhérent, l'UGIPS ou les assureurs.

En tout état de cause, la résiliation de l'avenant à la convention - Assurance Groupe Dépendance* ou de la convention elle-même est sans effet sur votre adhésion, dans la mesure où celle-ci a pris effet avant la date de résiliation : vous continuerez à bénéficier de vos garanties pour le niveau souscrit et jusqu'à leur extinction, sous réserve du paiement des cotisations.

Toutefois, aucune adhésion nouvelle ou augmentation de garanties ne pourra être acceptée par les assureurs après résiliation.

Article 3. Modification de la convention

L'UGIPS et les assureurs peuvent, d'un commun accord, modifier la convention d'Assurance Groupe Dépendance. En particulier, une décision législative ou réglementaire peut entraîner une modification des conditions préétablies de l'assurance ou la portée de nos engagements.

Compte tenu de l'évolution des risques et des progrès de la médecine et des technologies, il peut s'avérer pertinent de faire évoluer la convention notamment :

- si les notions auxquelles nous nous référons pour définir les états de dépendance ne correspondent plus aux pratiques professionnelles médicales en cours,
- si une évolution, liée aux progrès technologiques ou à l'offre en matière de services à la personne, rend souhaitable une adaptation des garanties d'assistance.

Toute modification de vos droits et obligations sera portée par écrit à votre connaissance par l'UGIPS dans un délai de trois mois minimum avant son entrée en vigueur.

Jusqu'à la date d'effet de cette modification, les dispositions antérieures continueront à s'appliquer à votre contrat, sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et d'application immédiate.

Vous pourrez résilier votre adhésion en raison de ces modifications dans les deux mois suivant leur notification. L'Adhérent pourra résilier son avenant d'adhésion dans les mêmes conditions, sans incidence sur votre adhésion en cours.

En ce qui vous concerne :

- si vous résiliez votre adhésion, les conditions de garantie en vigueur à la date de résiliation s'appliqueront pour la mise en jeu de la garantie réduite à laquelle vous pourrez éventuellement prétendre par application des dispositions de l'article 14 ci-dessus,
- le paiement de la cotisation due vaut acceptation des conditions modifiées, le non-paiement entraîne la résiliation de votre adhésion conformément à l'article 13 ci-dessus.

Article 4. Législation relative au traitement des données à caractères personnel

4.1. Généralités

Vous nous autorisez à communiquer les informations vous concernant dans le respect de la législation relative au traitement des données à caractère personnel en vigueur.

Ces informations pourront être communiquées aux réassureurs, aux organismes professionnels habilités, ainsi qu'à tous ces intervenants dans la gestion et l'exécution du présent contrat.

En retour, vous disposez d'un libre accès aux informations vous concernant, conformément à la législation précitée. Pour les consulter, s'y opposer ou demander leur rectification, il vous suffit de prendre contact avec notre Service Information Clients - AXA - 313, Terrasses de l'Arche, 92727 Nanterre Cedex.

4.2. Dispositions spécifiques aux garanties d'assistance

Dans le cadre de la mise en œuvre des garanties d'assistance prévues au chapitre V, AXA Assistance effectue un contrôle de la qualité des services rendus. Dans ce cadre, les conversations téléphoniques entre vous-même et les services d'AXA Assistance pourront être enregistrées.

Conformément aux articles 32 et suivants de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous êtes informé que les données nominatives qui seront recueillies lors de votre appel sont indispensables à la mise en œuvre des prestations d'assistance définies dans votre contrat.

Un défaut de réponse entraînera la déchéance des garanties d'assistance prévues au contrat.

Ces informations sont destinées à l'usage interne d'AXA Assistance, ainsi qu'aux personnes amenées à intervenir et chargées de la passation, la gestion et l'exécution du contrat, dans la limite de leurs attributions respectives.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant, en vous adressant au Service Juridique d'AXA Assistance, Châtillon (92320) - Le Carat - 6, rue André Gide.

Article 5. Votre information

Si vous souhaitez obtenir des précisions sur les clauses ou les conditions d'application de votre contrat, votre interlocuteur l'UGIPS gestion est en mesure de vous répondre. Si les réponses apportées ne satisfont pas vos attentes, vous pouvez adresser une réclamation au Service Qualité - Relations Clientèle AXA France Vie - 26, rue Drouot, 75458 Paris cedex 09. En cas de désaccord, ledit service indiquera les modalités de recours gratuit au médiateur. Personnalité indépendante de l'assureur, le médiateur s'engage à formuler un avis motivé dans les soixante jours qui suivent la date à laquelle il a été saisi du dossier ; son avis n'engage pas les parties qui, chacune, conserve le droit de recourir aux juridictions compétentes.

Article 6. Comité de gestion paritaire de la convention d'assurance

Le Comité de gestion paritaire est composé, par parts égales, de représentants de l'UGIPS et des sociétés d'assurance et se réunit au moins une fois par an. Il a pour objet :

- d'examiner les comptes de résultats techniques et financiers de la convention ainsi que leurs perspectives d'évolution en fonction des études prospectives disponibles,
- de prendre, en respectant un objectif d'équilibre des résultats et de pertinence des garanties, les décisions relatives :
 - à la revalorisation du montant des prestations garanties,
 - à la revalorisation du montant des rentes en cours de service,
 - à la majoration des cotisations,
 - aux aménagements éventuels des clauses contractuelles dans les situations décrites à l'article 3.

Article 7. Subrogation

Les assureurs sont subrogés dans les droits et actions de toute personne physique, bénéficiaire de tout ou partie des garanties qu'ils assurent et qui figurent au présent contrat, contre tout tiers responsable de l'événement ayant déclenché leurs interventions à concurrence des frais engagés par chacun d'eux en exécution de votre contrat.

Article 8. Délai de déclaration - Prescription

Conformément aux articles L. 114-1 et L. 114-2 du code des assurances, le délai de prescription de toute action dérivant de votre contrat est de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Chapitre II - Dispositions relatives à votre adhésion

Article 9. Comment adhérer ?

9.1. Admissibilité

Pour postuler à l'assurance, vous devez faire partie du groupe assurable défini par un avenant d'adhésion tel que décrit à l'article 1 du chapitre I et remplir les conditions suivantes :

- résider en France métropolitaine,
- être âgé à la date de signature de la demande d'adhésion :
 - de plus de 40 ans (sauf dispositions particulières prévues dans le cas où vous disposez aussi d'une couverture obligatoire collective de la gamme AXA Entreprises pour un risque de même nature),
 - et moins de 75 ans.
- adhérer à l'UGIPS.

9.2. Formules et classes de garanties

Si vous êtes admissible à l'assurance, vous avez le choix entre 2 formules de garanties et 10 classes de rentes couvrant les risques de dépendance au sens du contrat tels que définis à l'article 16 du chapitre III :

- la **FORMULE 1** couvre le risque de dépendance totale,
 - la **FORMULE 2** couvre les risques de dépendance partielle et de dépendance totale.
- Les classes de garantie varient du rang 1 à 10 et déterminent le niveau de rente mensuelle garantie en multiples entiers de l'unité de rente mensuelle de base. Le montant de rente mensuelle garanti au titre de la classe souscrite, s'obtient en multipliant :
- en cas de dépendance totale, le rang de la classe par l'unité de rente mensuelle de base,
 - en cas de dépendance partielle, le rang de la classe par 50 % de l'unité de rente mensuelle de base.
- Le montant de l'unité de base de la rente mensuelle est fixé à 200 euros à la prise d'effet de la convention. A cette date, les montants de rente mensuelle proposés en garantie varient donc de 200 euros à 2 000 euros en cas de dépendance totale, et de 100 euros à 1 000 euros en cas de dépendance partielle.

Le montant de l'unité de rente mensuelle de base est revalorisé tous les ans sur décision du Comité de gestion paritaire, pour tenir notamment compte de l'évolution du coût de la vie. Les cotisations sont majorées dans la même proportion.

Le choix de la formule est définitif et doit figurer, ainsi que celui de la classe de garantie, sur votre demande d'adhésion à l'Assurance Groupe Dépendance.

Si vous souhaitez opter ultérieurement pour une classe de garantie supérieure, vous remplirez une demande d'adhésion et devrez accomplir les formalités d'admission en vigueur en vue d'une nouvelle adhésion, en prenant en considération les montants déjà souscrits.

En tout état de cause, nous limiterons le montant maximum garanti au titre de la présente convention à celui correspondant au choix de la classe 10, pour l'ensemble de vos adhésions.

9.3. Formalités d'adhésion

Dans tous les cas, vous devez remplir et signer une demande d'adhésion à l'Assurance Groupe Dépendance. Si vous adhérez dans le but de poursuivre sans interruption et viagèrement une couverture dont vous bénéficiez au titre d'une adhésion obligatoire à un contrat de la gamme AXA Entreprises, vous êtes admis sans autre formalité médicale à condition de choisir une formule et une classe de garantie correspondant à une couverture au plus égale à celle préexistante.

Dans les autres cas, vous devez accomplir les formalités prévues sur le bulletin d'adhésion, en fonction de la classe de garantie choisie et de votre âge calculé par différence de millésimes entre l'année de votre demande d'adhésion et celle de votre naissance.

Les assureurs se prononcent sur l'acceptation ou le refus de votre adhésion, après réception de la totalité des éléments demandés. Votre adhésion à l'assurance peut être acceptée avec ou sans réserves et donner lieu à une tarification particulière en raison d'un risque aggravé.

Quelles que soient les formalités accomplies, vous êtes informé de votre adhésion à l'assurance par l'envoi d'un certificat d'adhésion qui en rappelle les conditions.

Les assureurs peuvent limiter ou refuser les garanties sans avoir à justifier leur décision.

VOTRE CONTRAT EST RÉGI PAR LE CODE DES ASSURANCES DONT L'ARTICLE L. 113-8 PRÉVOIT NOTAMMENT QUE L'ADHÉSION EST NULLE EN CAS DE RÉTICENCE OU DE FAUSSE DÉCLARATION INTENTIONNELLE DE LA PART DE L'ASSURÉ, QUAND CETTE RÉTICENCE OU CETTE FAUSSE DÉCLARATION CHANGE L'OBJET DU RISQUE OU EN DIMINUE L'OPINION POUR L'ASSUREUR, ALORS MÊME QUE LE RISQUE OMS OU DÉMATURÉ PAR L'ASSURÉ A ÉTÉ SANS INFLUENCE SUR LE SINISTRE. LES PRIMES PAYÉES DEMEURENT ALORS ACQUISÉES AUX ASSUREURS, QUI ONT DROIT AU PAIEMENT DE TOUTES LES PRIMES ÉCHUES À TITRE DE DOMMAGES ET INTÉRÊTS.

Mh
15
744
AJ
GB

Article 10. Effet de l'adhésion et des garanties

10.1. Prise d'effet de votre adhésion

Votre adhésion prend effet, sous réserve du paiement de votre première cotisation, à la date d'adhésion à l'assurance figurant sur votre certificat d'adhésion.

En cas d'acceptation à l'assurance sans surprime ou réserves, la date d'adhésion est fixée :

- au premier jour du mois en cours pour toute adhésion reçue entre le 1^{er} et le 15 du mois ;
- au premier jour du mois qui suit la date de réception pour toute adhésion reçue entre le 16 et le 31 du mois.

En cas d'acceptation à l'assurance avec surprime ou réserve, la date d'adhésion est fixée au 1^{er} jour du mois suivant la réception, par nos services, de votre accord sur les conditions proposées.

10.2. Prise d'effet de vos garanties - délai d'attente

Vos garanties d'assistance décrites au chapitre V prennent effet à la date d'effet de votre adhésion.

Votre garantie d'assurance dépendance décrite au chapitre IV prend effet dès la date d'effet de votre adhésion :

- pour les états de dépendance résultant d'un accident survenu postérieurement à cette date,
- ou si vous avez bénéficié d'une admission sans formalité d'adhésion du fait d'une couverture préexistante dans le cadre d'un contrat collectif AXA Entreprises à adhésion obligatoire.

Dans tous les autres cas, votre garantie prendra effet à l'issue d'un délai d'attente de 365 jours, porté à 1 095 jours si l'état de dépendance résulte d'une sclérose en plaques, d'un syndrome ou d'une maladie de type Parkinson, ainsi que d'une maladie mentale y compris états dépressifs et troubles de la personnalité, démences séniles et maladie d'Alzheimer.

Lorsqu'il est constaté médicalement qu'un état de dépendance visé par l'application du délai d'attente est survenu avant la fin de ce délai, la garantie prévue au titre du chapitre IV ne peut être mise en œuvre. Il est alors mis fin à votre adhésion et les cotisations déjà versées vous sont remboursées à hauteur de 75 %. Les prestations d'assistance éventuellement en cours et relatives à des demandes formulées avant la notification du remboursement de vos cotisations, sont menées au terme, mais toute nouvelle demande ne sera plus prise en compte.

En cas d'adhésion au bénéfice d'une classe de Garantie supérieure, les dispositions prévues ci-dessus s'appliqueront pour la prise d'effet de la garantie supplémentaire.

Article 11. Faculté de renonciation

Vous avez la possibilité de renoncer à votre adhésion dans le mois qui suit la date à laquelle nous vous avons envoyé le certificat d'adhésion. Pour cela vous adresserez à UGIPS Gestion une lettre recommandée avec avis de réception, rédigée, par exemple, selon le modèle suivant :

- Je soussigné(e) M. (Mme), Nom, Prénom, demeurant à (adresse) déclare renoncer à mon contrat Dépendance n° XXXX adhésion N° YYYY pour lequel j'ai effectué un premier versement de cotisation depuis moins de 30 jours. Fait à (adresse) le JJ/MM/AAAA Signature *

La renonciation entraîne la restitution de notre part de l'intégralité des sommes versées dans un délai maximal de 30 jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée relative à la renonciation.

La réception de votre demande de renonciation entraîne l'annulation des garanties.

Article 12. Durée de l'adhésion et cessation des garanties

Votre adhésion est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction.

Vous restez garanti votre vie durant, tant que vous payez les cotisations arrivant à échéance, pour vos garanties d'assistance et d'assurance dépendance.

Vous pouvez résilier votre adhésion chaque année, à la date anniversaire de sa prise d'effet. Pour cela, vous devez adresser une demande écrite à UGIPS Gestion par lettre recommandée avec avis de réception, au moins 30 jours avant cette date.

Conformément aux dispositions de l'article L. 141-3 du code des assurances, l'UGIPS peut vous exclure du bénéfice de l'assurance en résultant votre adhésion si vous avez cessé le paiement de vos cotisations ou si vous avez résilié votre adhésion auprès de l'association.

La résiliation de votre adhésion met fin :

- aux garanties d'assurance définies au chapitre IV ou les met en réduction selon les dispositions de l'article 14 • Valeur de réduction * ;
 - aux garanties d'assistance définies au chapitre V.
- En tout état de cause les garanties cessent à la date de votre décès, les cotisations payées antérieurement au décès restant acquises aux assureurs.

Article 13. Votre cotisation

13.1. Calcul et paiement de votre cotisation

Votre cotisation est calculée, toute taxe comprise, en fonction :

- de votre âge calculé par différence de millésime, entre l'année de la prise d'effet de votre adhésion et votre année de naissance
 - de la formule et du niveau de garantie souscrits
 - ainsi que le cas échéant, de la majoration tarifaire stipulée par les assureurs lors de l'acceptation de votre adhésion.
- En même temps que vos cotisations d'assurance, vous devrez acquitter la cotisation d'adhésion à l'UGIPS.

Vos cotisations sont payables mensuellement et d'avance par prélèvement bancaire, chaque début de mois civil.

13.2. Exonération de votre cotisation

En cas de survenance d'un état de dépendance donnant lieu à versement d'une rente dépendance au titre de votre contrat, vous êtes exonéré du paiement des cotisations dès la prise d'effet votre rente et jusqu'à cessation de ce versement. AXA France Vie prend notamment en charge au titre de la garantie d'assurance dépendance qui vous est accordée, le versement à AXA Assistance des cotisations nécessaires au maintien des garanties d'assistance.

13.3. Révision de votre cotisation

Chaque année votre cotisation est majorée dans les mêmes proportions que les garanties, selon les dispositions prévues au paragraphe 9.2 de l'article 9 • Comment adhérer ? •.

Au-delà de cette majoration annuelle, les assureurs pourront réviser le montant de la cotisation sur décision du Comité de gestion paritaire, décision prise en fonction des résultats constatés ou projetés de la convention, ou des évolutions constatées ou projetées des statistiques nationales relatives à la dépendance.

Toutefois cette majoration supplémentaire ne pourra dépasser, annuellement, 10 % du montant de la cotisation précédente.

Cette révision annuelle valable pour l'ensemble des assurés, vous sera notifiée au moins trois mois avant sa date d'application.

Si vous refusez d'acquiescer votre nouvelle cotisation, vous pouvez :

- poursuivre votre adhésion pour une classe de garantie inférieure,
- résilier votre adhésion.

Vous devez adresser impérativement à UGIPS Gestion, votre demande de changement de classe ou de résiliation dans les deux mois qui suivent la date à laquelle la majoration de cotisation vous aura été notifiée.

La prise d'effet du changement de classe ou de la résiliation intervient définitivement à la date prévue pour l'application de la nouvelle cotisation que vous refusez d'acquiescer, avec mise en réduction éventuelle à cette même date, des garanties d'assurance suivant les dispositions de l'article 14.

13.4. Non-paiement de votre cotisation

En cas de non-paiement de votre cotisation ou d'une fraction de votre cotisation dans les 10 jours qui suivent son échéance, conformément aux dispositions de l'article L. 141-3 du code des assurances, vous recevrez une lettre recommandée vous informant qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à compter de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement des sommes dues entraîne, sans nouvel avis, la résiliation de votre adhésion avec les conséquences décrites à l'article 12.

Article 14. Valeur de réduction

Si vous avez payé vos cotisations dans votre classe de garantie en cours jusqu'à l'échéance de la résiliation de votre adhésion pendant au moins huit années pleines et consécutives, vous bénéficiez du maintien partiel de votre garantie d'assurance prévue au chapitre IV, par mise en réduction de votre rente garantie.

La mise en réduction s'effectue selon le barème en vigueur à la date de la prise d'effet de la résiliation dont les coefficients établis notamment en fonction du nombre d'années déjà cotisées, s'appliquent au montant de la rente garantie.

Le changement de classe à la baisse s'apparente à la résiliation du différentiel de rente entre les deux niveaux de classe de garantie. Une mise en réduction s'opérera sur ce différentiel en cas de changement de classe, à condition que vous ayez effectivement cotisé pendant au moins huit années pleines et consécutives dans la même classe avant d'en changer.

8
796
CB
Handwritten signatures and initials at the bottom of the page.

Chapitre III - Dispositions communes à l'ensemble des garanties

Article 15. Définitions générales caractérisant la dépendance

Pour caractériser l'état de dépendance, nous ferons appel aux notions suivantes :

- 15.1. Les groupes GIR et la grille AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupe Iso-Ressources)
La grille AGGIR est un outil national d'évaluation de la dépendance déterminant le niveau des aides publiques à la dépendance.
 - Le GIR 1 comprend les personnes confinées au lit ou au fauteuil ayant perdu leur autonomie mentale, corporelle, locomotrice et sociale, nécessitant une présence continue d'intervenants.
 - Le GIR 2 est composé de deux sous-groupes :
 - d'une part, les personnes confinées au lit ou au fauteuil dont les fonctions mentales ne sont pas totalement altérées et qui nécessitent une prise en charge pour la plupart des activités de la vie courante,
 - d'autre part, celles dont les fonctions mentales sont altérées mais qui conservent leurs capacités motrices.
 - Le GIR 3 regroupe les personnes ayant conservé leur autonomie mentale et partiellement, leur autonomie locomotrice, mais qui nécessitent plusieurs fois par jour des aides pour leur autonomie corporelle.
 - Le GIR 4 comprend les personnes qui ne peuvent pas se lever seules mais qui, une fois debout, peuvent se déplacer à l'intérieur du logement. Elles doivent être aidées pour la toilette et l'habillage.
 - Le GIR 5 est composé des personnes qui sont capables de s'alimenter, s'habiller et se déplacer seules. Elles peuvent nécessiter une aide ponctuelle pour la toilette, la préparation des repas et le ménage.
 - Le GIR 6 regroupe les personnes qui n'ont pas perdu leur autonomie pour les actes discriminants de la vie quotidienne.
- 15.2. Les Actes de la Vie Quotidienne (AVQ)
Indépendamment du classement par référence à la grille AGGIR, l'état de dépendance physique est mesuré par la capacité des personnes dépendantes à effectuer seules certains actes de la vie quotidienne. Les assureurs de votre contrat se réfèrent aux quatre Actes de la Vie Quotidienne définis comme suit :
 - le déplacement : capacité de se déplacer dans les pièces habituelles et les locaux de service du lieu de vie, après recours aux équipements adaptés,
 - l'habillage : capacité à s'habiller et à se déshabiller correctement et complètement,
 - l'alimentation : capacité à se servir et à manger de la nourriture préalablement préparée,
 - la toilette : capacité à satisfaire, de façon spontanée, à un niveau d'hygiène corporelle conforme aux normes usuelles.
- 15.3. Test « Blessed »
Le test « Blessed » est un outil utilisé pour évaluer l'état de dépendance psychique : ce test doit être réalisé par le neurologue ou le psychiatre traitant, par interrogation de la personne dépendante et de son entourage. Ce test est disponible sur simple demande adressée à AXA Assistance.
- 15.4. Les domaines de la prescription médicale
Il s'agit de domaines de prescription médicale permettant d'évaluer le niveau d'un état de dépendance :
 - l'assistance constante d'une tierce personne remplissant les services de soins à domicile,
 - l'hospitalisation en centre de long séjour,
 - l'hébergement en section de cure médicale,
 - l'hospitalisation en établissement psychiatrique lorsque l'assuré est atteint de démence incurable.

Article 16. Définitions de l'état de dépendance au sens de votre contrat

L'état de dépendance se caractérise par l'une des deux situations définies ci-dessous. Cet état doit être consolidé, permanent et être reconnu par le Conseil médical des assureurs.
A tout moment, les assureurs peuvent mettre en œuvre un contrôle médical afin de constater la réalité de l'état de dépendance de l'assuré.

16.1. Dépendance totale

Est considéré comme étant en état de dépendance totale, l'assuré satisfaisant aux conditions cumulatives suivantes :

- être reconnu dans une situation de dépendance correspondant aux groupes 1 ou 2 de la grille AGGIR,
- justifier d'une prescription médicale dans l'un des domaines définis à l'article 15 ci-dessus et selon la nature de la dépendance :
 - dépendance physique : être incapable d'exercer seul au moins 3 des 4 Actes de la Vie Quotidienne (AVQ) ;
 - dépendance psychique : être atteint d'une démence médicalement diagnostiquée et constatée après examen des résultats au test psychotechnique « Blessed » en obtenant un score à l'échelle A supérieur à 18 et un score à l'échelle B inférieur à 10. L'évaluation du score est établie par le conseil médical des assureurs.

16.2. Dépendance partielle

Est considéré comme étant en état de dépendance partielle, l'assuré satisfaisant aux deux conditions cumulatives suivantes :

- être reconnu dans une situation de dépendance correspondant aux groupes 1, 2 ou 3 de la grille AGGIR,
- selon la nature de la dépendance :
 - dépendance physique : être incapable d'exercer seul au moins 2 des 4 Actes de la Vie Quotidienne (AVQ) ;
 - dépendance psychique : être atteint d'une démence médicalement diagnostiquée et constatée après examen des résultats au test psychotechnique « Blessed » en obtenant un score à l'échelle A supérieur à 15 et un score à l'échelle B inférieur à 15. L'évaluation du score est établie par le conseil médical des assureurs.
- L'état de dépendance partielle avec un classement en GIR 4, 5 ou 6 n'ouvre pas droit aux prestations des assureurs.

Article 17. Reconnaissance de l'état de dépendance

PRÉALABLEMENT À TOUTE DÉMARCHÉ VISANT À FAIRE RECONNAÎTRE VOTRE ÉTAT DE DÉPENDANCE EN VUE DE BÉNÉFICIER DES PRESTATIONS DÉCRITES À L'ARTICLE 20 DU CHAPITRE IV OU À L'ARTICLE 24 DU CHAPITRE V, VOUS DEVEZ CONTACTER AXA ASSISTANCE QUI VOUS INDIQUERA SELON VOTRE SITUATION, LA PROCÉDURE À SUIVRE ET VOUS ASSISTERA POUR LA CONSTITUTION DE VOTRE DOSSIER DE DEMANDE.

La qualification de votre état en dépendance partielle ou totale au sens du contrat relève de la compétence du conseil médical des assureurs sollicités pour intervenir en garantie, qui statuera à réception d'un dossier de demandé comprenant notamment les pièces justificatives suivantes :

- certificat médical établi par le médecin traitant attestant que votre état correspond médicalement à la classification en GIR 1, 2 ou 3,
- rapport médical établi par le médecin traitant sur formulaire détaillé fourni par l'assureur,
- en cas de dépendance psychique, test « Blessed » dûment complété par le neurologue ou le psychiatre traitant,
- le cas échéant :
 - notification d'attribution de l'APA,
 - certificat attestant l'hospitalisation en centre de long séjour,
 - certificat attestant l'hébergement en section de cure médicale,
 - certificat attestant l'hospitalisation en établissement psychiatrique en cas de démence incurable,
 - décomptes et notifications de la Sécurité sociale (ou un régime équivalent) si vous avez moins de 60 ans,
 - si vous en êtes bénéficiaire, tout changement de nature des prestations de la Sécurité sociale.

Notre conseil médical sera envoyé à l'attention du médecin conseil, sous pli confidentiel à l'aide de l'enveloppe qui vous aura été fournie pour la constitution de votre dossier de demande.

Vous pouvez contacter AXA Assistance en vue de vous faire apporter aide et conseils au titre des garanties d'assistance accordées avant l'entrée en dépendance, pour la constitution de votre dossier de demande.

Le dossier de demande comportera obligatoirement le rapport médical à compléter par votre médecin traitant décrivant votre état de dépendance. Ce rapport devra avoir été établi moins d'un mois avant la date d'envoi du dossier complet, le cachet de la poste faisant foi. A défaut, l'envoi du dossier ne pourra permettre l'ouverture des droits à prestations.

Notre conseil médical reconnait l'état de dépendance sur la base des justificatifs fournis. Il se réserve la possibilité de faire procéder à un contrôle médical pour constater la réalité de votre état de dépendance, selon les conditions décrites à l'article 19 « Contrôle médical ».

Si après examen du dossier complet, notre conseil médical reconnaît que vous êtes dans un état de dépendance garanti selon les conditions de votre certificat d'adhésion, les droits à prestations sont ouverts à compter de la date de signature du rapport médical complété par le médecin traitant.

Il est précisé que la reconnaissance en dépendance totale pourra intervenir dès la première demande de reconnaissance de votre état pour l'ouverture de vos droits à prestations, même si vous êtes garanti par la formule 2 - Dépendance totale et partielle.

Handwritten notes and signatures at the bottom of the page, including the number 10 and initials such as 'CB', 'AA', and '726'.

Article 18. Contrôle médical

Nous pouvons mettre en œuvre à tout moment un contrôle médical afin de constater la réalité de votre état de dépendance.

Le service des prestations est subordonné, sous peine de suspension des paiements, à l'obligation de vous soumettre aux contrôles que nous demandons.

Vous devez en particulier fournir toutes les pièces justificatives et vous prêter à toute expertise médicale que le médecin que nous désignons, juge utile pour apprécier votre état. Les frais d'expertise sont à votre charge.

Nos décisions relatives au refus d'ouverture, à la réduction ou à la cessation des prestations, prises en fonction des conclusions du médecin que nous avons désigné, vous sont notifiées par lettre recommandée.

Si vous contestez les conclusions du médecin que nous avons désigné, il est procédé à une expertise effectuée par le médecin choisi d'un commun accord par vous et par nous, à partir de la liste de médecins experts que nous vous proposons. Faute d'entente sur son choix, la désignation est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance de votre domicile. Chacune des parties supporte la moitié des frais relatifs à la nomination et à l'intervention du médecin expert.

Dans ce cas, les conclusions de cette dernière expertise vous sont opposables ainsi qu'à nous-mêmes, sans que vous puissiez vous prévaloir de la poursuite éventuelle de l'indemnisation, le cas échéant, de la Sécurité sociale ou du Conseil Général (Aide Personnalisée à l'Autonomie).

Tant que cette dernière expertise n'a pas été menée à son terme, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire pour le règlement des prestations.

Article 19. Exclusions communes à toutes les garanties

Sont exclus et ne pourront donner lieu à l'intervention des assureurs, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit, les cas de dépendance résultant :

- d'une tentative de suicide de votre part,
- de guerres civiles, en France ou guerres étrangères à laquelle la France participe, invasions, agitations étrangères, hostilités contre la France (que la guerre soit déclarée ou non),
- de votre participation active à une guerre civile, une guerre à laquelle la France ne participerait pas, une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, un acte de terrorisme, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et d'accomplissement du devoir professionnel sont garantis,
- des accidents résultant :
 - de votre fait intentionnel,
 - d'une activité sportive, si vous la pratiquez :
 - sans respecter les règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics ou par la Fédération de sport correspondant à l'activité. Il appartient au participant de prouver que des règles ont été violées,
 - à titre professionnel.
 - de la navigation aérienne, dès lors que vous naviguez :
 - à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence, ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmée,
 - avec l'utilisation d'un parachute, d'un deltaplane, d'un parapente, d'un appareil ultra léger motorisé (ULM) ou de tout engin assimilé,
 - au cours d'un meeting, d'un rallye sportif, d'un vol acrobatique, d'une tentative de record, d'un essai préparatoire, d'un essai de réception, d'un saut en parachute non motivé par une raison de sécurité,
 - des conséquences directes ou indirectes d'une transmission de virus, d'atomes ou de la radioactivité.

Ne donnent lieu ni à prise en charge, ni à remboursement au titre de vos garanties d'assistance :

- les frais non justifiés par des documents originaux,
- les frais que vous engagez pour la délivrance de tout document officiel,
- les frais liés à l'établissement des pièces justificatives requises pour la mise en œuvre des garanties.

Chapitre IV - Votre garantie d'assurance dépendance

Article 20. Votre rente en cas de dépendance

20.1. Votre prestation

Une rente viagère vous est servie à l'issue d'une période de franchise de 90 jours après ouverture du droit à prestations et tant que dure l'état de dépendance pour lequel vous êtes garanti selon votre certificat d'adhésion.

20.2. Détermination du montant de votre rente à l'ouverture des droits à prescription

Le montant de votre rente mensuelle en cas de dépendance totale est égal au produit des éléments suivants :

- la valeur de l'unité de rente mensuelle de base en vigueur au moment de l'ouverture des droits,
 - le rang de votre classe de garantie
 - le coefficient de réduction qui vous aura été communiqué si vous avez résilié votre adhésion.
- Si vous avez choisi la formule 2 - Dépendance totale et partielle, votre droit à prestation est ouvert dès reconnaissance d'un état de dépendance partielle tel que défini à l'article 16. Le montant de la rente servie est fixé à 50 % de celui déterminé comme décrit ci-dessus en cas de dépendance totale.

Quelle que soit l'évolution de votre état de dépendance dans le temps, la reconnaissance d'un état de dépendance totale ne peut induire l'ouverture de droits à prestations au titre de la dépendance partielle. A tout moment, le versement de la rente déterminée en cas de dépendance totale est exclusif du versement de la rente déterminée en cas de dépendance partielle.

20.3. Prise d'effet - Modalité de paiement - Cessation

Votre rente prend effet au 1^{er} jour du mois civil qui suit la date d'expiration de la franchise. Elle est payable mensuellement, par douzième à la fin de chaque mois civil, sans prorata d'arrérages au décès.

Vous devez fournir au mois de janvier de chaque année, un certificat de vie portant la mention « non décédé » pour justifier la poursuite des versements.

Le versement de la rente cesse à la date de votre décès, ou lorsque du fait de l'amélioration de votre état de santé, vous ne vous trouvez plus dans un état de dépendance tel que décrit à l'article 16. Dans ce dernier cas, vous devez informer par écrit UGPS Gestion, de l'évolution de votre situation. Si lors d'un contrôle médical, nous constatons que vous avez omis cette formalité, nous exigerons la restitution des rentes versées à tort.

Si vous bénéficiez d'une rente en cas de dépendance partielle et que votre état a évolué, vous devez constituer un nouveau dossier pour faire reconnaître un état de dépendance totale. Le montant de votre rente en cours de service est modifié à effet du premier jour du mois qui suit l'ouverture de votre droit à prestations au titre de la dépendance totale. Son nouveau montant est calculé selon les dispositions prévues en cas de dépendance totale.

Article 21. Revalorisation des rentes

Les rentes servies sont revalorisées annuellement sur décision du Comité de gestion paritaire.

Handwritten notes and signatures at the bottom of the page, including the number 12 and various initials and signatures.

Chapitre V - Vos garanties d'assistance

Article 22. Périmètre d'intervention

AXA Assistance vous apporte des réponses pratiques et des services au fur et à mesure que vous-même et votre entourage, êtes confrontés aux différents problèmes en relation avec une situation de dépendance à venir ou reconnue.

22.1. Faits générateurs

Les faits générateurs ouvrant droit à l'application des garanties au titre de votre adhésion en cours sont, à l'exclusion de tout autre :

- besoin d'information ou de prévention en lien avec la dépendance,
- votre situation de dépendance.

22.2. Territorialité

Vos garanties d'assistance sont accordées en France métropolitaine uniquement, à votre domicile.

Outre les garanties décrites ci-après aux articles 23 et 24, vous et votre entourage avez librement accès au site web d'AXA Assistance consacré à « l'aide aux aidants » : www.entraidants.fr

Article 23. Garanties d'assistance accordées avant l'entrée en dépendance

Vous avez besoin d'informations et de conseils en lien avec la « dépendance ».

AXA Assistance met à votre disposition un service de renseignements téléphoniques en composant le numéro 01 55 92 13 22, accessible de 8 h 00 à 20 h 00 du lundi au vendredi.

Selon le cas, nous devons nous documenter ou effectuer des recherches pour pouvoir répondre à votre attente : nos services vous rappelleront afin de vous communiquer les renseignements nécessaires.

Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et notre responsabilité ne pourra en aucun cas être engagée du fait de l'interprétation des informations transmises.

Nous sommes à même de vous répondre par téléphone sur les thèmes suivants :

23.1. Informations administratives et sociales

- aides disponibles,
- associations œuvrant dans le domaine de la dépendance,
- législation des tutelles (la capacité juridique),
- succession, décès, contrats obsèques,
- fiscalité, exonérations, charges à déduire, calcul de l'impôt,
- habitation, aménagement et matériels spécifiques,
- démarches à entreprendre.

23.2. Informations médicales

- santé au quotidien : informations médicales dépendance et grand âge,
- hygiène de vie : aménagement de l'habitat,
- pathologies : informations,
- prévention des maladies graves,
- techniques nouvelles,
- examens médicaux,
- médicaments.

23.3. Informations juridiques

En prévention d'un éventuel litige et pour vous aider à contourner au mieux toutes difficultés juridiques, AXA Assistance met à votre disposition un service d'informations juridiques par téléphone. Vous êtes renseigné sur vos droits et obligations. Des juristes sont à votre écoute. Ils vous délivrent une information juridique et pratique et vous orientent sur les démarches à entreprendre. La prestation d'information juridique par téléphone est délivrée dans les domaines du droit français en prévention de litige concernant les thèmes suivants :

- conflit avec un employé de maison de l'assuré,
- succession, la donation de l'assuré,
- conflit avec un tuteur, protection des incapables,
- conflit avec un organisme de prestations sociales pour un problème concernant l'assuré,
- droit de visite des enfants, petits-enfants,
- information pénale sur abus de faiblesse, escroquerie,
- relations avec le juge concernant la gestion des droits,
- caution accordée par l'assuré,
- pension alimentaire en faveur de l'assuré,
- mandat de protection future,
- hospitalisation d'office de l'assuré.

23.4. Téléassistance Fil Bleu

AXA Assistance propose un service d'aide à la sécurité des assurés et à leur maintien à domicile. Il vous permet d'obtenir une réponse rapide et adaptée en cas d'incident à domicile ainsi que des services complémentaires.

Le contenu et les modalités d'application de ce service font l'objet d'un contrat individuel à souscrire séparément. Le service vous est proposé avec une réduction de 15 % sur le prix public.

23.5. Suivi personnalisé

Lorsque vous avez atteint l'âge de 75 ans, et que vous le demandez, les professionnels de santé d'AXA Assistance réalisent par téléphone un bilan de votre situation et de votre niveau d'autonomie. Ils vous proposent les solutions de prévention adaptées à votre état de santé ainsi que toute information susceptible de vous être utile pour le maintien de votre qualité de vie.

L'intervention d'AXA Assistance se limitera à vous donner des informations objectives.

L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation médicale téléphonique personnalisée. Si telle était votre demande, AXA Assistance vous conseillerait de consulter votre médecin traitant.

Article 24. Garanties accordées dès la reconnaissance d'un état de dépendance partielle

Les garanties ci-dessous sont accordées après ouverture de vos droits suite à reconnaissance d'un état de dépendance partielle ou totale par le conseil médical des assureurs, dans les conditions décrites à l'article 16.

24.1. Bilan initial de la situation de dépendance

À votre demande ou celle de votre aidant, AXA Assistance organise et prend en charge le déplacement d'un professionnel de santé à votre domicile afin de réaliser une évaluation complète et personnalisée de votre situation de dépendance. Cette évaluation prend en compte notamment, sur la base d'un questionnaire approprié :

- votre situation et vos attentes : aides au jour le jour, l'évaluation du lieu de vie, équipement du domicile, réseaux de proximité,
- la situation et les attentes de votre aidant éventuel ; degré d'implication, situation psychologique, éloignement de son domicile par rapport au vôtre.

AXA Assistance ne prend en charge qu'un seul bilan initial.

24.2. Réalisation d'un projet de vie personnalisé

Sur la base des informations collectées lors du bilan initial de votre situation de dépendance, AXA Assistance vous transmet par courrier un document récapitulatif des éléments d'évaluation et présentant les préconisations adaptées à votre situation.

- Les rubriques couvertes par ce « projet de vie personnalisé » seront :
- résumé de votre situation et de vos attentes,
 - préconisations en matière d'équipement, de prestations de services,
 - coordonnées des prestataires de service ou d'équipement,
 - coordonnées des organismes d'aide.

Handwritten notes and signatures at the bottom of the page, including the number 14 and various initials and marks.