

Assurance Prévoyance (décès – arrêt de travail) des salariés

Document d'information sur le produit d'assurance

Compagnies : SwissLife Prévoyance et Santé et SwissLife Assurance et Patrimoine

Entreprises d'assurance régies par le Code des assurances

Immatriculées respectivement sous les numéros 322 215 021 et 341 785 632 RCS Nanterre.

Produit : SwissLife Prévoyance des Salariés (SLPS)

Direction Technique : Novembre 2023



Ce document d'information présente un résumé des principales garanties et exclusions du produit. Il ne prend pas en compte vos besoins et demandes spécifiques. Vous trouverez l'information complète sur ce produit dans la documentation précontractuelle et contractuelle.

De quel type d'assurance s'agit-il ?

Ce contrat est destiné à tous les salariés de l'industrie, du commerce, de l'artisanat, des professions libérales et agricoles, âgés de moins de 63 ans et titulaire d'un contrat à durée indéterminée. Il a pour objet de couvrir le salarié ainsi que sa famille des conséquences du risque de perte de revenus en cas de décès ou d'arrêt de travail. Il s'agit d'un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit auprès de l'association AGIS. Les montants de garanties sont définis en tenant compte des indemnités versées par le régime obligatoire, ainsi que les revenus déclarés.



Qu'est-ce qui est assuré ?

Sous réserve de satisfaire aux conditions d'adhésion, l'adhérent choisit les garanties et leur montant dans la limite d'un plafond.

Le produit n'impose pas de garantie obligatoire. Des options peuvent être choisies en complément des garanties principales, telles qu'indiquées ci-dessous.

- ✓ **Versement d'un capital** en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)
 - + Doublement du capital en cas de décès par accident
 - + Versement d'un capital aux enfants à charge en cas de décès simultané du conjoint dans les 12 mois

Et/ou Versement d'une rente viagère au conjoint en cas de décès ou de PTIA de l'assuré

Et/ou Versement d'une rente éducation, évolutive en fonction de l'âge de l'enfant, en cas de décès ou de PTIA de l'assuré

Options des garanties décès et PTIA :

- Versement d'un capital en cas de maladie grave (d'un montant maximum de 50 000 € ;
- Capital infirmité en cas d'accident d'un montant maximum de 100 000 € ;
- Allocation frais d'obsèques de 3 000 €.

Et/ou Garanties maintien de revenus : indemnités journalières et rente invalidité

Versement d'Indemnités journalières (IJ) en cas d'incapacité temporaire totale de travail (jusqu'à 5 000 € par mois) + maintien de 50% de l'indemnité journalière en cas de reprise de l'activité en mi-temps thérapeutique

Versement d'une rente en cas d'invalidité (jusqu'à 5 000 € par mois).

✓ Quelle que soit la garantie souscrite :

- **la cotisation sera exonérée** à partir du 91ème jour d'arrêt de travail continu, garanti et indemnisé.



Qu'est-ce qui n'est pas assuré ?

Les événements suivants et leurs conséquences ne seront jamais garantis :

- ✗ les arrêts de travail pendant les congés légaux de maternité ou paternité ;
- ✗ les arrêts de travail pour des cures de toute nature et les séjours en maison de repos ;
- ✗ les états antérieurs : les maladies et infirmités existantes non déclarées à la prise d'effet du contrat ainsi que leurs suites et conséquences.



Y a-t-il des exclusions à la couverture ?

Principales exclusions

Sont exclus les événements suivants et leurs conséquences :

- Pour l'ensemble des garanties :
 - ! le suicide survenant dans la première année de prise d'effet de la garantie ou du complément de garantie ;
 - ! tout acte intentionnel ou dolosif causant un dommage à un tiers ;
 - ! la pratique d'un sport à titre professionnel ;
 - ! la pratique d'un sport avec licence sportive et pour lequel l'assureur n'a pas donné son accord au sein du certificat d'adhésion ;
- En cas d'incapacité de travail ou d'invalidité :
 - ! les suites et conséquences des affections liées à l'éthylisme ;

Principales restrictions limitant la mise en jeu de la couverture

- ! les grossesses et accouchements non pathologiques ne sont pas couverts ;
- ! La durée maximale d'indemnisation pour maladies mentales et affections psychiques est de 6 mois pour toute la durée du contrat, qu'elles soient cumulées ou non. Ces affections sont exclues de la garantie applicable en cas d'invalidité permanente ;
- ! Les cures de toute nature, notamment thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication ainsi que les séjours en maison de repos, sont exclues des garanties applicables en cas d'incapacité temporaire totale de travail ;
- ! L'état d'invalidité faisant suite à un arrêt de travail non garanti et pour lequel l'assuré n'a pas droit aux indemnités journalières, ainsi que celui consécutif à une maladie mentale ou affection psychiatrique ne sont pas garantis ;
- ! L'indemnité journalière en cas de mi-temps thérapeutique est versée pendant 3 mois maximum.

Cette liste n'est pas exhaustive. L'intégralité des exclusions et limitations se trouvent dans la document précontractuelle et contractuelle.



Où suis-je couvert ?

- ✓ Les garanties décès, maintien de revenus, dividendes et remboursement des frais généraux sont acquises dans le monde entier pour les éléments imprévisibles à la date de départ de France. Elles ne concernent que les assurés résidant habituellement et de façon régulière en France.
- ✓ Le règlement des prestations est toujours effectué en France, dans la monnaie légale de l'Etat français.



Quelles sont mes obligations ?

L'acceptation des garanties par l'assureur prend en considération les réponses aux différents questionnaires, mais aussi les activités professionnelles de l'assuré le cas échéant.

Vous devez sous peine de nullité / déchéance des garanties :

Lors de la demande d'adhésion

- répondre avec précision aux questions et demandes de renseignement figurant dans la demande d'adhésion et le cas échéant sur les questionnaires médicaux ;

En cours d'adhésion, vous devez nous informer en application de l'article L. 113-2 du Code des assurances de tout changement de votre situation, et notamment :

- un changement de profession ou une modification des conditions d'exercice de votre activité professionnelle ;
- une modification de votre contrat de travail comme par exemple la transformation d'un contrat à durée indéterminée en un contrat à durée déterminé ;
- le changement de votre domicile ou sa fixation hors de France ;
- toute modification des éléments renseignés dans la demande d'adhésion ;
- l'évolution de votre situation familiale ainsi que de vos revenus, afin d'ajuster au mieux vos garanties.

Au moment du sinistre, l'assuré doit :

- Procéder à sa déclaration dans les délais indiqués au contrat ;
- Fournir les justificatifs de son incapacité de travail, de son invalidité, de son infirmité ou de la maladie.



Quand et comment effectuer les paiements ?

Pour chaque année d'assurance, la cotisation annuelle est payable d'avance à la date d'échéance annuelle.

L'assureur accepte, sans appliquer de frais, les paiements fractionnés semestriels, trimestriels ou mensuels.

Le paiement peut s'effectuer par chèque ou prélèvement automatique. Le fractionnement mensuel n'est possible qu'en cas de règlement par prélèvement automatique.



Quand commence la couverture et quand prend-elle fin ?

La date de prise d'effet de l'adhésion est définie d'un commun accord entre l'assuré et l'assureur. Elle est indiquée sur le certificat d'adhésion. La durée de l'adhésion est d'un an, renouvelable par tacite reconduction.

Les garanties de l'adhésion s'exercent sur les conséquences :

- des accidents survenus après la date d'effet de l'adhésion ;
- des maladies dont la première constatation médicale est postérieure à la prise d'effet de l'adhésion et pour les garanties maintien de ressources (indemnités journalières, rente invalidité), après expiration d'un délai d'attente décompté à partir de la prise d'effet de l'adhésion de 3 mois pour les maladies, sauf 12 mois pour les maladies mentales et affections psychiatriques

Les garanties cessent au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'adhérent atteint l'âge de 67 ans.



Comment puis-je résilier mon contrat ?

Vous pouvez résilier votre adhésion dans les cas prévus par la réglementation, mais également :

- chaque année à l'échéance anniversaire moyennant un préavis de 2 mois ;
- en cas de modification de votre situation personnelle ou professionnelle ayant une influence directe sur les risques garantis ;
- en cas de révision des cotisations ou de modification du contrat suite à une évolution réglementaire.

Votre demande de résiliation doit nous être adressée par lettre recommandée ou envoi recommandé électronique, ou par tout autre moyen visé à l'article L 113-14 du code des assurances..

SwissLife Prévoyance et Santé – Entreprise d'assurance régie par le Code des assurances – SA au capital de 150 000 000 € - immatriculée sous le numéro 322 215 021 RCS Nanterre. www.swisslife.fr

SwissLife Assurance et Patrimoine – Entreprise d'assurance régie par le Code des assurances – SA au capital de 169 036 086,38 € immatriculée sous le numéro 341 785 632 RCS Nanterre. www.swisslife.fr