



Garantie du
risque financier
accident du travail

DISPOSITIONS GENERALES

ASSURANCE PERTE FINANCIERE

**RESULTANT DE LA MAJORATION DES TAUX DE COTISATION DE SECURITE
SOCIALE SUITE A UN ACCIDENT DU TRAVAIL OU UNE MALADIE
PROFESSIONNELLE**



SOMMAIRE

DEFINITIONS

I – DE LA GARANTIE

ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE

II - DISPOSITIONS COMMUNES A L'ACCIDENT DU TRAVAIL ET A LA MALADIE PROFESSIONNELLE

ARTICLE 2 - ETENDUE TERRITORIALE

ARTICLE 3 - EXCLUSIONS

ARTICLE 4 - CONDITIONS ET LIMITES DES GARANTIES

ARTICLE 5 - MISE EN ŒUVRE DE LA GARANTIE

III – DU CONTRAT

ARTICLE 6 - DATE D'EFFET DU CONTRAT

ARTICLE 7 - DUREE ET RENOUELEMENT DU CONTRAT

ARTICLE 8 - RESILIATION DU CONTRAT

8.4 – RESILIATION DE PLEIN DROIT

8.5 – NULLITE DU CONTRAT

8.6 - MODALITES DE LA RESILIATION

ARTICLE 9 - OBLIGATIONS DE L'ASSURE

9.1 - DECLARATIONS DE L'ASSURE

9.3 - PAIEMENT DES COTISATIONS

9.4. DEFAUT DE PAIEMENT DE LA COTISATION PAR L'ASSURE

ARTICLE 10 - SINISTRES

10.1 - DECLARATION DE SINISTRE

10.2 – DOSSIER DE SINISTRE

10.3 – INOBSERVATION OU RETARD DANS LA TRANSMISSION DES DOCUMENTS

10.4 - TIERS RESPONSABLE

ARTICLE 11 - INDEMNISATION

11.1 - INDEMNISATION

11.2 - FRANCHISE

11.3 - CALCUL DE L'INDEMNITE

11.4 - PAIEMENT DE L'INDEMNITE

11.5 - SUBROGATION

ARTICLE 12 - PRESCRIPTION

ARTICLE 13 - INFORMATIQUE ET LIBERTES

ARTICLE 14 - RECLAMATIONS

Le présent contrat est régi par le Code des Assurances.

Il est composé :

- des dispositions Générales qui précèdent,
- des dispositions Particulières jointes,

Autorité chargée du contrôle :

(article L112-4 du Code des Assurances)

ACAM

AUTORITE DE CONTRÔLE DES ASSURANCES ET DES MUTUELLES

54, rue de Châteaudun

75009 PARIS

DEFINITIONS

Pour l'application du présent contrat, il faut entendre par :

Accident : Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure

Accident du Travail :: Aux termes de l'article L 411-1 du Code de la Sécurité sociale : est considéré comme accident du travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise.

Année d'assurance : Période comprise entre deux échéances annuelles. La première *Année d'assurance* s'entend de la date d'effet du contrat d'assurance à la prochaine échéance annuelle.

L'Assuré : L'entreprise désignée aux dispositions particulières comme bénéficiaire de la garantie « perte financière »

Compte employeur : Document récapitulatif de toutes les dépenses engagées par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie au titre de chaque *Accident du Travail* ou *Maladie Professionnelle* pour une année et une *Section AT* donnée.

Consolidation : Etat définitif et insusceptible d'évolution d'une pathologie liée à un *Accident du Travail* ou une *Maladie Professionnelle* et qui permet l'analyse définitive de la situation de *l'Assuré*.

CRAM : Caisse régionale d'assurance maladie de la Sécurité sociale

Date d'exposition au risque : Date de déclaration de la *Maladie Professionnelle* de laquelle est soustrait le délai maximum de prise en charge du tableau de maladies professionnelles correspondant (Code de la Sécurité Sociale annexe IV).

Déléataire : La personne physique ou morale bénéficiaire d'une délégation de souscription délivrée par la Société.

Franchise : Part exprimée soit en pourcentage de taux d'invalidité, soit en pourcentage du taux de cotisation, prévue aux dispositions particulières du contrat et restant à la charge de *l'Assuré*.

Groupement d'activité : Groupement constitué à partir des activités professionnelles de chaque Comité Technique National (CTN), activités similaires du point de vue technique (circulaire de la Sécurité sociale n° 49 du 10 juillet 1967).

Maladie professionnelle : Maladie qui a pour origine des facteurs pathogènes liés au travail, telle que définie à l'article L 461-1 du Code de la Sécurité sociale.

Masse salariale : Somme des rémunérations annuelles brutes versées par *l'Assuré* à ses salariés

Section AT : Chaque secteur d'activité à l'intérieur d'un établissement représenté par un groupe d'individus exerçant une activité caractérisée, et identifié par un numéro de risque et un sous code spécifique attribué par la *CRAM*.

Sinistre : Accident du Travail ou Maladie Professionnelle survenu postérieurement à la date de souscription du contrat.

La Société : La Société :



34, place de la république
72045 Le Mans Cedex 2

Taux collectif : Taux de cotisation appliqué au secteur d'activité.

Taux mixte : Taux de cotisation pondéré entre le *taux réel* et le *taux collectif* au prorata des effectifs.

Taux réel : Taux de cotisation propre à *l'Assuré*

I – DE LA GARANTIE

Article 1 - Objet de la garantie

1.1 - Garantie Accidents du Travail

Le présent contrat a pour objet de garantir la perte financière subie, en application de la réglementation en vigueur à la souscription du contrat, par l'Assuré, constituée par la majoration de son taux de cotisation *Accidents du Travail* à la suite de l'imputation par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie à son compte :

- des capitaux représentatifs des rentes incapacités permanentes versées à ses salariés
- et/ou des capitaux décès versés à leurs ayants droit sous réserve que cette imputation résulte :
 - ✓ d'un *Accident du Travail* dont la date de déclaration ⁽¹⁾ par l'Assuré est postérieure à la date d'effet du contrat;
 - ✓ et d'une invalidité égale ou supérieure à 10 %, ou le cas échéant tout autre taux d'invalidité prévu aux dispositions particulières ou un décès.

Pour l'Assuré soumis au *Taux mixte* de cotisations *Accidents du Travail*, la garantie porte sur la fraction de *Taux réel* supportant l'augmentation.

La garantie s'exerce sous réserve de l'application d'une *Franchise* en garantie et / ou en indemnisation, dont les conditions de mise en œuvre sont fixées à l'article 11.2 ci-après, et dont le montant est fixé aux dispositions particulières du contrat.

1.2 - Garantie optionnelle Maladies Professionnelles

Si la présente garantie optionnelle a été souscrite par l'Assuré (mention portée aux dispositions particulières du contrat), elle a pour objet de garantir la perte financière subie, en application de la réglementation en vigueur à la souscription du contrat par l'Assuré, constituée par la majoration de son taux de cotisation *Maladies Professionnelles* à la suite de l'imputation par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie à son compte :

- des capitaux représentatifs des rentes incapacités permanentes versées à ses salariés
- et/ou des capitaux décès versés à leurs ayants droit sous réserve que cette imputation résulte :
 - ✓ d'une *Maladie professionnelle* dont la date de déclaration ⁽²⁾ par l'Assuré est postérieure à la date d'effet du contrat;
 - ✓ et d'une invalidité égale ou supérieure à 10 %, ou le cas échéant tout autre taux d'invalidité prévu aux dispositions particulières ou un décès.

Pour l'Assuré soumis au *Taux mixte* de cotisations *Maladies professionnelles*, la garantie porte sur la fraction de *Taux réel* supportant l'augmentation.

La garantie s'exerce sous réserve de l'application d'une *Franchise* en garantie et / ou en indemnisation, dont les conditions de mise en œuvre sont fixées à l'article 11.2 ci-après, et dont le montant est fixé aux dispositions particulières du contrat.

II - DISPOSITIONS COMMUNES A L'ACCIDENT DU TRAVAIL ET A LA MALADIE PROFESSIONNELLE

Article 2 - Etendue territoriale

La garantie est acquise à l'Assuré pour les *Accidents du Travail* et *Maladies Professionnelles* garantis se produisant en France.

Toutefois, les garanties sont maintenues pour les salariés en mission à l'étranger dès lors qu'ils continuent de bénéficier de la législation française des *Accidents du Travail* ou *Maladies Professionnelles* et dès lors que l'Assuré a maintenu leur rémunération dans la *Masse salariale* déclarée à la Société et qu'ils font l'objet d'une déclaration à la Sécurité sociale française.

Article 3 - Exclusions

Sont exclus :

3.1. - Du bénéfice de la garantie :

- Toutes les conséquences des accidents de trajet ;

- toutes les conséquences de la faute inexcusable de l'Assuré ou d'une personne ayant autorité dans la direction de l'entreprise de l'Assuré ;
 - toutes les conséquences de la faute intentionnelle de l'Assuré ou de l'un de ses préposés;
 - toutes les conséquences des *maladies professionnelles* dont la *Date d'exposition au risque* est antérieure à la souscription du contrat;
 - les *maladies professionnelles* non inscrites, dans le tableau figurant en annexe 4 du Code de la Sécurité Sociale, au moment de la souscription du contrat ;
 - toutes les conséquences des *Accidents du Travail* ou *Maladies Professionnelles* qui n'entraînent pas par la CRAM, l'imputation au *compte Employeur* d'un capital représentatif. A titre d'exemple, est ainsi exclue l'incidence sur le taux de cotisation *Accidents du Travail* ou *Maladies Professionnelles* d'une variation du montant des indemnités temporaires et des indemnités en capital (invalidités < 10%);
 - les conséquences des *Sinistres* causés intentionnellement, par la ou les personnes assurées ou avec leur complicité ;
 - les conséquences des *Sinistres* occasionnés soit par la guerre étrangère, soit par la guerre civile ;
 - les conséquences des *Sinistres* causés par des tremblements de terre, éruptions volcaniques, inondations, raz de marée ou autres cataclysmes et catastrophes naturels;
 - les conséquences des dommages ou l'aggravation des dommages causés :
 - par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome ;
 - par tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif ou par toute autre source de rayonnements ionisants et qui engagent la responsabilité exclusive d'un exploitant d'installation nucléaire;
 - par toute source de rayonnements ionisants (en particulier tout radio isotope) utilisée ou destinée hors d'une installation nucléaire et dont l'Assuré ou toute personne dont il répond a la propriété, la garde ou l'usage.
- ##### 3.2. - De la souscription ou du bénéfice de la garantie :
- l'entreprise en contravention avec les dispositions de l'article L 461-4 du Code de la Sécurité sociale, imposant à tout employeur utilisant des procédés de travail susceptibles de provoquer les maladies professionnelles mentionnées à l'article L 461-2 du Code de la Sécurité sociale, d'en faire la déclaration dans les formes et délais prescrits auprès des organismes compétents;
 - l'entreprise en contravention avec les dispositions des articles L 230-2 et R 230-1 du Code du travail qui imposent à tout employeur la création et la mise à jour d'un document unique relatant l'évaluation des risques pour la santé et la sécurité des travailleurs
- ##### 3.3 - De la prise en charge par la Société :
- des cotisations supplémentaires appliquées par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie en considération des risques exceptionnels liés à l'exploitation de l'Assuré ou résultant d'une inobservation des mesures de prévention prescrites en application des articles L 422-1 et L 422-4 du Code de la Sécurité sociale;
 - des majorations des taux des *Accidents du Travail* ou *Maladies Professionnelles* constituant des charges compensatrices décidées par les pouvoirs publics, soit pour l'amélioration du régime des *Accidents du*

¹ Imprimé Cerfa n°60-3950

² Imprimé Cerfa n°60-3950

Travail ou Maladies Professionnelles, soit par solidarité avec d'autres garanties sociales;

- **du remboursement de la cotisation supplémentaire prévue à l'article L 242-7 du Code de la Sécurité sociale sanctionnant les risques exceptionnels présentés par l'exploitation ou l'inobservation des mesures préconisées;**
- **toutes les conséquences d'un retard ou d'une inobservation des formes requises dans la déclaration d'un Accident du Travail ou d'une Maladie Professionnelle auprès de la CPAM, par l'Assuré ou de l'un de ses préposés en application des articles L 441 2 et R 441-3 du Code de la Sécurité sociale.**

Article 4 - Conditions et limites des garanties

La garantie est acquise pour la durée des effets de l'imputation du capital constitutif au *Compte employeur*, en conséquence d'un *Accident du Travail* ou *Maladie Professionnelle* garantis,

- sous condition que la consolidation se produise dans un délai maximal de sept ans, après la déclaration d'*Accident du Travail* ou *Maladie Professionnelle* initiale, selon les modalités décrites à l'article 10.3 (Calcul de l'indemnité) ;
- et sous réserve des dispositions de l'article 8.2 (Résiliation du contrat par la Société) et de l'article 8.3 (Résiliation du contrat par l'Assuré).

Elle s'exerce à concurrence :

- pour le capital représentatif d'un *Accident mortel du Travail* ou d'un décès par *Maladie Professionnelle*, de **vingt six fois** le montant du salaire minimal servant au calcul des rentes de la Sécurité sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année de survenance du décès ;
- pour le capital représentatif d'une rente d'incapacité permanente, de **trente deux fois** le montant de la rente annuelle notifiée par la Sécurité sociale et appréciée au jour de l'*Accident du Travail* ou de la *Maladie Professionnelle*.

L'indemnité totale ne peut jamais être supérieure à **1 500 000 €** par année de *Compte employeur*, quels que soient le nombre et la gravité des sinistres, déclaré par l'Assuré. La limite de garantie par *Section AT* est indiquée aux dispositions particulières du contrat pour chaque entreprise quel que soit le nombre de *Section AT* de l'Assuré.

Article 5 - Mise en œuvre de la garantie

La mise en œuvre de la garantie intervient à réception de la déclaration de *Sinistre*.

III – DU CONTRAT

Article 6 - Date d'effet du contrat

Le contrat prend effet à la date indiquée aux dispositions particulières, mais en tout état de cause, la garantie n'est acquise qu'après l'encaissement de la cotisation par la Société ou son délégataire.

Article 7 - Durée et renouvellement du contrat

Le contrat est conclu pour une durée d'un an et se renouvelle par tacite reconduction à sa date anniversaire, sauf dénonciation par l'une ou l'autre des parties effectuée par lettre recommandée avec avis de réception, moyennant un préavis de deux mois.

Article 8 - Résiliation du contrat

8.1 - Résiliation à l'initiative de l'une ou l'autre des parties

Le contrat peut être résilié par chacune des parties lorsque les risques qui étaient en relation directe avec la situation antérieure, ne se retrouvent plus dans la situation nouvelle, survenue à la suite d'un événement prévu à l'Article L 113-16 du Code des assurances.

En ce cas :

- La résiliation du contrat ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de l'événement ;
- La résiliation prend effet un mois après que l'autre partie au contrat en a reçu notification ;

La Société doit rembourser à l'Assuré la partie de cotisation ou de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de la date d'effet de la résiliation.

8.2 – Résiliation à l'initiative de la Société

La Société a la possibilité de résilier le contrat :

- en cas de non-paiement de la cotisation (article L 113-3 du Code des assurances).
- en cas d'aggravation du risque (article L113-4 du Code des assurances).
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque à la souscription ou en cours de contrat (article L 113-9 du Code des assurances).
- après sinistre (articles R113-10 et A 211-1-2 du Code des Assurances) : La Société se réserve le droit de résilier le contrat après sinistre. Dans ce cas, la résiliation ne prend effet qu'à l'expiration d'un délai d'un mois à dater de sa notification à l'Assuré. La Société est alors tenue de restituer la partie de cotisation correspondante à la période allant de la prise d'effet de la résiliation à l'échéance prévue. La Société demeure tenue des sinistres survenus avant la prise d'effet de la résiliation.
- en cas de liquidation ou de redressement judiciaire de l'entreprise de l'Assuré (article L 113-6 du Code des assurances) ;
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque : Au cas de la constatation avant sinistre de l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'Assuré, dont la mauvaise foi n'est pas établie, la Société a le droit, soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de la cotisation acceptée par l'Assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée par lettre recommandée, en restituant la portion de la cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus.

En cas de résiliation du contrat et sous réserve du paiement des cotisations échues, la garantie reste acquise si les capitaux Décès ou le capital représentatif de la rente d'incapacité permanente résultant d'un *Accident du Travail* ou d'une *Maladie Professionnelle* garantis, figurent au *Compte employeur*, des deux années civiles suivant la résiliation du présent contrat.

Cependant, la garantie ne reste acquise qu'à la double condition que le sinistre se soit produit pendant la période de validité du présent contrat et que l'Assuré :

- atteste qu'il est à jour de ses cotisations de Sécurité sociale pour la période courue depuis la date d'effet du contrat
- et qu'il justifie de paiement des cotisations de la Sécurité Sociale pour le trimestre à indemniser par la Société.

8.3 – Résiliation à l'initiative de l'Assuré

Le contrat peut être résilié par l'Assuré :

- en cas de disparition de circonstances aggravantes mentionnées dans le contrat, et dans la mesure où la Société refuse de réduire la cotisation en conséquence (article L 113-4 du Code des assurances). En ce cas, la résiliation prend effet 30 jours après la dénonciation effectuée.
- en cas de résiliation après sinistre par la Société d'un autre contrat souscrit par l'Assuré (article R 113-10 du Code des assurances).
- en cas d'augmentation de la cotisation du présent contrat dans les conditions prévues à l'article 9.2 (Cotisation annuelle) ci-après.

En cas de résiliation du contrat et sous réserve du paiement des cotisations échues, la garantie reste acquise si les capitaux Décès ou le capital représentatif de la rente d'incapacité permanente résultant d'un *Accident du Travail* ou d'une *Maladie Professionnelle* garantis, figurent au *Compte employeur*, des deux années civiles suivant la résiliation du présent contrat.

Cependant, la garantie ne reste acquise qu'à la double condition que le sinistre se soit produit pendant la période de validité du présent contrat et que l'Assuré :

- atteste qu'il est à jour de ses cotisations de Sécurité sociale pour la période courue depuis la date d'effet du contrat
- et qu'il justifie de paiement des cotisations de la Sécurité Sociale pour le trimestre à indemniser par la Société.

8.4 – Résiliation de plein droit

Le contrat est réputé être résilié de plein droit :

- en cas de retrait à la Société de l'agrément nécessaire à exploiter la branche d'assurance dont relève le présent contrat (article L 326-12 du Code des Assurances) ;
- en cas de perte totale du risque assuré résultant d'un évènement non prévu par le contrat, l'assurance prend fin de plein droit et la Société est tenue de restituer à l'Assuré la portion de cotisation payée d'avance et afférente au temps pour lequel le risque n'est plus couru.

8.5 – Nullité du contrat

Indépendamment des clauses ordinaires de nullité, le contrat est nul 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 la Société, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à la Société, qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

8.6 - Modalités de la résiliation

L'Assuré peut résilier le contrat à son choix :

- soit par déclaration faite contre récépissé au siège social de la Société ou de son délégataire,
- soit par lettre recommandée avec avis de réception adressée à la Société ou à son délégataire.

La résiliation par la Société ou son délégataire est effectuée par lettre recommandée avec avis de réception adressée à l'Assuré à son dernier domicile connu

Article 9 - Obligations de l'Assuré

9.1 - Déclarations de l'Assuré

9.11 - L'Assuré s'oblige :

- à la **souscription** : à répondre exactement aux questions posées par la Société, notamment dans la proposition d'assurance par laquelle la Société l'interroge lors de la conclusion du contrat, sur les circonstances qui sont de nature à lui faire apprécier le risque qu'il prend en charge.
- en **cours de contrat** : à déclarer à la Société, toute modification dans la nature de son activité susceptible d'entraîner un changement des modalités de tarification qui lui sont applicables pour les *Accidents du Travail* ou *Maladies Professionnelles* et, plus généralement, toute modification dans les réponses faites sur la proposition d'assurance, lors de la souscription du contrat.

Ces modifications doivent être notifiées à la Société ou à son délégataire par lettre recommandée avec avis de réception, dans les 15 jours à compter du jour où l'Assuré en a eu connaissance.

9.12 - Aggravation du risque

L'aggravation du risque en cours de contrat s'apprécie en fonction de la situation d'origine du contrat. L'Assuré doit porter à la connaissance de la Société toute aggravation des risques par rapport à ceux déclarés à la conclusion du contrat, qui aurait amené la Société à ne pas contracter ou à contracter moyennant une cotisation plus élevée.

A réception de ces informations sur l'aggravation du risque, la Société peut :

- - **soit résilier le contrat** : en ce cas celle ne peut prendre effet que **dix jours** après la notification faite à l'Assuré, et la Société doit alors rembourser à l'Assuré la fraction de cotisation afférente à la période restant à garantir
- - **soit proposer une augmentation de la cotisation** : En ce cas, si l'augmentation de cotisation est refusée expressément par l'Assuré, la Société a la faculté de résilier le contrat au terme d'un délai de **trente jours** courant du jour où la proposition d'augmentation a été notifiée à l'Assuré. La Société doit pour cela, avoir informé expressément l'Assuré, dans la proposition d'augmentation qui lui est faite, de la faculté de refuser et des conséquences que son refus peut entraîner.

Toutefois, la Société ne peut plus se prévaloir de l'aggravation des risques quand, après en avoir été informé de quelque manière que ce soit, il a manifesté son consentement de manière expresse ou tacite (acceptation des cotisations versées par l'Assuré) au maintien du contrat.

9.13 - Déclaration des éléments nécessaires au calcul de la cotisation

A la fin de chaque *Année d'assurance*, l'Assuré doit adresser à la Société ou à son délégataire, une déclaration permettant de constater les variations des éléments retenus comme base de calcul et prévus aux dispositions particulières.

A défaut de déclaration, la Société peut mettre l'Assuré en demeure de satisfaire à cette obligation, dans les dix jours de réception de cette mise en demeure.

A l'expiration de ce délai de dix jours, et en l'absence de réponse de l'Assuré, la Société peut demander à l'Assuré de s'acquitter d'une cotisation au moins égale à la cotisation minimale ou, à défaut, à la cotisation payée au titre de l'exercice précédent majorée de 50%. Le paiement de cette cotisation ne vaut pas quitus du paiement de la cotisation définitive.

En cas de refus par l'Assuré de s'acquitter de la nouvelle cotisation, la Société peut suspendre et résilier le contrat dans les conditions prévues à l'article 8.2.

9.14 – Assurances multiples

Au cas où les risques garantis par le présent contrat seraient ou viendraient à être couverts par un autre Assureur, l'Assuré est tenu d'en faire immédiatement la déclaration à la Société du présent contrat, par lettre recommandée. Quand plusieurs assurances sont ainsi contractées, sans fraude de la part de l'Assuré, chacune d'elles produit ses effets dans la limite des garanties prévues aux contrats et selon les modalités fixées par l'art. L. 121-4 du code des assurances

9.2 - Cotisations

9.21 - Assiette de la cotisation :

L'assiette de la cotisation correspond à la *Masse salariale* brute versée par l'Assuré au cours de l'exercice d'assurance.

9.22 – Cotisation annuelle

La cotisation annuelle afférente à l'exercice d'assurance est égale au produit du taux de cotisation défini aux dispositions particulières par l'assiette de la cotisation. Elle est révisable à chaque échéance annuelle.

9.23 –Cotisation annuelle provisionnelle minimale

La première *Année d'assurance*, la cotisation annuelle provisionnelle minimale de l'année en cours est calculée sur la base des déclarations faites par l'Assuré dans la proposition d'assurance.

Les années suivantes, la cotisation annuelle provisionnelle minimale de l'année en cours est calculée sur la base des feuilles de calcul de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie communiquées par l'Assuré à la Société au plus tard dans les trente jours avant la date anniversaire du contrat.

9.24 - Ajustement de cotisation

Dans les trente jours suivant chaque échéance anniversaire, l'Assuré déclare les rémunérations brutes de l'*Année d'assurance* écoulée ainsi que les effectifs portés sur les bordereaux adressés à l'URSSAF à la fin de chaque trimestre de l'exercice écoulé.

La Société calcule la cotisation de régularisation de l'exercice écoulé en appliquant le taux de cotisation à la masse salariale déclarée.

L'Assuré s'engage à régler la cotisation complémentaire qui résulte de la différence entre la cotisation ainsi régularisée et la cotisation provisionnelle minimale déjà versée.

9.25 - Indexation

La cotisation sera indexée chaque année en fonction de l'évolution du taux de revalorisation des rentes *Accidents du*

Travail ou *Maladies Professionnelles* et sous réserves des variations à la hausse ou à la baisse de la sinistralité du *groupe d'activités* dont dépend la *section AT*.

L'indexation s'appliquera aussi bien sur la cotisation provisionnelle que sur le taux servant au calcul de régularisation annuelle.

Si pour des raisons de caractère technique, notamment un changement des modalités de calcul ou d'étalement triennal du taux de cotisation décidé par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, la Société est amené à modifier les tarifs applicables aux risques garantis par le présent contrat, la cotisation en sera modifiée dès la première échéance annuelle suivant cette modification.

En cas de majoration de la cotisation, l'Assuré aura le droit de résilier le contrat par lettre recommandée avec avis de réception, dans les trente jours qui suivent celui où il aura eu connaissance de la modification.

Cette résiliation prendra effet un mois après la notification faite à la Société, et l'Assuré aura droit à la fraction de cotisation, calculée sur les anciennes bases, au prorata du temps écoulé entre la date de la dernière échéance et la date de résiliation.

A défaut de cette résiliation, la nouvelle cotisation sera considérée comme acceptée par l'Assuré.

Toutefois cette faculté de résiliation n'est pas offerte à l'Assuré, si la cotisation augmente en raison de la création ou de l'augmentation d'une taxe, cotisation ou contribution légale ou réglementaire.

9.3 - Paiement des cotisations

La cotisation doit être payée à l'échéance par l'Assuré à la Société ou à son délégataire (article L113-3 du Code des assurances).

Sont à la charge de l'Assuré, en sus de la cotisation, les frais accessoires dont le montant est indiqué aux dispositions particulières, ainsi que tous impôts et taxes existant ou pouvant être établis sur la cotisation.

En cas de paiement fractionné de la cotisation, la cotisation de l'année entière d'assurance ou ce qui en reste dû, est immédiatement exigible en cas de *Sinistre* ou de non paiement d'une fraction de la cotisation.

La cotisation, les accessoires et tous impôts et taxes sont payables annuellement et d'avance.

9.4. Défaut de paiement de la cotisation par l'Assuré

A défaut de paiement de la cotisation ou d'une fraction de cotisation, dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour la Société de poursuivre l'exécution du contrat en justice, la garantie sera suspendue à compter du trentième jour qui suit la mise en demeure de l'Assuré. La cotisation est portable dans les cas, après la mise en demeure de l'Assuré.

La Société se réserve le droit de résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours mentionné à l'aliéna précédent. Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où a été payée à la Société, la cotisation arriérée ayant fait l'objet de la mise en demeure, et celle venue à échéance pendant la période de suspension, ainsi que, éventuellement, les frais de poursuite et de recouvrement.

Article 10 - Sinistres

10.1 - Déclaration de sinistre

Tout *Sinistre* doit être déclaré par l'Assuré à la Société ou à son délégataire, dans le délai de **deux jours ouvrés** à compter de la date à laquelle il a eu connaissance, en application des dispositions de l'article L 113-2 du Code des assurances, et afin de permettre le cas échéant l'exercice de toute procédure visant à contester les conséquences financières ultérieures suite à l'inscription au débit du *Compte employeur*.

10.2 – Dossier de sinistre

En cas de sinistre, l'Assuré doit faire parvenir à la Société ou son délégataire la copie du dossier de déclaration de sinistre adressé par lui, à la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, à savoir :

- o la copie de l'attestation de salaire (imprimé Cerfa n° 60-3951) ;
- o la copie du ou des certificats médicaux (imprimé Cerfa n° 60-3870) ;
- o la copie de toutes les remarques éventuellement jointes aux documents énumérés ci-dessus, ou de tout autre document qui pourrait remplacer ceux énumérés ci-dessus ;

Edition novembre 2007

- o ultérieurement, toutes les copies de la notification de rente d'incapacité ou d'inscription de capitaux décès et la feuille de calcul.

Par ailleurs, l'Assuré doit conserver tout document permettant d'instruire une éventuelle action auprès des différentes instances de recours amiable ou judiciaire, et les mettre à disposition de la Société à sa demande.

L'Assuré doit également faire parvenir à la Société les documents nécessaires à l'indemnisation du sinistre, à savoir :

- o la copie de la déclaration d'*Accident du Travail* (imprimé Cerfa n° 60-3682) ou copie de la déclaration de *Maladie Professionnelle* (imprimé Cerfa n° 60-3950) ;
- o la feuille de calcul triennal du taux *Accident du Travail* ou *Maladie Professionnelle* délivrée par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie, et ce pour chaque année pour laquelle une indemnisation est sollicitée.

10.3 – Inobservation ou retard dans la transmission des documents

L'inobservation par l'Assuré des prescriptions ci-dessus indiquées (§ 9.42) ou le retard apporté dans la transmission des documents à la Société, sont susceptibles d'entraîner pour l'Assuré le paiement à la Société d'une indemnité proportionnelle au préjudice que cette inobservation ou ce retard lui aura causé.

10.4 - Tiers responsable

Dans la mesure où un tiers viendrait à être identifié au titre d'un *Sinistre* garanti et ayant fait l'objet d'un règlement partiel ou total, l'Assuré s'engage à rembourser à la Société ou à son représentant les indemnités perçues au titre de ce *Sinistre*, à concurrence des sommes portées au crédit de son compte par la Caisse Régionale d'Assurance Maladie et recouvrées par cette dernière sur le tiers responsable dudit *Sinistre* ou correspondant à une remise de dette en raison de l'insolvabilité du tiers.

Article 11 - Indemnisation

11.1 - Indemnisation

La Société s'engage à indemniser l'Assuré des effets de l'imputation du capital constitutif au *Compte employeur*, provenant d'*Accidents du Travail* ou *Maladies Professionnelles* garantis, dans les conditions et limites de garanties prévues à l'article 4 ci-dessus.

11.2 - Franchise

Si mention a été faite d'une *Franchise* dans les dispositions particulières du contrat, il en sera fait application pour le paiement de l'indemnité. Cette *Franchise* exprimée en pourcentage :

- soit du taux d'invalidité en *Accidents du travail* et/ou en *Maladies Professionnelles*. Cette *Franchise* est appelée "Franchise sur taux d'invalidité".
- soit de la variation du taux de cotisation *Accidents du Travail* calculée conformément à l'article 10.3 (Calcul de l'indemnité) ci-après. Cette *Franchise* est appelée "Franchise sur taux variable".

11.3 - Calcul de l'indemnité

Pour chaque année de cotisation *Accident du travail* ou *Maladie professionnelle* concernée par le *Sinistre* garanti, l'indemnisation est calculée comme suit :

A chaque nouvelle notification de taux *Accident du travail* ou *Maladie professionnelle* par la Sécurité Sociale, la Société calcule

- - le taux théorique qui aurait été dû si le capital constitutif représentant les indemnités versées à la victime ou à ses ayants droit au titre d'un *Sinistre* garanti, notamment en fonction des *Franchises* applicables, n'avait pas été imputé au *Compte employeur* (appelé taux théorique sans *Sinistre*).
- - le taux théorique qui aurait été dû si le capital constitutif représentant les indemnités versées à la victime ou à ses ayants droit au titre d'un *Sinistre* garanti, notamment en fonction des *Franchises* applicables, avait été imputé au *Compte employeur* (appelé taux théorique avec *Sinistre*).

L'indemnisation est égale à la différence entre le taux théorique avec *Sinistre* et le taux théorique sans *Sinistre*, ce dernier pouvant être majoré le cas échéant de la *Franchise* sur taux variable prévue aux dispositions particulières, multipliée par la *Masse salariale* de l'exercice en cours.

Pour l'*Assuré* soumis au *Taux mixte*, l'indemnisation porte sur la cotisation correspondant à la fraction du *Taux réel*.

11.4 - Paiement de l'indemnité

Une indemnité provisionnelle est calculée, comme la différence entre le taux théorique avec *Sinistre* et le taux théorique sans *Sinistre*, ce dernier pouvant être majoré le cas échéant de la *Franchise* sur taux variable prévue aux dispositions particulières du contrat, multipliée par la *Masse salariale* de l'exercice précédent.

En début d'exercice suivant, l'*Assuré* déclare la *Masse salariale* exacte de l'année écoulée et une régularisation est effectuée dans la limite d'une variation à la hausse de *Masse salariale* strictement inférieure à 5% d'une année sur l'autre.

L'indemnisation intervient selon l'état d'avancement des dossiers, au terme de chacun des trimestres de chacune des années au cours desquelles le *Sinistre* a pour effet de majorer les cotisations *Accidents du Travail* ou *Maladies Professionnelles* (hors *Accidents de trajet*).

L'*Assuré* est indemnisé trimestriellement à terme échu à la condition qu'il atteste être à jour de ses cotisations de Sécurité Sociale pour la période courue depuis la date d'effet du contrat et qu'il justifie le paiement des cotisations de la Sécurité sociale pour le trimestre à indemniser par la Société.

Il est tenu compte pour l'*Assuré* qui en bénéficie, des mesures d'écroulements et des incidences de celles-ci sur les cotisations.

Le présent contrat est soumis au principe indemnitaire. Dès lors que l'*Assuré* aura obtenu de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie l'annulation ou la réduction de la majoration de son taux de cotisation *Accidents du Travail* ou *Maladies Professionnelles*, il s'engage à en informer la Société et à lui rembourser le trop perçu déjà indemnisé. L'*Assuré* s'oblige à rembourser la Société les montants réglés par lui et relatifs aux garanties du présent contrat même dans le cas où celui-ci ne serait plus en vigueur.

11.5 - Subrogation

Conformément à l'article L 121-12 du Code des Assurances, la Société est subrogé, jusqu'à concurrence de l'indemnité payée par lui, dans les droits et actions de l'*Assuré* contre les tiers responsables du dommage.

Si, du fait de l'*Assuré*, la subrogation ne peut plus s'opérer en faveur de la Société, celui-ci est déchargée de ses obligations envers l'*Assuré*, dans la mesure où aurait pu s'exercer la subrogation.

Article 12 - Prescription

Toutes actions dérivant du contrat 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 ou déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où la Société 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.

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance, dans les conditions prévues aux articles L 114-1 et L114-2 du Code des assurances.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription ainsi que dans les cas ci-après :

- Désignation d'un expert à la suite d'un *Sinistre*,
- Envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (adressée par la Société au *L'Assuré* en ce qui concerne le paiement de la cotisation – par le *L'Assuré* à la Société en ce qui concerne le règlement de l'indemnité),
- Citation en justice, même en référé,

- Toute autre cause d'interruption.

L'interruption de la prescription peut résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par la Société ou son Délégué à l'*Assuré* en ce qui touche l'action en paiement de la cotisation, et par l'*Assuré* à la Société ou son Délégué en ce qui touche le règlement de l'indemnité.

Article 13 - Informatique et libertés

Les données personnelles recueillies par la Société ou son délégué sont exclusivement utilisées pour le suivi du dossier de l'*Assuré*, ou l'envoi de documents concernant les produits d'assurance de la DAS. Conformément à l'article 2 de la Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée par la Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements et données à caractère personnel, l'*Assuré* dispose d'un droit d'accès aux informations, en vue de confirmer, modifier, rectifier ou supprimer les données le concernant et figurant sur tout fichier à usage de la Société ou de son Délégué.

L'*Assuré* peut exercer ce droit en s'adressant à la Société :



34, place de la république
72045 Le Mans Cedex 2

Article 14 - Réclamations

Le service qualité - réclamations de la Société est à la disposition de l'*Assuré*, pour prendre en compte ses observations, tenter de répondre à ses préoccupations pour traiter les éventuels litiges et contribuer à les réduire, et pour contribuer à l'amélioration et à la simplification des procédures.

Dans le cas, où la réclamation n'a pu être réglée après épuisement de toutes les procédures de dialogue avec la Société, ainsi que de toutes les possibilités offertes par les éventuelles garanties de défense et recours, l'*Assuré* peut, sans préjudice pour lui d'intenter une action en justice, porter sa réclamation devant Monsieur le Médiateur de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA), BP 290 – 75425 PARIS CEDEX 09.