

BCAC

AFD
ASSURANCE
FACULTATIVE DÉCÈS



**Notice
d'information**
à effet du
1^{er} janvier 2022

Réservé au personnel des sociétés d'assurances



L'Assurance Facultative Décès (AFD) est constituée sous la forme d'un contrat d'assurance de groupe régi par le Code des assurances, souscrit par la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA) et le Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurances (GEMA), organisations réunies au sein de la Fédération Française de l'Assurance (FFA¹) depuis le 1^{er} juillet 2016 au profit des salariés des sociétés d'assurances.

Ce contrat est assuré par des coassureurs dont la liste se trouve en annexe.

La présente notice d'information est celle prévue par l'article L. 141-4 du Code des assurances. Elle est établie par le Bureau Commun d'Assurances Collectives (B.C.A.C.²), mandataire des compagnies d'assurances coassurant le contrat et gestionnaire du contrat.

(1) FFA - 26 boulevard Haussmann - 75009 Paris

(2) Gie régi par les articles L. 251-1 et suivants du Code de commerce, immatriculé au RCS de Nanterre sous le numéro C 312 395 684 et dont le siège social se situe 18 Avenue d'Alsace - 92400 Courbevoie

La présente notice d'information AFD remplace la précédente à compter du 1^{er} janvier 2022 (date de sa prise d'effet) pour les sinistres survenus à compter de cette date.



SOMMAIRE

1_ Conditions générales	3	5_ Dispositions diverses	8
1.1 Objet	3	5.1 Prescription	8
1.2 Personnes Assurables	3	5.2 Réclamation - Médiation	9
1.3 Formalités d'adhésion	3	5.3 Loi applicable et langue utilisée	9
1.4 Date d'effet des garanties	4	5.4 Contrôle de l'organisme assureur	9
1.5 Renouvellement de l'adhésion	4	5.5 Législation sur la protection des données à caractère personnel	9
1.6 Détermination de l'âge	4		
2_ Garanties	4	Annexe I Liste des coassureurs	12
2.1 Décès	4	Annexe II Barème	12
2.2 Versement anticipé du capital décès : prestations perte totale et irréversible d'autonomie	6		
2.3 Exclusions	7		
3_ Fin des garanties	7		
3.1 Cessation des garanties	7		
3.2 Renonciation	7		
4_ Primes	8		
4.1 Détermination du montant de la prime	8		
4.2 Paiement	8		

1_ CONDITIONS GÉNÉRALES

1.1_ Objet

Ce contrat permet aux assurés, définis ci-après, de bénéficier d'une Assurance Facultative Décès (AFD) prévoyant :

- le versement d'un capital en cas de décès,
- le versement anticipé du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie.

1.2_ Personnes assurables

1.2.1 Salariés en activité

Peuvent adhérer à l'AFD les salariés en activité :

- des entreprises ou organismes visés par les conventions collectives nationales de travail des 13 novembre 1967, 27 mars 1972, 27 mai 1992, 27 juillet 1992 ou de l'accord du 3 mars 1993 concernant les cadres de direction des sociétés d'assurances ;
- des syndicats professionnels auxquels sont adhérents les employeurs précités ou les membres de leurs personnels si ces syndicats se sont engagés à appliquer les accords professionnels en matière de retraite et de prévoyance.

1.2.2 Salariés dont le contrat de travail est suspendu ou quittant la profession à l'exception des salariés définis au paragraphe 1.2.3

Peuvent adhérer :

- les salariés dont le contrat de travail est suspendu sans maintien de rémunération pendant une durée d'au moins un mois (Exemples : congé sabbatique, congé parental d'éducation),
- les salariés se trouvant en situation d'incapacité de travail temporaire ou d'invalidité,
- les anciens salariés de la profession privés d'emploi et bénéficiaires, à ce titre, d'un revenu de remplacement,
- les salariés faisant valoir leurs droits à la retraite,
- les bénéficiaires d'accords d'entreprise relatifs à la cessation anticipée d'activité.

La demande d'adhésion doit être formulée, auprès du BCAC, dans un délai d'un mois suivant le changement de situation.

Le bénéfice de la présente garantie peut intervenir en prolongation de celle déjà souscrite par l'assuré. Dans ce cas, elle prendra effet au 1^{er} janvier de l'année suivant le changement de situation. Cette demande doit être formulée auprès du BCAC dans un délai d'un mois suivant ce changement.

1.2.3 Salariés dont le contrat de travail est rompu et bénéficiant du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits de prévoyance en application de l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale

Les garanties prévues au contrat d'assurance sont maintenues au profit des salariés dont la rupture du contrat de travail (non consécutive à une faute lourde) ouvre droit à prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Le bénéfice du maintien des garanties est subordonné à la condition que les garanties aient déjà été souscrites et donc les droits aient été ouverts chez le dernier employeur.

Le maintien de la garantie s'applique également aux salariés licenciés dans le cadre d'une procédure de liquidation judiciaire à la condition que l'adhésion au contrat n'ait pas été dénoncée par l'employeur en amont de la liquidation judiciaire.

Point de départ et durée du maintien des garanties

La garantie du contrat étant annuelle, le maintien de la garantie prend alors effet au 1^{er} janvier de l'année suivant la rupture du contrat de travail.

Les garanties prévues au contrat d'assurance sont maintenues pour une durée égale à la durée du dernier contrat de travail, ou le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez un même employeur, et au maximum pendant douze (12) mois.

Les anciens salariés doivent justifier auprès du BCAC de leur prise en charge par le régime d'assurance chômage.

Primes

Les garanties sont maintenues sans contrepartie de prime.

Cessation des garanties

Les garanties cessent obligatoirement pour chaque ancien salarié bénéficiant de ce maintien :

- lorsqu'il cesse de percevoir ses allocations du régime d'assurance chômage et, au plus tard, au terme de la période de maintien des garanties prévue ci-avant,
- en cas et à la date de résiliation du contrat des salariés (ou de la suppression de l'une des garanties).

Le bénéficiaire de la garantie est tenu d'informer le BCAC de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage.

1.3_ Formalités d'adhésion

1.3.1 Bulletin d'adhésion

Tout candidat à l'assurance désirent bénéficier de l'AFD doit adresser au BCAC :

- un bulletin d'adhésion,
- un questionnaire de santé lorsqu'il est requis dans les conditions définies au paragraphe 1.3.3.

Cette demande est transmise par l'employeur lorsque le candidat à l'assurance est un salarié en activité.

1.3.2 Adhésion automatique

L'admission est automatique pour le salarié en activité tel que défini au paragraphe 1.2.1 si l'adhésion est demandée au BCAC dans le mois qui suit :

- son affiliation ou réaffiliation au Régime Professionnel de Prévoyance (RPP) ;
- sa date d'embauche ;

- son changement de situation familiale (mariage, pacte civil de solidarité, divorce, rupture de pacte civil de solidarité, naissance, veuvage).

1.3.3 Adhésion sous réserve de l'approbation de l'assureur

Lorsque les conditions d'adhésion automatique ne sont pas remplies, l'adhésion est subordonnée à une décision favorable de l'assureur.

La décision est prise après avis du médecin conseil de l'assureur au regard d'un questionnaire médical rempli par le candidat à l'assurance et adressé sous pli confidentiel au médecin conseil.

Au vu des réponses apportées à ce questionnaire, le médecin conseil de l'assureur se réserve la possibilité de demander des examens médicaux complémentaires effectués auprès du médecin traitant du candidat ou d'un médecin désigné par l'assureur. Les examens complémentaires sont adressés par le candidat sous pli confidentiel au médecin conseil de l'assureur. Les frais de ces examens sont à la charge du candidat à l'assurance.

Lorsque l'examen médical conclut à l'existence d'un risque aggravé, l'assureur pourra refuser l'adhésion ou majorer la prime d'un coefficient d'aggravation.

1.3.4 Fausses déclarations

Conformément aux dispositions de l'article L. 113-8 du Code des assurances, le présent contrat est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré.

1.4_ Date d'effet des garanties

Sous réserve du paiement des cotisations, les garanties prennent effet pour chaque assuré :

- au 1^{er} jour du mois suivant la date de signature du bulletin d'adhésion dûment rempli par l'assuré lorsque l'adhésion est automatique,
- au 1^{er} jour du mois suivant la date d'acceptation du risque par le BCAC, après analyse des pièces médicales par le médecin conseil.

1.5_ Renouvellement de l'adhésion

L'adhésion à l'assurance est renouvelée, sans formalité, chaque 1^{er} janvier, par tacite reconduction sur les bases antérieures, pour une période de douze (12) mois, lorsque l'assuré répond aux conditions d'assurance définies par le contrat.

1.6_ Détermination de l'âge

L'âge de l'assuré est déterminé par la différence entre l'année en cours et l'année de naissance.

2_ GARANTIES

2.1_ Décès

2.1.1 Risque décès

En cas de décès de l'assuré, l'assureur verse, au bénéficiaire de l'assurance, le capital garanti au titre de l'AFD sous réserve des exclusions définies au paragraphe 2.3.

2.1.2 Capital garanti dans le cas des salariés en activité

2.1.2.1 Assiette des prestations

Cas général :

Les garanties sont assises sur le traitement annuel de base du salarié et revalorisé, le cas échéant, comme indiqué au paragraphe 2.1.3.1.

Le traitement de base servant à la détermination des garanties est égal à la rémunération brute fixe et variable des douze (12) derniers mois précédant la date du sinistre dans la limite de huit (8) fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

Lorsqu'un salarié bénéficiaire a moins de douze (12) mois d'ancienneté chez l'employeur, le traitement de base est déterminé à partir des rémunérations brutes fixes et variables calculées au prorata temporis.

Cumul emploi retraite :

À titre dérogatoire, le salarié se trouvant en situation de cumul emploi retraite a la possibilité de cotiser sur le dernier traitement de base perçu lorsqu'il était en activité. Il devra pour cela le préciser au moment de l'adhésion et justifier du montant de sa dernière rémunération.

2.1.2.2 Choix du capital

Principe :

Le capital garanti est déterminé en pourcentage du traitement de base annuel tel que défini au paragraphe 2.1.2.1. Le pourcentage retenu par l'assuré est obligatoirement un multiple de 25 %.

Plancher du capital garanti

Le montant du capital garanti ne peut être inférieur à 50 % du traitement annuel de base tel que défini au paragraphe 2.1.2.1.

Plafond du capital garanti

Le montant du capital garanti est limité à un pourcentage du traitement annuel de base tel que défini au paragraphe 2.1.2.1. :

- 100 % pour le personnel célibataire, veuf ou divorcé,
- 175 % pour le personnel marié ou lié par un pacte civil de solidarité.

Chaque ascendant ou descendant à charge tel que défini au paragraphe 2.1.4 permet d'obtenir une garantie supplémentaire de 50% du traitement de base, sous réserve que l'assuré ait demandé une augmentation de garantie pour chaque ascendant ou descendant dans les conditions prévues à l'article 2.1.2.3 ou à défaut dans les conditions de l'article 1.3.3.

S'il est établi au décès de l'assuré, que ses charges de famille sont inférieures à celles existantes à la date de souscription ou de reconduction du contrat AFD, le capital est réduit à due concurrence et la fraction des primes excédentaires versées au titre de l'exercice au cours duquel le décès est survenu, remboursée.

2.1.2.3 Augmentation du capital garanti :

Sous réserve des dispositions du paragraphe 2.1.2.2, une augmentation de la garantie existante est accordée aux assurés qui en font la demande, sans questionnaire médical dans les cas suivants :

- lorsque la demande d'augmentation de capital est effectuée dans le mois qui suit la modification de la situation familiale,
- lorsque la demande d'augmentation de capital est formulée dans le mois qui suit la réaffiliation au RPP,
- lorsque l'assuré obtient un prêt immobilier pour l'achat d'une résidence auprès d'un organisme de crédit ou de son employeur.

Le pourcentage retenu pour l'augmentation du capital garanti est obligatoirement un multiple de 25 %.

Lorsque la demande ne répond pas aux conditions définies ci-dessus, l'augmentation des garanties est subordonnée à une décision favorable de l'assureur, prise au vu d'un questionnaire médical adressé au médecin conseil de l'assureur dans les mêmes conditions que celles prévues à l'article 1.3.3.

2.1.2.4 Réduction du capital garanti

L'assuré peut solliciter une réduction du capital garanti chaque année et dans la limite du plancher de garantie défini au paragraphe 2.1.2.2.

Le pourcentage retenu pour la réduction du capital garanti est obligatoirement un multiple de 25 %.

La demande doit parvenir au BCAC, avant le 1er décembre de l'exercice en cours et prend effet au 1er janvier de l'exercice suivant.

2.1.2.5 Cas particulier : traitement des risques aggravés

Dans le cas où le risque a été accepté par l'assureur avec application d'un coefficient d'aggravation, le capital assuré est limité à 100 % du traitement annuel de base quelle que soit la situation de famille du souscripteur.

2.1.3. Capital garanti dans le cas de suspension ou rupture du contrat de travail.

Les garanties sont assises sur le traitement annuel de base du salarié et revalorisé le cas échéant, comme indiqué à l'article 2.1.3.1.

2.1.3.1 Revalorisation du traitement annuel de base

En cas de suspension ou de rupture du contrat de travail, le traitement annuel de base servant au calcul du capital garanti est celui en vigueur au jour de la suspension ou de la rupture tel que défini à l'article 2.1.2.1, revalorisé.

La revalorisation consistera à appliquer au traitement annuel de base de l'année N-1 la moyenne arithmétique des taux d'augmentation du plafond de la Sécurité sociale et de la valeur moyenne du point AGIRC-ARRCO, observés dans l'année N-1 par rapport à l'année N-2.

2.1.3.2 Plafond du capital garanti

Pour les assurés en situation de suspension ou de rupture du contrat de travail, le plafond du capital garanti est déterminé en fonction de la situation de famille de l'assuré au 1^{er} janvier de l'exercice au cours duquel s'est produite la suspension ou la rupture du contrat de travail.

2.1.3.3 Cas particulier : gel du capital garanti

- Pour les assurés ayant fait valoir leurs droits à la retraite, aucune majoration de capital ne peut être souscrite au-delà d'un délai de trois (3) mois à compter de la date d'effet de la retraite notifiée par la Sécurité sociale.
- Pour les assurés bénéficiant du maintien des garanties au titre de la portabilité des droits de prévoyance prévue à l'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale (paragraphe 1.2.3), aucune majoration de capital ne peut être demandée à compter de la rupture du contrat de travail. Le montant du capital garanti reste celui fixé par l'assuré à la date de rupture du contrat de travail.
- Pour les assurés pris en charge par la Sécurité sociale et le RPP au titre d'une invalidité partielle ou totale, aucune majoration de capital ne peut être demandée tant que l'assuré est en situation d'invalidité prise en charge par la Sécurité sociale et le RPP. Aucune demande d'augmentation du capital n'est possible dès lors que le contrat de travail est rompu ou suspendu.

2.1.3.4 Dégressivité du capital

Pour les assurés en situation de retraite, le pourcentage du capital garanti est dégressif à compter du 1^{er} janvier de l'année civile au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 66 ans. (cf. Annexe 2)

2.1.4 Définition des descendants et ascendants à charge

1) Sont considérés comme descendants à charge :

- les descendants de l'assuré âgés de moins de 18 ans ;
- les enfants posthumes, nés viables et conçus au jour du décès de l'assuré, selon les dispositions prévues en matière de succession ;
- les descendants de l'assuré âgés de plus de 18 ans et de moins de 26 ans, poursuivant leurs études.

Par poursuite des études, il convient d'entendre le fait de fréquenter, pendant l'année scolaire ou universitaire, un établissement où est donnée une instruction générale, technologique ou professionnelle comportant des conditions de travail, d'assiduité, de contrôle, de discipline, telles que l'exige normalement la préparation de diplômes officiels ou de carrières publiques ou privées ;

- les descendants au profit desquels est versée l'allocation aux adultes handicapés, prévue par l'article L. 821-1 du Code de la Sécurité sociale ou l'allocation d'éducation spéciale prévue par l'article L. 541-1 du Code de la Sécurité sociale.

2) Sont considérés comme ascendants à charge :

- les ascendants vivant au domicile de l'assuré et pris en compte, à ce titre, dans le calcul de l'impôt sur le revenu ou de la taxe d'habitation de l'assuré ;
- les ascendants au profit desquels l'assuré versait, au moment du décès, une pension alimentaire dont le montant fait l'objet d'une déduction fiscale de son revenu imposable.

2.1.5. Bénéficiaires en cas de décès

2.1.5.1 Clause bénéficiaire Type :

Sauf disposition expresse de l'assuré, le capital est attribué au(x) bénéficiaire(s) de la garantie décès selon la clause bénéficiaire type qui suit.

Les capitaux garantis en cas de décès de l'assuré sont attribués par ordre de préférence :

- au conjoint non séparé de corps ou au partenaire lié par un Pacte civil de solidarité,
- à défaut, aux enfants de l'assuré nés ou à naître, par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant à ses propres enfants ou à ses frères et soeurs s'il n'a pas d'enfant,
- à défaut, aux parents, par parts égales entre eux, ou, au survivant en cas de prédécès,
- à défaut, aux héritiers selon les règles de dévolution successorale.

2.1.5.2 Désignation expresse de bénéficiaire

Tout assuré peut par stipulation expresse désigner un bénéficiaire de son choix, par un écrit daté et signé, adressé au BCAC.

Les majorations pour ascendants ou descendants à charge tels que définis au paragraphe 2.1.4 sont toujours dues. Elles seront toujours versées aux ascendants ou descendants à charge eux-mêmes.

Toutefois, celle afférente à un enfant mineur est due exclusivement au conjoint ayant la garde de cet enfant si le conjoint a été désigné pour recueillir le capital assuré, sinon à l'enfant lui-même.

La désignation faite au profit de la banque en garantie d'un prêt prend effet à la date d'entrée en vigueur dudit prêt, sous réserve que le contrat d'assurance ait pris effet.

Dans ce cas, la désignation porte sur la totalité du capital garanti, majoration comprise.

Dans le cas où la désignation expresse serait caduque, en particulier en cas de prédécès du ou des bénéficiaires, les capitaux en cas de décès seraient attribués conformément aux dispositions de l'article 2.1.5.1.

2.1.6 Déclaration du sinistre

Le capital est versé au bénéficiaire sur remise des pièces nécessaires qui comprennent, notamment :

- un extrait d'acte de décès de l'assuré ;
- des documents justifiant :
 - de la situation familiale de l'assuré ;
 - de l'identité des bénéficiaires et de leurs coordonnées ;
 - de la scolarité des descendants.
- Le capital est versé dans les trente (30) jours suivant la réception de la totalité des pièces nécessaires à l'instruction du dossier.

2.1.7 Revalorisation post-mortem

En cas de décès de l'assuré, le montant des prestations décès est revalorisé à compter de la date du décès de l'assuré et jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires au règlement du capital et au plus tard jusqu'au transfert à la Caisse des Dépôts et Consignations suivant les modalités prévues ci-après :

A compter de la date de décès de l'assuré, la prestation produira intérêts nets de frais, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- la moyenne sur les 12 derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente ;
- le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente.

2.2 Versement anticipé du capital décès : prestations perte totale et irréversible d'autonomie

2.2.1 Définition de la perte totale et irréversible d'autonomie

Est considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie, l'assuré qui est dans l'incapacité de se livrer à la moindre activité ou occupation de façon permanente et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, et qui bénéficie, de ce fait, de la prestation correspondante de la Sécurité sociale (pension d'invalidité de la troisième catégorie ou majoration pour tierce personne prévue par l'article L. 434-2 du Code de la Sécurité sociale).

2.2.2 Prestations de perte totale et irréversible d'autonomie

Six (6) mois au plus tôt après la date de reconnaissance par l'assureur de la perte totale et irréversible d'autonomie et à condition que cet état subsiste, l'assuré pourra, sur sa demande expresse, recevoir par anticipation, en un seul versement le montant du capital assuré en cas de décès.

La situation de famille retenue pour le calcul du capital est celle existante à la date de reconnaissance par l'assureur de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Ce versement met fin à la garantie du capital décès.

2.2.3 Déclaration du sinistre

La preuve de la perte totale et irréversible d'autonomie doit résulter :

- d'une photocopie de la notification ou de décomptes de versement de la pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie de la Sécurité sociale ou de la majoration pour tierce personne ;
- et de la production d'un certificat médical, attestant de l'existence de ladite perte totale et irréversible d'autonomie.

Avant le versement anticipé du capital assuré en cas de décès, le BCAC est fondé à obtenir la preuve que l'intéressé continue bien à être en état de perte totale et irréversible d'autonomie.

À cet effet, les médecins mandatés par le BCAC auront, sous peine de déchéance de garantie, un libre accès auprès de l'assuré.

2.3 Exclusions

Sont exclus de la garantie décès et perte totale et irréversible d'autonomie les sinistres résultant :

- **du suicide de l'assuré pendant la première année d'assurance ;**
- **du fait volontaire d'un bénéficiaire ;**
- **d'une guerre civile ou étrangère, une insurrection, une émeute, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes, sauf si l'intéressé n'y prend pas une part active ou s'il est appelé à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance en vue du maintien de la sécurité des personnes et des biens au bénéfice de l'employeur ;**
- **de la participation à un crime, à un délit intentionnel, à une rixe sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger ;**
- **d'un état d'ivresse pouvant être sanctionné pénalement ou de l'usage, par l'assuré, de stupéfiants non prescrits médicalement ;**
- **de la pratique d'un sport ou d'une activité à risque (notamment : sports aériens, sports de combat, ascension en haute montagne, sports nécessitant l'utilisation de véhicules ou embarcations à moteur, compétitions sportives, pratique d'un sport à titre professionnel).**

3_ FIN DES GARANTIES

3.1 Cessation des garanties

Les garanties cessent :

- à la fin de l'année civile au cours de laquelle se produit la rupture ou la suspension du contrat de travail, sous réserve des cas prévus aux paragraphes 1.2.2 et 1.2.3 ;
- à la fin de l'année civile au cours de laquelle l'assuré a adressé au BCAC une demande de résiliation de son adhésion ;

La demande de résiliation doit parvenir au BCAC au plus tard le 1^{er} décembre de l'année civile en cours. À défaut, l'AFD est automatiquement reconduite pour l'année civile suivante ;

- au plus tard :
 - à la fin de l'année civile du 80^{ème} anniversaire de l'assuré, s'agissant de la garantie décès,
 - à la fin de l'année civile du 60^{ème} anniversaire de l'assuré, s'agissant de la garantie perte totale et irréversible d'autonomie ;
 - à la date de résiliation du contrat d'assurance.

3.2 Reconciation

L'assuré a la faculté de renoncer à son adhésion par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée à l'assureur pendant un délai de trente (30) jours calendaires révolus, à compter du moment où l'assuré est informé de l'adhésion.

Dans ce cas, l'intégralité des sommes versées est restituée à l'employeur ou à l'assuré dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée, rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) M. Mme (Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion à l'assurance facultative décès effectuée le (date de la demande d'adhésion) et demande le remboursement de la prime versée le..... d'un montant de€.
Fait le (Date de renonciation)..... Signature. »

La renonciation à l'assurance intervenant pendant la période de suspension du contrat de travail, ou lorsque l'assuré a fait valoir ses droits à la retraite, est définitive tant qu'il n'y a pas de reprise d'activité dans l'assurance.

4_ PRIMES

4.1_ Détermination du montant de la prime

La prime est déterminée annuellement en fonction du capital garanti, du traitement annuel de base et de l'âge de l'assuré (cf. annexe 2).

L'assiette des cotisations est la rémunération brute de l'année constituée de l'ensemble des éléments de rémunération servant au calcul des cotisations de Sécurité sociale dans la limite de huit fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.

4.2_ Paiement

La prime est exigible pour toute catégorie d'assuré.

Elle est payable d'avance :

- soit par l'intermédiaire de l'employeur,
- soit par l'assuré directement, par prélèvement mensuel, annuel ou trimestriel sur son compte.

S'agissant des assurés définis à l'article 1.2.2, elle est payable d'avance selon leur choix par prélèvement mensuel, annuel ou trimestriel.

En cas de décès de l'assuré au cours de l'année, la cotisation annuelle est due. Le reliquat des primes non encore versées est déduit du montant du capital garanti.

À défaut de paiement de la prime dans les dix (10) jours de l'échéance, l'assureur pourra mettre en demeure l'employeur ou l'assuré et la garantie pourra être suspendue, trente (30) jours après l'envoi de cette mise en demeure. À l'issue de ce délai, le contrat, conformément aux dispositions de l'article L.113-3 du Code des assurances, pourra être résilié dix (10) jours après.

5_ DISPOSITIONS DIVERSES

5.1_ Prescription

Le présent contrat est soumis aux délais de prescription prévus par l'article L. 114-1 et suivants du Code des assurances.

Article L. 114-1 du Code des assurances :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Article L. 114-2 du Code des assurances :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription auxquelles l'article L. 114-2 du Code des assurances fait référence sont énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil reproduits ci-après :

Article 2240 du Code civil :

La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription.

Article 2241 du Code civil :

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil :

L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance.

Article 2243 du Code civil :

L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée.

Article 2244 du Code civil :

Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Article 2245 du Code civil :

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

Article 2246 du Code civil :

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution.

Article L. 114-3 du Code des assurances :

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

5.2_ Réclamation - Médiation

En cas de réclamation relative à l'exécution du contrat, l'assuré pourra contacter l'assureur.

Les courriers sont à adresser à :

**BCAC - Centre de gestion Santé et prévoyance -
TSA 50001 - 15 Rue Paul Dautier -
78457 VELIZY VILLACOUBLAY CEDEX**

Si un désaccord persistait après épuisement des procédures internes de traitement des réclamations propres au BCAC et à la condition qu'aucune action judiciaire n'ait été engagée, l'assuré pourra faire appel à la Médiation de l'Assurance, TSA 50110 – 75441 Paris Cedex 09, ceci sans préjudice des autres voies de recours légales.

Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice pour l'assuré d'intenter une action en justice.

5.3_ Loi applicable et langue utilisée

La loi applicable au contrat est la loi française. Tout litige né de l'exécution, de l'inexécution ou de l'interprétation du contrat sera de la compétence des juridictions françaises.

Les assureurs utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

5.4_ Contrôle de l'organisme assureur

L'autorité chargée du contrôle de l'organisme assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
4 Place de Budapest CS 92459, 75436 Paris Cedex 09.

5.5_ Législation sur la protection des données à caractère personnel

Dans le cadre de la relation contractuelle, le Bureau Commun d'Assurances Collectives (BCAC) traite les données à caractère personnel, recueillies auprès de l'entreprise adhérente ou des bénéficiaires des garanties, en qualité de Responsable de traitement au sens de la réglementation applicable en matière de protection des données, et notamment du Règlement UE 2016/679 dit Règlement Général sur la Protection des Données (ci-après « RGPD »).

Les données à caractère personnel de l'assuré sont collectées et traitées par le BCAC aux fins :

- de gestion de l'adhésion de l'assuré au contrat prévoyance ;
- de gestion et d'exécution des prestations prévues au contrat prévoyance ;
- d'études statistiques ;
- d'évaluation du risque, de réalisation de comptes de résultats de l'inventaire et de prévisionnels ainsi que du contrôle de cohérence ;
- de prévention de la fraude et de lutte contre le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme (LCB-FT) ;
- de recouvrement de créances.

Toute déclaration fautive ou irrégulière de l'assuré pourra faire l'objet d'un traitement spécifique destiné à prévenir la fraude.

Les données de l'assuré sont destinées aux services de gestion et ne sont accessibles que par les collaborateurs habilités à les traiter, en fonction des finalités de la collecte et dans la limite de leurs attributions respectives. Elles pourront, le cas échéant, être transmises aux co-assureurs et mandataires intervenant dans la gestion ou l'exécution du contrat, ou à des organismes publics et de contrôle afin de satisfaire aux obligations légales et réglementaires incombant au BCAC.

Dans le cadre de contrats de prestations conclus par le BCAC, les destinataires des données personnelles de l'assuré peuvent se situer à l'étranger, y compris en dehors de l'Espace Economique Européen (EEE) dans des pays où la législation en matière de protection des données diffère de celle applicable au sein de l'EEE. Tout transfert de données en dehors de l'EEE est effectué moyennant des garanties appropriées, notamment contractuelles, en conformité avec la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles.

Les données de l'assuré sont conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle. Elles seront ensuite conservées, à l'issue de la relation contractuelle, pendant trente ans.

Conformément aux termes et conditions du Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 (dit « RGPD ») et de la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, l'assuré bénéficie d'un droit d'accès, de rectification et, le cas échéant, d'un droit à l'effacement et à la portabilité de ses données, ainsi que d'un droit d'opposition au traitement pour un motif légitime ou à sa limitation. L'assuré peut exercer ces droits ou poser toute question relative à la gestion de ses données personnelles par le BCAC en s'adressant :

Par mail à l'adresse suivante : dpo@bcac.com

Par courrier à l'adresse suivante :

Bureau Commun d'Assurances Collectives (BCAC)
Délégué à la protection des données
18, Avenue d'Alsace - TSA 30002
92926 La Défense Cedex

En cas de doute raisonnable sur l'identité du demandeur, un justificatif d'identité pourra le cas échéant être demandé.

L'assuré dispose également du droit de saisir la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), 3 Place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07, de toute réclamation se rapportant à la manière dont le BCAC collecte et traite ses données.





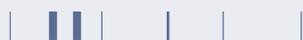
ANNEXE 1_ **Liste des Coassureurs**

ANNEXE 2_ **Montant de la prime du contrat AFD pour les salariés des sociétés d'assurances**

ANNEXE 2 (SUITE)_ **Montant de la prime du contrat AFD pour les retraités des sociétés d'assurances**

ANNEXE 1_ LISTE DES COASSUREURS

COASSUREURS
ALLIANZ
AXA France
GROUPAMA GAN VIE
Groupe GENERALI
PRÉVOIR
La MONDIALE
QUATREM
SMA BTP
Groupe Swiss life



ANNEXE 2_ MONTANT DE LA PRIME DU CONTRAT AFD POUR LES SALARIÉS DES SOCIÉTÉS D'ASSURANCES

Barème applicable à l'ensemble des actifs et aux personnels dont le contrat de travail est suspendu ou rompu.

PRIME ANNUELLE POUR 10 000 EUROS DE CAPITAL (EXPRIMÉE EN EUROS)			
ÂGE ⁽¹⁾	PRIME EN EUROS	ÂGE ⁽¹⁾	PRIME EN EUROS
18	3,24	47	14,02
19	3,67	48	15,28
20	3,99	49	16,98
21	4,28	50	18,72
22	4,49	51	20,49
23	4,38	52	22,52
24	4,39	53	24,60
25	4,34	54	26,91
26	4,34	55	29,68
27	4,38	56	31,98
28	4,44	57	34,32
29	4,54	58	37,51
30	4,69	59	40,41
31	4,87	60	43,84
32	5,05	61	52,06
33	5,35	62	62,37
34	5,63	63	77,32
35	5,90	64	98,15
36	6,23	65	132,09
37	6,63	66	140,32
38	7,06	67	151,92
39	7,40	68	164,23
40	7,98	69	177,90
41	8,71	70	192,48
42	9,34	71	213,21
43	10,53	72	232,42
44	11,44	73	254,11
45	12,21	74	276,30
46	13,04	75	304,58

(1) L'âge de l'assuré est déterminé par la différence entre l'année en cours et l'année de naissance.

Exemple :

Assuré âgé de 50 ans, ayant un pourcentage de capital garanti de 325 %

Salaire annuel de base :	45 000 €	
Capital assuré :	45 000 x 3,25	= 146 250 €
Prime annuelle :	(146 250 x 18,72) / 10 000	= 273,78 €

ANNEXE 2 (SUITE)_ MONTANT DE LA PRIME DU CONTRAT AFD POUR LES RETRAITÉS DES SOCIÉTÉS D'ASSURANCES

Barème applicable aux retraités

PRIME ANNUELLE POUR 10 000 EUROS DE CAPITAL		
ÂGE ⁽¹⁾	PRIME EN EUROS	POURCENTAGE DU CAPITAL GARANTI ⁽²⁾
55	29,68	100,00 %
56	31,98	100,00 %
57	34,32	100,00 %
58	37,51	100,00 %
59	40,41	100,00 %
60	43,84	100,00 %
61	52,06	100,00 %
62	62,37	100,00 %
63	77,32	100,00 %
64	98,15	100,00 %
65	132,09	100,00 %
66	132,09	94,14 %
67	132,09	86,95 %
68	132,09	80,43 %
69	132,09	74,25 %
70	132,09	68,63 %
71	132,09	61,95 %
72	132,09	56,83 %
73	132,09	51,98 %
74	132,09	47,81 %
75	132,09	43,37 %
76	132,09	39,67 %
77	132,09	35,80 %
78	132,09	32,36 %
79	132,09	29,38 %
80	132,09	26,72 %

(1) L'âge de l'assuré est déterminé par la différence entre l'année en cours et l'année de naissance.

(2) Le capital garanti est obtenu en multipliant le capital garanti au 1^{er} janvier de l'année par le pourcentage figurant dans le tableau. Par conséquent, le montant est dégressif à partir du 1^{er} janvier de l'année civile au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 66 ans.

Exemple 1 :

Assuré âgé de **64 ans**, ayant un taux de 175 % et un traitement annuel de base de 45 000 €

Capital assuré :	$45\ 000 \times 1,75$	= 78 750 €
Prime annuelle :	$(78\ 750 \times 98,15) / 10\ 000$	= 772,93 €

Exemple 2 :

Assuré âgé de **66 ans**, ayant un taux de 175 % et un traitement annuel de base de 45 000 €

Capital assuré :	$45\ 000 \times 1,75 \times 94,14\ %$	= 74 135,25 €
Prime annuelle :	$(45\ 000 \times 1,75) \times 132,09 / 10\ 000$	= 1 040,21 €

