



# ***FRAIS GENERAUX PERMANENTS***

## ***Conditions Générales***

***Réf. 01-17***



## SOMMAIRE

ARTICLE 1. – OBJET DU CONTRAT .....	3
ARTICLE 2. – DEFINITIONS.....	3
ARTICLE 3. – EXTENSIONS OPTIONNELLES DES GARANTIES.....	5
ARTICLE 4. – EXCLUSIONS .....	6
ARTICLE 5.– ETENDUE TERRITORIALE .....	7
ARTICLE 6. – ENTREE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE .....	7
ARTICLE 7.– LIMITE D’AGE .....	7
ARTICLE 8. – CALCUL DE L’INDEMNITE / FRANCHISE.....	7
ARTICLE 9. – CLAUSE DE RESERVE.....	8
ARTICLE 10.– DECLARATION DU SOUSCRIPTEUR .....	8
ARTICLE 11.– COTISATIONS.....	8
ARTICLE 12.– DECLARATION EN CAS DE SINISTRE .....	9
ARTICLE 13.– PAIEMENT DE L’INDEMNITE FRAIS GENERAUX PERMANENTS.....	10
ARTICLE 14. – EXPERTISE MEDICALE .....	10
ARTICLE 15.– RESILIATION DU CONTRAT .....	10
ARTICLE 16.– RECOURS - SUBROGATION .....	11
ARTICLE 17.– PRESCRIPTION .....	11
ARTICLE 18.– ELECTION DE DOMICILE .....	11
ARTICLE 19.– RECLAMATIONS.....	12
ARTICLE 20.– DISPOSITIONS PARTICULIERES .....	12
ARTICLE 21.– INFORMATIONS DE L’ASSURE.....	12
ARTICLE 22.– ORGANISME DE CONTROLE .....	12



Le présent contrat est régi tant par le Code des Assurances, que par les Conventions Spéciales et les Conditions Générales et Particulières qu'il comporte.

Il n'est valable qu'après accord des parties. Dès ce moment, l'Assureur pourra en poursuivre l'exécution mais il ne produira ses effets au plus tôt que le lendemain du premier versement de prime par le Souscripteur.

A défaut de clause contraire dans les Conditions Particulières, le contrat est conclu pour une durée d'un an.

Il est, à l'expiration de cette durée, reconduit automatiquement d'année en année, sauf dénonciation par l'une des parties, par lettre recommandée, **au moins DEUX MOIS** avant l'expiration de l'année d'assurance en cours.

Tout contrat conclu pour une durée inférieure à un an cesse automatiquement à l'expiration de la durée convenue.

## ARTICLE 1. – OBJET DU CONTRAT

Par le présent contrat, l'Assureur s'engage à rembourser les Frais Généraux Permanents réellement supportés par le Souscripteur, dans la limite des indemnités prévues aux Conditions Particulières, lorsqu'un Accident corporel ou une Maladie dont l'Assuré serait victime entraîne son arrêt de travail.

## ARTICLE 2. – DEFINITIONS

### **ACCIDENT**

Toute atteinte corporelle non intentionnelle dont est victime un Assuré et provenant de l'action soudaine et inattendue d'une cause extérieure et toutes les manifestations pathologiques qui sont la conséquence directe d'une atteinte corporelle, sous réserve des exclusions de l'article 4 des présentes Conditions Générales.

#### **Sont assimilés à des accidents :**

- Les infections causées directement par un accident garanti, à l'exclusion de toute infection résultant de l'intervention humaine après un accident garanti,
- Les empoisonnements et lésions corporelles dus à l'absorption non intentionnelle de substances toxiques ou corrosives,
- L'asphyxie due à l'action imprévue du gaz ou de vapeurs qui mettent la santé en danger, la noyade et les maladies infectieuses qui sont la conséquence d'une chute dans l'eau ou dans un liquide infecté.
- Les gelures, coups de chaleur, insolation ainsi que l'inanition et l'épuisement par suite de naufrage, atterrissage forcé, écoulement, avalanche et inondation,
- Les lésions corporelles résultant d'agressions ou d'attentats dont l'Assuré serait victime sauf s'il est prouvé qu'il aurait pris une part active comme auteur ou instigateur de ces événements.

#### **Ne sont pas assimilés à des accidents :**

- Les crises d'épilepsie, les ruptures d'anévrisme, l'infarctus du myocarde, l'embolie cérébrale et les hémorragies méningées.

### **ARRET DE TRAVAIL**

On entend par arrêt de travail, l'impossibilité pour l'Assuré d'exercer son activité professionnelle, du fait de sa condition physique, de son état de santé ou de son séjour dans un établissement de santé. Cet arrêt de travail doit être constaté par un médecin qui établira le certificat d'arrêt de travail en conséquence.

### **ASSURE**

La (ou les) personne (s) physique (s) désignée (s) sous ce nom aux Conditions Particulières, qui exerce une activité au sein de l'entreprise.

### **ASSUREUR**

TOKIO MARINE KILN INSURANCE LIMITED.

### **COTISATION**

Somme payée, semestriellement ou annuellement, à l'Assureur en contrepartie de la garantie accordée.

### **DATE DE CONSOLIDATION**

Jour à partir duquel l'état de santé de l'Assuré, selon le certificat médical de consolidation, est définitif, la poursuite des soins étant inefficace.



### **DATE D'EFFET**

Date indiquée dans les Conditions Particulières. Elle correspond à la date de réception par l'Assureur de la Demande de Souscription.

### **DECHEANCE**

Privation du droit aux sommes prévues au contrat par suite du non-respect de certaines obligations imposées par l'Assuré.

### **DECES ACCIDENTEL**

Tout décès de l'Assuré suite à un Accident, et intervenant dans les douze mois qui suivent la date de l'Accident.

### **FRAIS GENERAUX PERMANENTS**

On entend par Frais Généraux Permanents, les dépenses habituellement supportées par le Souscripteur pour l'exercice de sa profession mentionnée aux Conditions Particulières du contrat, c'est-à-dire :

OU les postes renseignés sur le bilan de l'entreprise ou sur son compte d'exploitation et plus simplement résumés :

- les dépenses d'eau, gaz, électricité, chauffage, téléphone, loyer et charges des locaux professionnels,
- les salaires (charges incluses) des employés du Souscripteur,
- les taxes et impôts professionnels,
- les intérêts et taxes payés sur les traites de financement des locaux professionnels,
- le coût de crédit-bail,
- les pertes par dépréciation des matières consommables,
- les amortissements des équipements,
- les agios sur découverts bancaires,
- les cotisations syndicales et professionnelles
- les cotisations sociales et personnelles obligatoires

OU le remboursement du salaire du remplaçant c'est à dire les frais supportés par le Souscripteur pour remplacer l'Assuré à la suite d'un événement garanti par le présent contrat.

Ce n'est que lors de la survenance du sinistre que le Souscripteur peut demander à l'Assureur, soit le remboursement de ses frais généraux permanents, soit le remboursement du salaire charges sociales comprises du remplaçant de l'Assuré.

En aucun cas l'Assureur ne remboursera le cumul de ces deux postes.

L'indemnisation ne pourra couvrir les dépenses relatives aux frais généraux permanents ou le salaire du remplaçant.

Les sommes dues seront versées au Souscripteur.

Par contre, n'entrent pas dans les Frais Généraux Permanents garantis :

- La rémunération de l'Assuré quel qu'en soit le mode (salaires, honoraires, prélèvements, profits, frais exceptionnels et autres avantages),
- Les frais d'acquisition de toutes matières consommables, marchandises, fournitures,
- L'amortissement du capital emprunté pour l'achat de baux, locaux et matériels.

### **FRANCHISE**

Durée exprimée en jours ou en mois ou montant exprimé en pourcentage. Les garanties concernées sont acquises à l'expiration du délai en nombre de jours ou mois ou à partir du pourcentage fixé.

### **MALADIE**

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale.

### **PERIODE D'ATTENTE**

C'est la période de Trois Mois, qui suit la date d'effet du contrat, pendant laquelle il n'y a pas de garantie.



### **PERIODE D'INDEMNISATION**

C'est la période pendant laquelle l'Assuré est en arrêt de travail total ou partiel. Elle commence après la période de franchise et cesse lorsque l'Assuré reprend son travail ou au plus tard à l'expiration de la durée maximale d'indemnisation. La franchise et la durée maximale d'indemnisation figurent aux Conditions Particulières.

Toute rechute dans un délai inférieur à TROIS MOIS constitue un seul sinistre. Elle est englobée alors dans la même période d'indemnisation.

La cessation d'activité de l'entreprise, quelle qu'en soit la cause, entraîne automatiquement la cessation du contrat. Si la cessation d'activité intervient pendant l'arrêt de travail de l'Assuré, elle entraîne automatiquement la fin de l'indemnisation.

### **RECHUTE**

On entend par rechute, une nouvelle période d'arrêt de travail provenant de la même cause et des mêmes effets que ceux pris en considération lors de l'arrêt précédent.

### **SOUSCRIPTEUR / BENEFICIAIRE PRINCIPAL**

L'entreprise (personne physique ou morale) désignée aux Conditions Particulières qui s'engage à payer les primes et qui reçoit en cas de survenance du sinistre, le remboursement des frais généraux permanents.

### ARTICLE 3. – EXTENSIONS OPTIONNELLES DES GARANTIES

Ces garanties ne sont accordées que si elles figurent en extension aux Conditions Particulières du contrat et que le Souscripteur s'acquitte de la surprime adéquate.

### **A – CAPITAL RECONVERSION**

#### EN CAS DE DECES DE L'ASSURE

Lorsqu'un Assuré est victime d'un Accident et décède de ses suites dans les 12 mois suivant sa date de survenance, l'Assureur verse au Bénéficiaire la somme indiquée aux Conditions Particulières.

Si le corps de l'Assuré n'a pas été retrouvé à la suite d'un Accident d'avion, d'un naufrage, de la destruction d'un moyen de transport public ou la disparition du moyen de transport public utilisé, et si aucune nouvelle n'a été reçue de l'Assuré, des autres passagers ou des membres d'équipage dans les deux ans qui suivent, alors il sera présumé que l'Assuré aura péri des suites de cet événement.

#### EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE TOTALE

Lorsqu'un Assuré est victime d'un accident et qu'il en résulte une invalidité du 2ème ou 3ème groupe définis par l'article L314-4 du Code de la Sécurité Sociale, repris ci-après, l'Assureur verse au Bénéficiaire le montant indiqué aux Conditions Particulières.

Article L314-4 du Code de la Sécurité Sociale :

- 2ème groupe d'invalidité : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque
- 3ème groupe d'invalidité : invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont en outre dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Dans les autres cas, l'Assureur versera au Bénéficiaire le montant indiqué aux Conditions Particulières, si à la suite de l'accident, le médecin expert de l'Assureur détermine un taux d'invalidité supérieur ou égal à 66 % suivant le barème des Accidents du Travail, et ce, par référence au barème indicatif annexé au décret N° 82 1135 du 23.12.1982.

L'indemnité prévue par la garantie INVALIDITE PERMANENTE TOTALE ne peut être cumulée avec l'indemnité prévue pour le cas du DECES ACCIDENTEL.

#### DETERMINATION DU DEGRE D'INVALIDITE

Le degré d'invalidité est fixé dès qu'il y a consolidation de l'état de l'Assuré et au plus tard à l'expiration d'un délai de trois ans à partir de la date de l'accident.

Pour les cas d'invalidité non prévus au barème, les taux sont fixés par comparaison de leur gravité avec des cas énumérés dans le barème.

Les taux d'invalidité sont fixés en dehors de toute considération professionnelle ou scolaire.

La perte anatomique de membres ou organes déjà perdus fonctionnellement avant l'Accident ne peut donner lieu à indemnisation.



Les lésions aux membres ou organes déjà invalides avant l'Accident ne sont indemnisées que par différence entre l'état avant et après l'Accident.

L'évaluation des lésions d'un membre ou organe ne peut être influencée par l'état d'invalidité préexistant d'un autre membre ou organe.

Si plusieurs membres ou organes sont atteints par le même Accident, les taux d'invalidité se cumuleront sans pouvoir dépasser 100%.

Il est rappelé qu'en cas de décès avant consolidation de l'invalidité, seul le capital prévu en cas de décès sera versé déduction faite éventuellement des sommes qui auraient pu être avancées au titre de l'invalidité. Par conséquent il n'y a pas cumul des deux garanties lorsqu'elles sont les suites d'un même événement.

#### BENEFICIAIRE

La personne qui reçoit de l'Assureur les sommes dues au titre des sinistres.

En cas de décès de l'Assuré, à moins qu'une autre personne n'ait été désignée par l'Assuré, le Bénéficiaire est le conjoint survivant, non divorcé judiciairement et à défaut ses ayants droit.

En cas d'invalidité de l'Assuré, lorsqu'il est établi qu'il reste invalide des suites de son accident et est dans l'incapacité absolue et définitive d'exercer sa profession, la somme due est versée à l'Assuré.

#### **B – REMPLACEMENT DU CONJOINT SEDENTAIRE AGE DE MOINS DE 60 ANS, NON REMUNERE MAIS DECLARE A LA SECURITE SOCIALE**

Lorsque le conjoint de l'Assuré est assuré et qu'il est immobilisé, temporairement, à la suite d'un accident ou d'une maladie, pour une durée supérieure à 30 jours et que le recrutement d'un remplaçant devient incontournable, l'Assureur rembourse au Souscripteur le montant du salaire ou des honoraires charges sociales comprises du remplaçant d'un montant maximum égal au plafond de la Sécurité Sociale, lequel fait l'objet d'une mise à niveau chaque 1er janvier publiée au Journal Officiel.

Le montant retenu sera celui publié au Journal Officiel de l'année de survenance du sinistre.

L'ensemble des autres articles ayant trait au remboursement des frais généraux permanents ainsi que les exclusions des présentes conditions générales sont également applicables à cette extension.

#### ARTICLE 4. – EXCLUSIONS

##### **Aucune indemnité n'est due en cas de sinistre résultant :**

- 1) **Du décès ou de l'invalidité de l'Assuré consécutif à une maladie quelle qu'elle soit,**
- 2) **Du suicide conscient ou inconscient ou d'une tentative de suicide de l'Assuré,**
- 3) **Du fait intentionnel de l'Assuré ou du bénéficiaire du contrat,**
- 4) **De tout trouble neuropsychique, psychologique ou psychosomatique, de toute manifestation justifiant un traitement à visée neuropsychiatrique, et en particulier la dépression nerveuse ou l'anxiété,**
- 5) **De l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement,**
- 6) **De la guerre**
- 7) **De la participation active de l'Assuré à des grèves, émeutes, mouvements populaires, rixes, actes de terrorisme ou de sabotage,**
- 8) **D'alcoolisme ou d'ivresse pour les accidents de la circulation lorsque l'Assuré, en qualité de conducteur d'un véhicule quelconque à un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui légalement admis dans le pays où a lieu l'accident,**
- 9) **Des accidents causés par toute manifestation directe ou indirecte de la désintégration du noyau atomique ou par des radiations ionisantes,**
- 10) **Des accidents consécutifs à l'utilisation comme pilote d'un appareil quelconque permettant de se déplacer dans les airs,**
- 11) **Des cures diététiques, thermales, héliomarines, de sommeil ou de désintoxication,**
- 12) **Des arrêts consécutifs au traitement de la stérilité de la grossesse, d'interruption de grossesse, de la grossesse de l'accouchement et leurs complications. Toutefois, si leurs complications entraînent un séjour en établissement hospitalier ou un séjour médical à domicile de plus de 30 jours consécutifs, la garantie s'exercera à partir du 31ème jour (après l'entrée en vigueur de la garantie), les traitements esthétiques, d'amaigrissement, de rééducation qui ne seraient ni fonctionnels, ni moteurs.**
- 13) **Des maladies nommément désignées aux Conditions Particulières.**



- 14) **La pratique d'un sport en tant que professionnel, ainsi que la participation, même en amateur, à des courses de véhicules à moteur (terrestre ou nautique), ou à des sports réputés dangereux tels que l'usage d'avion privé en tant pilote ou passager, le parachutisme, l'ULM, le deltaplane, le parapente, l'équitation, le saut à ski, l'alpinisme, la varappe, la spéléologie, le saut à l'élastique, la plongée sous-marine, l'utilisation d'un véhicule terrestre à moteur de 2 ou 3 roues d'une cylindrée supérieures à 125 cm<sup>3</sup> et les tentatives de records.**
- 15) **La participation à des compétitions comportant l'utilisation de véhicules à moteur ainsi qu'à leurs essais préparatoires (sauf rallyes touristiques de 2ème catégorie)**

**Les exclusions numérotées 14 et 15 peuvent être abrogées. Il en sera alors fait mention aux Conditions Particulières et la cotisation sera calculée en conséquence.**

#### ARTICLE 5.- ETENDUE TERRITORIALE

La garantie est acquise pour les Accidents ou les Maladies survenus dans le Monde Entier.

#### ARTICLE 6. – ENTREE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE

**Accident** : la garantie est acquise pour tous les accidents survenus à partir de la date de prise d'effet du contrat, et après expiration de la franchise.

**Maladie** : la garantie est acquise au-delà d'un délai de 90 jours à partir de la date d'effet du contrat, et après expiration de la franchise.

#### ARTICLE 7.- LIMITE D'AGE

En ce qui concerne l'Assuré :

La garantie s'exerce jusqu'à ce que l'Assuré voit s'ouvrir ses droits à la retraite et au plus tard à l'expiration de l'année d'assurance au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge de **68 ans**.

En ce qui concerne son conjoint :

La garantie s'exerce jusqu'à ce que l'Assuré voit s'ouvrir ses droits à la retraite et au plus tard à l'expiration de l'année d'assurance au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge de **60 ans**.

#### ARTICLE 8. – CALCUL DE L'INDEMNITE / FRANCHISE

- 1) Remboursement des frais généraux permanents du Souscripteur

L'indemnité versée au Souscripteur est calculée après application des franchises et dans la limite du plafond souscrit tel qu'indiqué aux Conditions Particulières.

Une avance sur indemnité sera versée sur la base d'un montant estimé de 80% du plafond de la garantie, ajusté au 1/365ème par jour d'arrêt de travail.

Cette avance sera complétée au fur et à mesure de la production des justificatifs, jusqu'au calcul du solde. Le montant maximum versé ne pourra être supérieur au montant réel des frais généraux permanents du Souscripteur.

En cas d'arrêt de travail partiel : les indemnités versées par la Compagnie seront réduites de moitié dès qu'il sera possible à l'Assuré de reprendre une partie de son activité quel que soit son temps de travail autorisé, et ce jusqu'à la consolidation de l'Accident ou la stabilisation de la Maladie, dans la limite de la durée d'indemnisation prévue aux Conditions Particulières

- 2) Remplacement du conjoint collaborateur

Le montant maximum versé pour une année, ne pourra être supérieur au montant du plafond de la Sécurité Sociale lequel fera l'objet d'une mise à niveau chaque 1er janvier publiée au Journal Officiel.



## ARTICLE 9. – CLAUSE DE RESERVE

### **FRAIS GENERAUX :**

L'Assureur vérifiera le montant des indemnités à verser par tout moyen ou document comptable et/ou fiscal que le Souscripteur s'engage à mettre à sa disposition sur simple demande. A la suite de cette vérification, s'il apparaît que les avances sur indemnités et/ou le solde effectivement versés sont supérieurs aux frais généraux permanents réels au moment du sinistre, le Souscripteur devra restituer le trop perçu.

Lorsque les conséquences du sinistre sont aggravées par :

- l'existence d'une maladie, d'un état psychologique ou d'une invalidité constatés médicalement antérieurement à la souscription du contrat,
- le refus ou la négligence de l'Assuré de se soumettre aux soins médicaux nécessités par son état :

L'indemnité est fixée sur les bases de ce qu'elles auraient dû être chez une personne non atteinte de cette affection qui aurait suivi à ce titre un traitement approprié.

## ARTICLE 10.– DECLARATION DU SOUSCRIPTEUR

A la souscription du contrat, de nouvelles garanties ou d'augmentation des montants assurés, il doit être répondu exactement aux questions qui sont posées dans la proposition d'assurance et dans le questionnaire de santé sous peine des sanctions prévues par le Code des Assurances :

- Nullité du contrat en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle (art. L 113-8 du Code des Assurances),
- Réduction des indemnités en cas d'omission ou de déclaration inexacte et de bonne foi (art L. 113-9 du Code des Assurances).

En cours de contrat, le Souscripteur doit indiquer à l'Assureur tous les éléments qui modifient la nature et l'importance du risque pris en charge par lui :

- Changement d'activité de l'entreprise et nouveau code Siret,
- Changement de fonction de l'Assuré,
- Cessation d'activité de l'Assuré quelle qu'en soit la cause.

Le Souscripteur doit déclarer à l'Assureur, dès qu'il en a connaissance, la cessation d'activité de l'entreprise et ce, quelle qu'en soit la cause.

Cette déclaration doit être faite préalablement à la modification.

En cas de modification du risque et notamment en cas de changement de classe de risque, l'Assureur peut proposer un nouveau montant de prime. Si le souscripteur le refuse, l'Assureur peut résilier le contrat, au terme d'un délai de trente jours à compter de cette proposition.

## ARTICLE 11.– COTISATIONS

### **PAIEMENT DES COTISATIONS**

La cotisation annuelle ou, dans le cas d'un paiement fractionné, les fractions de cotisation et les accessoires de cotisation dont le montant est stipulé aux Conditions Particulières ainsi que les taxes sont payables d'avance aux dates convenues.

Si une cotisation (ou une fraction de cotisation) n'est pas payée dans les dix jours de son échéance, l'Assureur peut, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, suspendre la garantie après avoir envoyé au Souscripteur, à son dernier domicile connu, une lettre recommandée valant mise en demeure.

Si le souscripteur maintient son refus de payer la cotisation due, l'Assureur a le droit de résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours indiqué dans cette lettre. (Si le souscripteur habite hors de la France Métropolitaine, ce délai de trente jours se compte à partir de la réception de la lettre).

Cette résiliation et ce délai de dix jours devront figurer soit dans la première lettre de mise en demeure, soit dans une nouvelle lettre recommandée (Art. L113-3 du Code des Assurances).





## EVOLUTION DES COTISATIONS – REVISION DU TARIF

Si, pour des motifs de caractère technique ou de mauvais résultats, l'Assureur modifie le tarif applicable aux risques assurés par le présent contrat, le Souscripteur en est informé à l'échéance la plus proche par l'avis d'échéance portant mention de la nouvelle prime hors taxes.

En cas de majoration tarifaire, le Souscripteur peut résilier son contrat dans les 15 jours où il a eu connaissance de cette majoration et la résiliation prend effet 1 mois après sa notification à l'Assureur.

## TARIF PAR TRANCHES D'AGE

La prime est fixée par tranches d'âge :

- moins de 35 ans,
- de 35 à 44 ans,
- de 45 à 54 ans,
- de 55 à 59 ans,
- de 60 à 65 ans,
- de 66 à 68 ans.

Elle est modifiée automatiquement pour chaque Assuré à partir de l'échéance la plus proche de son entrée dans la tranche d'âge supérieur.

## ARTICLE 12.- DECLARATION EN CAS DE SINISTRE

Dans les cinq jours qui suivent la date à laquelle l'accident est connu ou la maladie est constatée, sauf cas fortuit ou de force majeure, il doit être adressé à l'Assureur :

- La déclaration écrite précisant le numéro du contrat,
- Le certificat du médecin, du chirurgien ou du centre hospitalier appelé à donner les premiers soins, décrivant les blessures ou la nature de la maladie et fixant la durée de l'arrêt d'activité professionnelle,
- Le bulletin de salaire ou la note d'honoraires du remplaçant, si cette option a été retenue, ainsi que la copie de son contrat de travail,
- La copie du dernier bilan ou compte d'exploitation ou tout autre document comptable ou fiscal,
- Tout document que l'Assureur se réserve le droit de réclamer relatif à l'accident ou la maladie déclaré.
- En cas de remboursement du salaire du remplaçant du conjoint déclaré à la Sécurité Sociale mais non rémunéré :
  - trois devis d'agences d'intérim,
  - la facture de la société retenue,
  - ainsi que tout formulaire prouvant le statut de salarié non rémunéré du conjoint à la Sécurité Sociale.
- S'il s'agit d'un accident, la déclaration écrite doit préciser en outre :
  - Les circonstances de l'accident et les noms et adresses des témoins,
  - Dans le cas où un procès verbal est dressé, le nom de l'autorité qui l'a dressé.

En cas de décès accidentel, le certificat de décès ainsi que les pièces établissant la qualité du Bénéficiaire et les nom et adresse du notaire chargé de la succession.

L'Assuré ou le Bénéficiaire qui, intentionnellement, fournit de faux renseignements ou use de documents faux ou dénaturés dans l'intention de tromper l'Assureur, perd tout droit à la garantie pour le sinistre en cause.

Toutes les mesures utiles doivent être prises sans retard pour limiter les conséquences du sinistre et hâter le rétablissement de l'Assuré qui doit se soumettre aux soins médicaux nécessités par son état.

Le médecin de l'Assureur doit avoir libre accès auprès de l'Assuré pour constater son état. L'Assuré accepte que les informations médicales concernant son état de santé soient communiquées au médecin expert de l'Assureur.

Tout refus non justifié de se conformer à ce contrôle, après mise en demeure par lettre recommandée avec accusé de réception, entraîne la déchéance de l'Assuré.



A défaut d'une déclaration dans les délais précités, dans le cas où l'Assureur subit un dommage du fait de l'absence de cette déclaration ou de son caractère tardif, la déchéance du droit à indemnisation peut être opposée à l'Assuré.

#### DETERMINATION DE LA DUREE DE L'ARRET DE TRAVAIL

La durée de l'incapacité est fixée par le médecin traitant de l'Assuré, étant entendu que l'Assureur se réserve le droit de la faire contrôler par son médecin expert.

#### ARTICLE 13.- PAIEMENT DE L'INDEMNITE FRAIS GENERAUX PERMANENTS

L'indemnité due au titre du contrat sera versée à mois échu, au plus tard dans les quinze jours qui suivent l'accord des parties ou la décision judiciaire exécutoire après la réception des certificats médicaux qui fixent la durée de l'arrêt de travail.

#### ARTICLE 14. – EXPERTISE MEDICALE

S'il y a contestation d'ordre médical, chaque partie désigne son médecin. Si ces médecins ne parviennent pas à un accord, ils s'adjoignent un troisième médecin pour les départager.

Cette expertise médicale est obligatoire et s'impose aux parties avant toute action judiciaire.

Si l'une des parties ne désigne pas son médecin ou si les médecins représentant les parties ne s'entendent pas sur le choix du troisième médecin, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré.

Chaque partie conserve à sa charge les honoraires et les frais de l'intervention du médecin qu'elle a désigné ; ceux de l'intervention d'un troisième médecin sont partagés par moitié entre elles.

#### ARTICLE 15.- RESILIATION DU CONTRAT

##### FACULTE PERIODIQUE DE RESILIATION

Le contrat est conclu pour une durée d'un an, à partir de la date d'effet mentionnée aux Conditions Particulières. Il est renouvelable par tacite reconduction. L'Assureur et le Souscripteur peuvent résilier le contrat à la fin de chaque année d'assurance moyennant un préavis de **DEUX MOIS** avant l'échéance annuelle par lettre recommandée, date de la poste faisant foi.

##### FACULTES PARTICULIERES DE RESILIATION

Le contrat peut être résilié par le Souscripteur ou l'Assureur :

- En cas de changement de domicile, de situation ou régime matrimonial, de profession,
- En cas de retraite, démission, ou licenciement de l'Assuré.
- En cas de cessation d'activité de l'entreprise,

Lorsque les risques couverts antérieurement par le contrat ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (Art. L 113-16 du Code des Assurances).

Le contrat peut être résilié par le Souscripteur à chaque échéance annuelle :

- En cas de disparition de circonstances aggravantes mentionnées au contrat, si l'Assureur refuse de réduire la prime en conséquence (Art. L 113-7 du Code des Assurances).
- En cas de résiliation par l'Assureur d'un autre contrat après sinistre (Art. L113-10 du Code des Assurances),
- en cas d'augmentation de tarif tel que défini à l'Article 10 paragraphe « Révision du tarif »

Le contrat peut être résilié par l'Assureur à chaque échéance annuelle:

- En cas de non paiement des primes (Art. L 113-3 du Code des Assurances),
- En cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat (Art. L113-9 du Code des Assurances),
- En cas de refus, par le Souscripteur, d'une majoration de prime suite à aggravation du risque (Art. L113-4 du Code des Assurances).



## FORMALITES DE RESILIATION

La résiliation du contrat, par le Souscripteur, peut être faite, soit par déclaration contre récépissé présentée au siège de l'Assureur, soit par lettre recommandée adressée à l'Assureur ou son représentant.

La résiliation par l'Assureur est notifiée par lettre recommandée à la dernière adresse qu'il connaisse, du Souscripteur.

En cas d'envoi d'une lettre recommandée, tout délai de préavis de résiliation (à l'exception du cas de non-paiement des cotisations) se décompte par rapport à la date figurant sur le cachet de la poste.

Dans le cas d'une résiliation au cours d'une période d'assurance, la portion de cotisation d'assurance pour la période restante est remboursée au Souscripteur si elle a été perçue d'avance. Toutefois, cette portion de cotisation est conservée par l'Assureur si le contrat a été résilié pour non-paiement de cotisation.

La résiliation ou le non-renouvellement du contrat est sans effet sur le versement des prestations acquises ou nées durant sa période.

## ARTICLE 16.- RECOURS - SUBROGATION

A concurrence des frais qu'il a engagés au titre de l'arrêt de travail ayant généré le paiement de l'indemnité de sinistre, l'Assureur est subrogé dans les termes de l'article L121-12 du Code des Assurances dans les droits et actions du Souscripteur du contrat et des Assurés contre tout responsable du sinistre.

## ARTICLE 17.- PRESCRIPTION

**Toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans. Ce délai commence à courir du jour de l'événement qui donne naissance à cette action, dans les conditions déterminées par les articles L.114-1 et L.114-2 du Code des Assurances.**

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où les Assureurs en ont eu connaissance ;
- 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (articles 2240 et suivants du Code civil) et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par la Société apéritrice au Preneur d'assurance en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par le Preneur d'assurance à la Société apéritrice en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

## ARTICLE 18.- ELECTION DE DOMICILE

Pour l'exécution du présent contrat, l'Assureur fait élection de domicile à sa Direction pour la France. Il reconnaît la compétence des juridictions françaises et renonce à tout recours judiciaire dans son pays d'origine.



## ARTICLE 19.- RECLAMATIONS

En cas de difficulté, le Souscripteur consulte le Courtier par l'intermédiaire duquel le contrat est souscrit. Si sa réponse ne le satisfait pas, l'Assuré ou le Souscripteur peut adresser sa réclamation à :

**TOKIO MARINE KILN INSURANCE LIMITED**  
**6-8 boulevard Haussmann - CS 40064**  
**75441 PARIS CEDEX 09**  
**Tel : 01 53 29 30 00 Fax : 01 42 97 43 87**  
**Ou**  
**reclamations@tokiomarinekiln.com**

L'Assureur accuse réception de la réclamation dans un délai qui ne doit pas excéder 10 jours ouvrables à compter de la réception de celle-ci, sauf si la réponse elle-même est apportée au client dans ce délai. Il envoie la réponse à l'assuré dans un délai qui ne doit pas excéder deux mois à compter de la date de réception.

Enfin, si votre désaccord persistait après la réponse donnée, vous pourriez saisir le médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance à condition qu'aucune action judiciaire n'ait été engagée :

**LE MEDIATEUR DE LA FFSA**  
**BP290**  
**75125 PARIS CEDEX 09**

Le médiateur de la FFSA n'est pas compétent pour connaître des contrats souscrits pour garantir des risques professionnels.

## ARTICLE 20.- DISPOSITIONS PARTICULIERES

Il est précisé que, s'agissant d'une couverture pertes financières au bénéfice de l'entreprise, le présent contrat n'est pas soumis aux dispositions de la loi Evin du 31-12-89.

## ARTICLE 21.- INFORMATIONS DE L'ASSURE

Conformément à la Loi du 06/01/1978, le Souscripteur et l'Assuré disposent d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition aux informations les concernant. Ce droit peut être exercé auprès de TOKIO MARINE KILN INSURANCE LIMITED – 6/8 Boulevard Haussmann, 75009 PARIS.

TOKIO MARINE KILN INSURANCE LIMITED précise quels sont les différents moyens d'information dont disposent le Souscripteur et l'Assuré concernant le contrat d'assurance.

## ARTICLE 22.- ORGANISME DE CONTROLE

Conformément au Code des Assurances (article L 112-4), il est précisé que l'entreprise d'assurance TOKIO MARINE KILN INSURANCE Limited est contrôlée conjointement au Royaume-Uni par l'Autorité de régulation prudentielle (Prudential Regulation Authority située 20 Moorgate London, EC2R 6DA – England) et l'Autorité de conduite financière (Financial Conduct Authority située 25 The North Colonnade, Canary Wharf, London E14 5HS - England)

Le contrat est soumis à la Loi Française et à la réglementation du Code des Assurances.