

## NOTICE D'INFORMATION

### Maintien de Revenus AGMF / GPM Maintien de Revenus Madelin AGMF / GPM

**A.IJ16.1 - A.IJM16.1**

Applicable à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2016

La présente notice est établie en application de l'article L.221-6 du Code de la mutualité.  
Elle détermine le contenu des engagements réciproques d'AGMF Prévoyance et des adhérents au contrat collectif facultatif souscrit conjointement par ARPAGet, le cas échéant, une organisation représentative de professions non salariées.

## CHAPITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### Article 1 Objet du contrat

#### § 1 - Prestations garanties

Le contrat dont la présente notice reprend les dispositions générales, a pour objet de garantir à l'assuré, dans la limite des garanties souscrites et figurant au certificat d'adhésion :

1 - un revenu de remplacement en cas de maladie ou d'accident sous la forme :

- › d'une indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire totale de travail (ITT). Hors mi-temps thérapeutique, l'incapacité partielle n'est pas indemnisée.

Cette indemnité journalière prend la forme, le cas échéant, selon le choix fait par le membre participant dans le bulletin d'adhésion et selon les conditions prévues par la présente notice :

- d'une « indemnité journalière complémentaire au régime professionnel » (IJRO) adaptée au régime obligatoire auquel est affilié l'assuré.
- d'une « indemnité journalière de longue durée » (IJLD). La durée de la franchise applicable ainsi que la durée d'indemnisation sont indiquées dans le bulletin d'adhésion.
- d'une « indemnité journalière frais professionnels » (IJFP) pour les professions libérales et les travailleurs indépendants. Elle couvre les frais professionnels de l'assuré, ayant normalement et régulièrement une activité professionnelle non salariée et résidant sur le territoire français.
- d'une « indemnité journalière de remplacement » (IJR) pour les professions médicales libérales.

Le contrat prévoit également, le cas échéant et sous conditions, le versement :

- d'une « indemnité journalière en cas de mi-temps thérapeutique ».
- d'une « indemnité journalière maternité ».
- d'une « prestation journalière pour la garde d'enfants hospitalisés ».
- d'une « indemnité journalière pour traitements oncologiques ambulatoires ».
- d'une « indemnité journalière paternité ».
- d'une « indemnité journalière aide aux aidants ».

- › d'une rente temporaire en cas d'invalidité permanente dans les conditions mentionnées à la section 3 ci-après.

2 - le versement d'un capital dit « capital invalidité - accident » en cas d'invalidité permanente totale ou partielle résultant d'un accident corporel.

3 - le versement d'un capital dit « capital invalidité - perte de profession » pour les professions médicales, paramédicales et libérales en cas d'invalidité permanente résultant d'une maladie ou d'un accident et plaçant définitivement l'assuré dans l'impossibilité d'exercer sa profession ou sa spécialité.

En application d'une décision du Conseil d'Administration d'AGMF Prévoyance ratifiée par son Assemblée générale, est adjointe de manière indissociable, une garantie Protection Juridique Vie privée. Les conditions et modalités de mises en œuvre de cette garantie en inclusion sont définies en annexe.

#### § 2 - Règles de souscription

Certaines garanties doivent obligatoirement être souscrites ensemble conformément aux règles et « seuils minima de souscription obligatoire » mentionnés sur le bulletin d'adhésion.

Sont concernées les garanties :

- › « indemnités journalières complémentaires au régime professionnel »,
- › « indemnités journalières de longue durée »,
- › « indemnités frais professionnels » pour les professions libérales, les travailleurs indépendants et les auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral et affiliés à la CARPIMKO,
- › « indemnités journalières de remplacement » pour les professions médicales libérales.

La souscription de ces garanties doit obligatoirement s'accompagner de la souscription d'une garantie prévoyant le versement :

- 1 - d'une rente invalidité ou d'un capital « invalidité - perte de profession »

et

- 2 - d'un capital décès ou d'une rente de conjoint ou d'une rente éducation (tels que définis dans la notice d'information « protection décès »).

Les adhérents travailleurs non salariés non agricoles, en activité, à jour du versement de leurs cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance-maladie et d'assurance vieillesse peuvent souscrire les garanties prévoyant le versement d'« indemnités journalières de remplacement » et prévoyant la couverture des frais professionnels, dans le cadre de la Loi Madelin, s'ils en font la demande en cochant la case correspondante sur le bulletin d'adhésion.

L'adhésion dans le cadre de la loi Madelin est obligatoire pour ces adhérents pour les garanties prévoyant le versement d'« indemnités journalières de longue durée », le versement d'« indemnités journalières complémentaires au régime professionnel » ou le versement d'une « rente invalidité ».

Les garanties « capital invalidité accident » et « capital invalidité perte de profession » ne peuvent pas être souscrites dans le cadre de la loi Madelin.

Les cotisations relatives aux garanties souscrites dans le cadre de la loi Madelin bénéficient de la déductibilité fiscale visée à l'article 154 bis du Code général des impôts sous réserve de respecter les plafonds fixés par ledit article. Il appartient à l'adhérent de déterminer, si compte tenu de sa situation, les cotisations versées à AGMF Prévoyance sont effectivement déductibles de son résultat imposable.

Le présent contrat est régi par le Code de la mutualité.

La loi applicable est la loi française et les échanges relatifs au contrat se font en langue française.

### Article 2 Définitions et modalités d'adhésion

#### § 1 - Modalités d'adhésion

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation, par le signataire, des dispositions des statuts d'AGMF Prévoyance et des droits et obligations définies par les conditions générales et particulières du contrat de Prévoyance collective à adhésion facultative reprises dans la présente notice d'information.

Les mentions portées par le membre participant dans le bulletin d'adhésion sont nécessaires à la délivrance de la couverture par AGMF Prévoyance et conditionnent la validité de la couverture.

Un certificat d'adhésion est délivré à chaque adhérent lors de son adhésion ou en cas de modification de sa garantie ou des options choisies.

Il précise notamment :

- › l'identité de l'adhérent et de ses ayants droit assurés ;
- › la nature des garanties et options souscrites ;
- › la date de prise d'effet de l'adhésion et des garanties ;
- › le taux, l'assiette ou le montant des cotisations incluant, s'il y a lieu, les taxes, conformément à la réglementation en vigueur ainsi que leur périodicité de paiement ;
- › le cas échéant, les conditions d'acceptation particulières.

## § 2 - Définition des parties

- › Organisme assureur : AGMF - Prévoyance, Union de mutuelles soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, N° 775 666 340, siège social : 34 boulevard de Courcelles 75 809 Paris cedex 17.
- › Groupements souscripteurs du contrat de prévoyance collective : ARPAG, association souscriptrice du contrat collectif, régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901, 34 boulevard de Courcelles 75 809 Paris cedex 17, conjointement, le cas échéant, avec une ou plusieurs organisations représentatives de professions non salariées conformément à l'article 998-1<sup>o</sup> du Code général des Impôts.
- › Membre participant : la personne physique membre de l'un des groupements souscripteurs signataire du bulletin d'adhésion et acquittant les cotisations. Avant l'adhésion au contrat, la personne physique demandant à adhérer au contrat est le postulant à l'assurance.

Seuls peuvent adhérer à ce contrat, les membres participants :

- affiliés à un régime obligatoire de Sécurité Sociale français, d'assurance-maladie, d'assurance vieillesse et de prévoyance,
- résidant en France métropolitaine, dans les départements d'outre-mer, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Les personnes résidant en Polynésie française, en Nouvelle-Calédonie et à l'Étranger ne peuvent pas souscrire ce contrat.

- › Assuré : la personne physique sur la tête de laquelle repose la garantie, exerçant normalement et régulièrement une activité professionnelle rémunérée, n'étant pas en incapacité de travail temporaire ou définitive et :
  - pour les garanties incapacité temporaire totale, obligatoirement âgée de moins de 59 ans lors de l'adhésion au contrat,
  - pour la garantie « rente invalidité », obligatoirement âgée de moins de 57 ans lors de l'adhésion au contrat,
  - pour la garantie « capital invalidité - perte de profession », obligatoirement âgée de moins de 57 ans lors de l'adhésion au contrat. L'activité exercée doit être une profession de santé ou une profession libérale.
  - pour la garantie « capital invalidité accident », être obligatoirement âgée de moins de 57 ans lors de l'adhésion au contrat et ne pas avoir bénéficié de prestation au titre de la garantie « perte de profession ».

Pour les dispositions spécifiques de la présente notice d'information ne s'appliquant qu'aux assurés exerçant une profession médicale, on entend par « professions médicales » : les médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, vétérinaires et sages-femmes.

- › Bénéficiaire : le bénéficiaire des prestations d'incapacité temporaire et d'invalidité est l'assuré.

## Article 3 Formation - Date d'effet de l'adhésion Terme des garanties

Préalablement à l'adhésion, les groupements souscripteurs remettent au postulant à l'assurance la présente notice d'information émise par AGMF Prévoyance et les statuts de l'organisme assureur, ainsi que les documents visés ci-dessous.

### § 1 - Adhésion

L'adhésion est matérialisée par :

- › la signature du bulletin d'adhésion par le postulant à l'assurance. Le bulletin d'adhésion mentionne les niveaux de garantie proposés. Les niveaux choisis par le membre participant figurent au certificat d'adhésion ;
- › la transmission, au titre des garanties « invalidité » et « incapacité de travail », de la déclaration d'état de santé et le cas échéant du questionnaire médical rempli par le postulant à l'assurance, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'organisme assureur ;
- › la notification, par l'organisme assureur, de l'acceptation de l'adhésion concrétisée par l'envoi du certificat d'adhésion et d'un premier avis d'appel de cotisation.

Pour les souscriptions par tablette numérique, l'adhésion est formée après

- › l'acceptation et la validation de l'adhésion par le ou les postulants à l'assurance par l'intermédiaire de l'apposition de leur signature numérique respective sur la tablette à l'aide d'un stylet ;
- › la transmission de la déclaration d'état de santé le cas échéant ;
- › le scellement du contrat par l'intermédiaire de l'apposition de la signature électronique de l'organisme assureur ;
- › la notification, par l'organisme assureur, de l'acceptation de la souscription, concrétisée par l'envoi du certificat d'adhésion et d'un premier appel de cotisation.

Si l'adhérent doit remplir un questionnaire médical, il doit le remplir sur support papier et l'envoyer sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'organisme assureur.

S'il y a lieu, pour se prononcer sur l'acceptation de l'adhésion, l'organisme assureur se réserve le droit de demander au postulant à l'assurance tout renseignement complémentaire ou de le soumettre, au titre des garanties souscrites, à un examen spécifique par le médecin-conseil de l'organisme assureur ou un médecin désigné par lui dont il assume le coût.

### § 2 - Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion produit ses effets, à la date indiquée sur le certificat d'adhésion, et au plus tôt :

- › à la date de réception par l'organisme assureur du bulletin d'adhésion complété et signé sous réserve :
  - de la notification de l'acceptation de l'adhésion par l'organisme assureur,
  - et du paiement de la première cotisation ou fraction convenue de celle-ci.
- › ou à la date d'acceptation des conditions particulières par le membre participant (en cas de surprime, exclusion...), sous réserve du paiement de la première cotisation ou fraction convenue de celle-ci.

Le règlement des cotisations s'effectue par prélèvement automatique (ou par chèque dans le cadre de la souscription sur support papier).

En cas de règlement par chèque, la date de prise en compte est sa date de réception par l'organisme assureur, et ce, sous réserve de son encaissement. Faute pour l'adhérent d'avoir réglé le montant du premier appel de cotisation dans les trente jours suivant son émission, l'acceptation de l'adhésion est caduque et l'assurance ou le contrat est de nul effet.

En aucun cas l'adhésion ne peut prendre effet à une date antérieure à celle de la signature du bulletin d'adhésion.

### § 3 - Délai de renonciation en cas de vente à distance

#### 3.1 Délai de renonciation en cas de vente à distance

Lorsque le membre participant adhère au contrat dans le cadre d'une vente à distance (sans avoir rencontré de conseiller de l'organisme assureur pour la souscription du contrat), il dispose d'un droit de renonciation.

##### 3.1.1 Conditions d'exercice de la faculté de renonciation

À compter de la date de prise d'effet de l'adhésion, le membre participant dispose d'un délai de trente jours calendaires révolus pour renoncer à son contrat, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Cette renonciation doit être effectuée obligatoirement par lettre recommandée avec demande d'avis de réception selon le modèle joint au présent règlement. Ce délai expire le dernier jour à 24 heures, il n'est pas prorogé s'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié chômé.

Les garanties ne prennent effet, sous réserve, le cas échéant, des délais d'attente propres à chaque garantie, qu'à l'expiration de ce délai, sauf si l'assuré demande expressément l'exécution immédiate du contrat sans attendre la fin du délai de renonciation dans la demande de souscription.

##### 3.1.2 Effet de la renonciation

AGMF-Prévoyance rembourse la cotisation au plus tard dans les trente jours à compter de la date de la réception de la renonciation du membre participant. Lorsque la première cotisation a été encaissée, AGMF-Prévoyance effectue ce remboursement en utilisant le même moyen de paiement que celui utilisé par le membre participant pour le paiement de la première cotisation, sauf accord exprès de celui-ci pour qu'un autre moyen de paiement soit utilisé et dans la mesure où le remboursement n'occasionne pas de frais pour le membre participant.

Si l'adhésion avait pris effet, les garanties cessent le lendemain à zéro heure de la date de l'envoi de la lettre de renonciation.

Si le membre participant a souhaité que l'adhésion commence à être exécutée à la date prévue au certificat d'adhésion (et non à l'issue du délai de trente jours), l'organisme assureur conservera la quote-part des cotisations correspondant à la couverture dont aura bénéficié le membre participant durant la période d'exécution du contrat.

Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

### 3.2 Délai de renonciation en cas de démarchage ou de vente hors établissement

#### 3.2.1 Conditions d'exercice de la faculté de renonciation

Lorsque le membre participant adhère au contrat suite à une sollicitation des préposés ou mandataires de l'organisme assureur, ou à son domicile ou lieu de travail, même à sa demande, il dispose d'un droit de renonciation. À compter de la date de prise d'effet de l'adhésion, le membre participant dispose d'un délai de trente jours calendaires révolus pour renoncer à son contrat, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Cette renonciation doit être effectuée obligatoirement par lettre recommandée avec demande d'avis de réception selon le modèle joint au présent règlement. Ce délai expire le dernier jour à 24 heures, il n'est pas prorogé s'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié chômé.

#### 3.2.2 Effet de la renonciation

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu ci-dessus entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception par l'organisme assureur, de la lettre de renonciation.

Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le membre participant ne peut plus exercer ce droit de renonciation. En cas de renonciation, l'organisme assureur conservera la quote-part des cotisations correspondant à la couverture dont aura bénéficié le membre participant durant la période d'exécution du contrat.

Toutefois, l'intégralité de la prime reste due à l'entreprise d'assurance si le membre participant exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

### § 4 - Prise d'effet des garanties et délais de carence (ou stage)

a/ Est garantie, dès la date de prise d'effet de l'adhésion, l'« incapacité de travail » ou l'« invalidité » de l'assuré résultant d'un accident survenu à compter de cette date.

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. N'est pas considérée comme accidentelle l'« incapacité de travail » ou l'« invalidité » résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou étant la conséquence d'un examen médical. La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et l'incapacité de travail ou l'invalidité de l'assuré ainsi que la preuve de l'accident incombent à ce dernier.

b/ L'« incapacité de travail » ou l'« invalidité » résultant d'une maladie est garantie dès lors que le point de départ de cette maladie, sauf stipulation contraire prévue au certificat d'adhésion, se situe à l'issue d'une période de trois mois suivant la prise d'effet du contrat ou de l'adhésion.

Ce délai est porté à 12 mois en ce qui concerne les troubles psychopathologiques.

c/ La grossesse pathologique, l'« indemnité journalière maternité » et l'« indemnité journalière paternité » sont garanties dans les conditions prévues aux articles 16 et 19 ter ci-dessous, dès lors que la date de prise d'effet de la garantie précède d'un mois au moins la date présumée de la conception.

d/ Indépendamment des dispositions ci-dessus, les assurés précédemment titulaires d'une garantie équivalente ou supérieure ne sont pas soumis à ces délais de carence, à condition de produire un certificat précisant la date de radiation volontaire, qui doit se situer dans les trente jours précédant la demande d'adhésion. Dans ce cas, la suppression des délais de carence est mentionnée au certificat d'adhésion.

### § 5 - Termes des garanties

Sauf indication contraire figurant au certificat d'adhésion, les garanties du présent contrat cessent :

**5.1 - Pour les garanties « incapacité temporaire totale » :** au dernier jour du mois au cours duquel l'assuré a liquidé ou s'est vu attribuer ses droits à pension de retraite acquise au titre de son activité principale (y compris pour inaptitude au travail) et au plus tard à l'âge fixé en application de l'article L. 351-8 du Code de la Sécurité Sociale (67<sup>ème</sup> anniversaire).

Par dérogation, pour les assurés visés ci-dessous, cet âge est celui fixé par l'article D. 161-2-1-9 du Code de la Sécurité Sociale augmenté de cinq années.\*

Date de naissance de l'assuré	Âge terme de la garantie (au plus tard au)
Avant le 01/07/1951	65 <sup>ème</sup> anniversaire
À compter du 01/07/1951	65 <sup>ème</sup> anniversaire et 4 mois
À compter du 01/01/1952	65 <sup>ème</sup> anniversaire et 9 mois
À compter du 01/01/1953	66 <sup>ème</sup> anniversaire et 2 mois
À compter du 01/01/1954	66 <sup>ème</sup> anniversaire et 7 mois
À compter du 01/01/1955	67 <sup>ème</sup> anniversaire

\* Selon situation réglementaire tenant compte de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 du 21.12.2011.

Cette limite est portée au 70<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré pour les Indemnités Journalières complémentaires au régime professionnel (CARMF). Le montant garanti est réduit de moitié entre l'âge ci-dessus et le 70<sup>ème</sup> anniversaire.

Prorogation de certaines garanties : pour les adhérents des professions médicales et libérales (hors auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral et affiliés à la CARPIMKO) ayant souscrit leur garantie avant leur 57<sup>ème</sup> anniversaire, formulant leur demande avant l'âge terme défini ci-dessus (selon leur date de naissance) et justifiant de la poursuite de leur activité lors du renouvellement de leur contrat, l'âge terme peut être prorogé au plus tard jusqu'au 70<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré pour les garanties suivantes :

- » « indemnités journalières de longue durée »
- » « indemnités journalières frais professionnels »
- » « indemnités journalières complémentaires au régime professionnel » :
  - des chirurgiens-dentistes et sages-femmes (CARCDSF),
  - des vétérinaires (CARPV),
  - des avocats (CNBF),
- » « indemnités journalières de remplacement ».

La demande de prorogation des garanties jusqu'au 70<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré, dans les conditions précitées, est possible dans les situations de cumul emploi-retraite lorsque la liquidation de la retraite et la poursuite de l'activité interviennent sans discontinuité entre elles.

Le montant des « indemnités journalières complémentaires au régime obligatoire » de la « CARCDSF » (chirurgiens-dentistes et sages-femmes) et de la « CNBF » est réduit de moitié à compter de la date d'effet de la prorogation de la garantie au-delà de son terme normal.

**5.2 - Pour les garanties « invalidité permanente partielle »** ainsi que la garantie prévoyant le versement d'un « capital invalidité - accident » : au dernier jour du mois au cours duquel l'assuré a liquidé ou s'est vu attribuer ses droits à pension de retraite acquise au titre de son activité principale (y compris pour inaptitude au travail) et au plus tard à l'âge fixé en application de l'article L. 351-8 du Code de la Sécurité Sociale (67<sup>ème</sup> anniversaire).

Par dérogation, pour les assurés visés ci-dessous, cet âge est celui fixé par l'article D. 161-2-1-9 du Code de la Sécurité Sociale augmenté de cinq années.\*

Date de naissance de l'assuré	Âge terme de la garantie (au plus tard au)
Avant le 01/07/1951	65 <sup>ème</sup> anniversaire
À compter du 01/07/1951	65 <sup>ème</sup> anniversaire et 4 mois
À compter du 01/01/1952	65 <sup>ème</sup> anniversaire et 9 mois
À compter du 01/01/1953	66 <sup>ème</sup> anniversaire et 2 mois
À compter du 01/01/1954	66 <sup>ème</sup> anniversaire et 7 mois
À compter du 01/01/1955	67 <sup>ème</sup> anniversaire

\* Selon situation réglementaire tenant compte de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 du 21.12.2011.

Toutefois, pour les garanties en cas d'« incapacité permanente totale » prévoyant le versement d'une rente ou d'un « capital invalidité - perte de profession », le terme est fixé à l'âge prévu par l'article L. 351-1 du Code de la Sécurité Sociale (62<sup>ème</sup> anniversaire).

Par dérogation, pour les assurés visés ci-dessous, cet âge est celui fixé par l'article D. 161-2-1-9 du Code de la Sécurité Sociale.\*

Date de naissance de l'assuré	Âge terme de la garantie (au plus tard au)
Avant le 01/07/1951	60 <sup>ème</sup> anniversaire
À compter du 01/07/1951	60 <sup>ème</sup> anniversaire et 4 mois
À compter du 01/01/1952	60 <sup>ème</sup> anniversaire et 9 mois
À compter du 01/01/1953	61 <sup>ème</sup> anniversaire et 2 mois
À compter du 01/01/1954	61 <sup>ème</sup> anniversaire et 7 mois
À compter du 01/01/1955	62 <sup>ème</sup> anniversaire

\* Selon situation réglementaire tenant compte de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 du 21.12.2011.

Par ailleurs, pour un médecin en « incapacité permanente » (taux supérieur ou égal à 66%) qui poursuit une activité de santé autre que sa profession, n'entraînant pas sa mise à la retraite par la CARMF, le terme de la garantie prévoyant le versement d'une rente « invalidité » est fixé au plus tard au 67<sup>ème</sup> anniversaire (ou à l'âge intermédiaire entre 65 et 67 ans visé ci-dessus selon sa date de naissance).

### 5.3 - Pour toutes les garanties :

- » lorsque l'adhérent ne remplit plus les conditions visées à l'article 2 ci-dessus,
- » en cas de dénonciation de son adhésion, par le membre participant, opérée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, avant le 31 octobre pour prendre effet au 31 décembre,



- › en cas de non-paiement de la cotisation due par le membre participant dans les conditions prévues à l'article 14,
- › en cas de départ du membre participant du groupement souscripteur,
- › en cas de décès du membre participant.

## § 6 - Cas de suspension des garanties

Les garanties sont suspendues de plein droit au dernier jour du mois au cours duquel l'assuré n'exerce plus d'activité professionnelle. La suspension des garanties cesse au premier jour du mois suivant la date à laquelle l'organisme assureur reçoit de l'intéressé sa déclaration expresse de reprise d'activité professionnelle.

Les garanties prévoyant le versement d'« indemnité journalière frais professionnels » sont suspendues de plein droit au dernier jour du mois au cours duquel l'assuré s'établit de manière permanente hors du territoire français. La suspension de la garantie cesse au premier jour du mois suivant la date à laquelle l'organisme assureur reçoit de l'intéressé sa déclaration expresse de résidence sur le territoire français.

L'organisme assureur peut procéder à la résiliation du contrat par lettre recommandée lorsque l'assuré ne reprend pas d'activité professionnelle après une période d'au moins un an.

## Article 4 Obligations déclaratives

### § 1 - Lors de l'adhésion ou de la demande de modification des garanties

L'assuré a l'obligation de répondre exactement aux questions posées, notamment dans le bulletin d'adhésion ou dans la demande d'avenant, et dans le questionnaire médical pour permettre à l'organisme assureur d'apprécier le risque qu'il prend à sa charge.

### § 2 - En cours de vie du contrat

En cours d'adhésion, l'assuré devra déclarer par lettre recommandée avec accusé de réception, dans le délai d'un mois suivant sa survenance :

- › tout événement entraînant la perte du statut de Travailleur Indépendant ;
- › toute modification des éléments spécifiés au bulletin d'adhésion ;
- › toute modification à la hausse ou à la baisse de ses revenus afin que le niveau des garanties demeure adapté ou soit ajusté si nécessaire ;
- › tout changement ou cessation d'activité.

Il devra également produire chaque année les justificatifs attestant qu'il est à jour de ses cotisations aux régimes d'assurance-maladie et d'assurance vieillesse.

Ces déclarations doivent parvenir à AGMF Prévoyance, par lettre recommandée, dans le délai d'un mois suivant la connaissance par le membre participant de la survenance de l'un de ces événements. Si l'absence ou le retard de déclaration cause un préjudice à AGMF Prévoyance, elle pourra invoquer la déchéance des garanties et ne pas procéder au versement des prestations prévues.

En cas d'aggravation du risque, liée à l'un de ces événements et indépendante de l'état de santé du membre participant, AGMF Prévoyance se réserve le droit de proposer soit une augmentation des cotisations, soit la résiliation de l'adhésion du membre participant.

L'assuré déménageant à l'Étranger, en Polynésie française ou en Nouvelle-Calédonie a l'obligation d'informer l'assureur dans un délai d'un mois avant le déménagement afin qu'un conseil adapté à sa situation lui soit apporté.

## Article 5 Refus ou ajournement de l'adhésion

Le refus ou l'ajournement de l'adhésion est notifié au membre participant par lettre.

Dans ce cas, l'adhésion ne prend pas effet. Le refus ou l'ajournement de l'adhésion entraîne, s'il y a lieu, le remboursement intégral de la cotisation versée.

La décision de l'organisme assureur, liée à l'appréciation du risque apporté par l'assuré, est prise souverainement et n'est susceptible d'aucun recours.

## Article 6 Acceptation sous réserves

L'acceptation de l'adhésion peut être :

- › pure et simple,
- › soumise à des conditions particulières (risques aggravés),
- › être assortie de réserves.

L'acceptation de l'adhésion peut être assortie de réserves formulées par le médecin-conseil, ayant pour objet d'exclure la prise en charge des suites d'affections déterminées et contractées antérieurement à l'adhésion.

L'acceptation de l'adhésion sous réserves est notifiée à l'assuré par lettre (recommandée avec avis de réception) confidentielle, en deux exemplaires,

mentionnant la ou les affections contractées antérieurement à l'adhésion et faisant l'objet de l'exclusion.

En cas d'acceptation de la réserve, l'assuré retourne un exemplaire de la lettre sous pli confidentiel à l'adresse du médecin-conseil de l'organisme assureur, après l'avoir signé et revêtu de la mention "bon pour accord" et ce, dans un délai impératif de quinze jours suivant la date d'envoi de la lettre de réserves par l'organisme assureur. Un désaccord de l'assuré quant aux réserves ou l'absence de renvoi d'un exemplaire signé de la lettre dans le délai de quinze jours visé ci-dessus, empêche l'adhésion au contrat, et s'il y a lieu, la cotisation versée est intégralement remboursée par l'organisme assureur.

## Article 7 Information des membres participants

### § 1 - Lors de la demande d'adhésion au contrat

Conformément à l'article L.221-6 du Code de la mutualité, le souscripteur remet à chaque futur adhérent, un bulletin d'adhésion, les statuts d'AGMF Prévoyance et la présente notice d'information définissant les garanties, leurs modalités d'application et les conditions d'exercice de la faculté de renonciation, ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistres.

### § 2 - Lors d'une modification du contrat par l'organisme assureur

En cas de modification du contrat collectif, le groupement souscripteur remet à chaque membre participant, avant la date d'application prévue, une information écrite établie par AGMF spécifiant les aménagements apportés et, le cas échéant, la réédition de la notice d'information.

En cas de désaccord sur les modifications qui lui seraient applicables, le membre participant a la faculté de dénoncer son adhésion par lettre recommandée avec demande d'avis de réception dans les trente jours suivant la communication de cette information (article L.221-6 alinéa 2 du Code de la mutualité). Dans ce cas, l'adhésion sera résiliée le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la notification de cette dénonciation.

Jusqu'à la date d'effet de cette dénonciation, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer, sauf si les modifications opérées par l'organisme assureur sont d'ordre public et en conséquence d'application immédiate.

## Article 8 Durée, renouvellement, résiliation de l'adhésion et du contrat collectif

### § 1 - Durée de l'adhésion et tacite reconduction

Sauf stipulation contraire au certificat d'adhésion, l'adhésion est souscrite pour une durée expirant le 31 décembre de l'année d'adhésion.

Elle est ensuite renouvelable annuellement par tacite reconduction pour une durée de douze mois, jusqu'à la date terme des garanties visée à l'article 3 § 5 sauf résiliation par l'organisme assureur, les groupements souscripteurs ou le membre participant dans les conditions décrites ci-dessous.

La tacite reconduction ne peut en aucun cas être supérieure à un an.

### § 2 - Résiliation de l'adhésion

Le membre participant peut résilier son adhésion chaque année par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée avant le 31 octobre pour prendre effet au 31 décembre suivant.

L'organisme assureur procède à la résiliation de l'adhésion en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 14 ci-après.

La résiliation met fin définitivement à l'assurance et prive de tout droit à prestation l'assuré ou les bénéficiaires pour l'incapacité de travail ou l'invalidité consécutive à une maladie ou à un accident survenu postérieurement à la date de résiliation. Aucun remboursement de cotisation ne peut intervenir pour les périodes antérieures à la résiliation.

L'adhésion est résiliée de plein droit à l'échéance annuelle en cas de dénonciation par le membre participant opérée notamment en application des dispositions des articles 7 § 2 et 9 § 1.

### § 3 - Résiliation du contrat collectif

Les groupements souscripteurs peuvent résilier le contrat d'assurance, par lettre recommandée, avec accusé de réception, adressée avant le 31 octobre pour une prise d'effet au 31 décembre.

En outre, après l'expiration d'un délai de deux ans suivant son adhésion, l'organisme assureur proposera en application à l'article 6 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 « dite loi ÉVIN », à tout adhérent au présent contrat n'ayant pas atteint l'âge de la retraite, qui lui en fera la demande, d'adhérer à une Formule de garanties correspondant aux garanties dont il bénéficiait avant cette résiliation aux conditions tarifaires de la catégorie dont il relève.

La résiliation du contrat collectif est sans effet sur les prestations à verser au titre des sinistres survenus antérieurement à la date de résiliation. Les prestations continuent d'être versées jusqu'à leur terme sur la base des montants atteints à la date de résiliation.

## Article 9 Modification de l'adhésion au contrat collectif

### § 1 - À la demande du membre participant

Le membre participant peut demander à tout moment un aménagement de son contrat (augmentation ou diminution du niveau de ses garanties, augmentation ou diminution de franchises, modification de l'option de souscription), sous réserve d'en formuler la demande par lettre.

La demande d'augmentation du niveau des garanties ou de diminution des franchises est soumise aux mêmes conditions de limite d'âge et d'acceptation qu'une adhésion nouvelle, les règles de prise d'effet des garanties n'étant applicables que sur le complément. En cas de refus, le contrat continue à s'appliquer sur ses anciennes bases après application, le cas échéant, de la clause d'indexation de la prestation garantie.

En cas de diminution des garanties, la nouvelle garantie ne peut prendre effet avant le 1<sup>er</sup> janvier suivant.

Toutefois, pour les garanties en cas d'« incapacité temporaire totale » et d'« incapacité permanente » (prévoyant le versement d'« indemnités journalières » et d'une « rente invalidité »), en cas de diminution de garanties justifiée par une baisse des revenus ou des frais professionnels de l'assuré par rapport à ceux sur la base desquels sont appelées les cotisations, la demande peut être formulée à tout moment. La nouvelle garantie prend effet à la date de la demande : dans ce cas, l'adhérent a droit au remboursement de la fraction de cotisation payée d'avance et afférente à la part de garantie qui n'est plus assurée.

La modification apportée donne lieu à l'émission d'un avenant au certificat d'adhésion.

### § 2 - À la demande de l'organisme assureur ou du groupement souscripteur

Les modifications du contrat et/ou des tarifs de la garantie, approuvées par le Conseil d'Administration de l'organisme assureur, font l'objet d'un avenant signé entre ce dernier et les groupements souscripteurs et prennent effet à la date stipulée par celui-ci.

Le membre participant a la possibilité de refuser cette modification en dénonçant son adhésion dans les conditions de l'article 7 § 2 de la présente notice.

Les modifications souhaitées par les groupements souscripteurs seront formulées auprès de l'organisme assureur par lettre adressée avant le 30 septembre précédant l'échéance annuelle. Elles ne peuvent prendre effet qu'à la date du renouvellement annuel (1<sup>er</sup> janvier suivant).

## Article 10 Fausse déclaration

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, les garanties accordées sont nulles en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'organisme assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque (article L.221-14 du Code de la mutualité).

Aucune prestation et aucun remboursement de cotisation ne peuvent intervenir. Le bénéficiaire est déchu de tout droit aux garanties.

Dans le cas où les faits délictueux ne sont constatés qu'après le versement de la prestation, l'organisme assureur en poursuit le recouvrement.

Conformément à l'article L.221-15 du Code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent ou de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité des garanties prévues au certificat d'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, l'organisme assureur a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'adhérent ; à défaut d'accord de celui-ci, les garanties prennent fin dix jours après notification adressée par lettre recommandée, la portion de cotisation payée pour le temps où les garanties ne courent plus lui étant restituée.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Au titre des garanties décès, il est fait application des dispositions de l'article L.223-25 du Code de la mutualité<sup>(1)</sup>.

(1) *Reproduction de l'article L.223-25 du Code de la mutualité : "Par dérogation aux dispositions de l'article L.221-14, l'erreur sur l'âge du membre participant n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve, lors de l'adhésion ou de la signature du contrat collectif, en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les règlements de la mutuelle ou de l'union.*

*Dans tout autre cas, si, par suite d'une erreur de ce genre, la cotisation payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital ou la rente garantis sont réduits en proportion*

*de la cotisation perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable du membre participant. Si, au contraire, par suite d'une erreur sur l'âge du membre participant, une cotisation trop forte a été payée, la mutuelle ou l'union est tenue de restituer la portion de cotisation qu'elle a reçue en trop sans intérêt."*

## Article 11 Forclusion, prescription et garantie des droits de l'assuré

### § 1 - Forclusion

L'assuré, le bénéficiaire ou son représentant sont tenus de se conformer aux délais de déclaration de sinistre et de demande de prestations visés dans la présente notice.

### § 2 - Prescription

Conformément aux articles L. 221-11 et L. 221-12 du Code de la mutualité, toutes les actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- › en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
- › en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription telles que définies par les articles 2240 et suivants du Code civil :

- › reconnaissance par une des parties du droit de l'autre partie,
- › demande en justice, même en référé,
- › acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue dans les cas ci-après :

- › désignation d'expert à la suite d'un sinistre,
- › envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (par AGMF-Prévoyance au membre participant en ce qui concerne le paiement de la prime ; par le membre participant à AGMF-Prévoyance en ce qui concerne le règlement de la prestation).

### § 3 - Réclamation et Médiation

Pour toute réclamation concernant l'application du présent contrat, l'assuré peut écrire :

- › par courrier à AGMF Prévoyance - Service Réclamation - 34 boulevard de Courcelles 75 809 Paris cedex 17,
- › ou par email à [reclamations.agmf@gpm.fr](mailto:reclamations.agmf@gpm.fr).

Si l'assuré est en désaccord avec la position retenue et après épuisement des procédures internes, la Médiation de l'Assurance peut être saisie, à condition qu'aucune action judiciaire n'ait été engagée.

L'assuré peut à ce titre :

- › envoyer un dossier écrit à « La Médiation de l'Assurance » TSA 50 110 - 75 441 Paris cedex 09, comportant les informations suivantes : le nom de l'assuré : « AGMF Prévoyance », les dates des principaux événements à l'origine du différend et un bref résumé du litige, les décisions ou réponses d'AGMF Prévoyance qui sont contestées, la photocopie des courriers échangés, le numéro du contrat d'assurance et celui du dossier en cas de sinistre.
- › ou saisir en ligne le Médiateur en complétant un formulaire de saisine sur le site de la Médiation de l'Assurance : <http://www.mediation-assurance.org>.

L'avis motivé du Médiateur, rendu en droit ou en équité, est notifié dans les trois mois de sa saisine.

Cet avis ne lie pas les parties, l'assuré conserve le droit de saisir les tribunaux. Cet avis est également confidentiel, les parties s'interdisant d'en faire état devant les tribunaux.

### § 4 - Autorité de contrôle

L'organisme assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout 75 436 PARIS cedex 09.

### § 5 - Informatique et Libertés

Le responsable de traitement est AGMF Prévoyance.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à gérer les adhésions et les relations avec les adhérents et, le cas échéant, leurs bénéficiaires ou ayants droit ; ce traitement informatique permet aussi la diffusion des propositions commerciales, informations et animations de la part d'AGMF Prévoyance.

Les données recueillies sont conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle et au-delà, conformément aux délais de prescription prévus aux dispositions contractuelles. AGMF Prévoyance met également en oeuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Les destinataires des données sont le personnel d'AGMF Prévoyance, ses mandataires (Caisse de Sécurité Sociale, etc.) et les entités assurantielles de Groupe Pasteur Mutualité, étant rappelé que les seuls destinataires des données relatives à la santé sont le médecin conseil d'AGMF Prévoyance et le personnel expressément habilité par ce dernier ; ainsi que, le cas échéant, les partenaires contractuels et institutionnels d'AGMF Prévoyance, en fonction des choix exprimés et modifiables sur demande.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée, les adhérents et leurs bénéficiaires ou ayants droit bénéficient d'un droit d'accès et de rectification aux informations les concernant, qu'ils peuvent exercer en s'adressant à AGMF Prévoyance - CIL - 34, boulevard de Courcelles, 75809 Paris cedex 17.

Ils disposent, en outre, d'un droit d'inscription sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique qu'ils peuvent exercer auprès de la SAS OPOSETEL, 92-98 boulevard Victor Hugo, 92 110 CLICHY.

Ils peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des

données les concernant; étant rappelé que l'exercice de ce droit d'opposition peut empêcher la souscription ou l'exécution des présentes garanties.

## Article 12 Subrogation

Pour le risque incapacité de travail, l'organisme assureur est subrogé de plein droit à l'assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses exposées par l'organisme assureur, à due concurrence de la part d'indemnité mise à charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégralité physique de la victime (en application de l'article L.224-9 du Code de la mutualité).

En est exclue la part d'indemnité à caractère personnel correspondant aux souffrances physiques et/ou morales endurées par la victime et aux préjudices esthétique et d'agrément.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

## CHAPITRE II - COTISATIONS

### Article 13 Paiement de la cotisation et exonération

#### § 1 - Modalités de paiement

La cotisation annuelle et, s'il y a lieu, les taxes y afférentes selon la réglementation en vigueur, sont payables d'avance aux dates d'échéance prévues sur l'appel de cotisation lors de l'adhésion puis lors du renouvellement. Elle est payée par le membre participant ou toute autre personne y ayant intérêt ou agissant pour son compte.

La première cotisation est calculée à compter de la date de l'acceptation de l'adhésion au contrat collectif et jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

La dernière cotisation précédant la résiliation de plein droit de l'adhésion ou du contrat à son terme visé à l'article 3 § 5 est calculée prorata temporis sur la période allant jusqu'à la date du terme.

Le règlement s'effectue par prélèvement automatique ou par chèque.

Pour les souscriptions par tablette numérique en « face à face », le montant des cotisations et les dates d'échéance sont indiqués dans le formulaire tablette lors de cette adhésion.

Elles sont payables d'avance aux dates d'échéance mentionnées sur l'appel de cotisation lors de l'adhésion puis lors de son renouvellement.

Le règlement s'effectue par prélèvement automatique.

#### § 2 - Possibilité de fractionnement

La cotisation annuelle peut donner lieu, à la demande du membre participant, et sous réserve d'opter pour le prélèvement automatique, à un paiement fractionné, semestriel, trimestriel ou mensuel.

#### § 3 - Révision de la cotisation

Indépendamment des conséquences de l'indexation visée à l'article 15, la

cotisation peut être révisée lors du renouvellement annuel de l'adhésion, compte tenu de l'âge atteint par l'assuré, au regard des dispositions prévues par le tarif en vigueur ou, le cas échéant, suite à la modification du tarif portée à la connaissance du membre participant dans les conditions visées aux articles 7 et 9.

#### § 4 - Exonération du paiement de la cotisation en cas d'« invalidité permanente » (disposition concernant la garantie prévoyant le versement d'une « rente invalidité »)

La cotisation cesse d'être due à compter du premier jour du trimestre civil qui suit la prise en charge de l'assuré au titre d'une invalidité entraînant le paiement de la rente à taux plein, conformément aux articles 23-1 à 23-3 ci-dessous, et ce, jusqu'au premier jour du trimestre civil qui suit la reconnaissance par l'organisme assureur d'un taux d'invalidité inférieur à 66%.

### Article 14 Non-paiement de la cotisation

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, le membre participant peut être exclu du groupe.

L'exclusion intervient dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure par l'organisme assureur.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration de ce délai, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties au contrat collectif. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le membre participant.

## CHAPITRE III - PRESTATIONS GARANTIES

### SECTION 1 - Dispositions communes aux prestations garanties

#### Article 15 Indexation des prestations garanties

Le montant de la prestation prévue au certificat d'adhésion est indexé au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année sur l'évolution, constatée au cours de la dernière période de juillet à juillet, de la moyenne arithmétique des trois indices suivants : valeur de service du point de retraite de l'AGIRC, salaire plafond mensuel de la Sécurité Sociale, indice mensuel des prix à la consommation série France entière publié par l'INSEE.

L'application éventuelle de cette indexation aux garanties « indemnités journalières complémentaires des régimes professionnels » est décidée chaque année par le Conseil d'Administration de l'organisme assureur.

La cotisation annuelle subit la même indexation, sous réserve de la possibilité d'une révision annuelle par application des articles 9 § 2 et 13 § 3.

L'adhérent reçoit, avant la date de renouvellement annuel de son adhésion, un état des garanties souscrites lui indiquant le montant de la prestation et de la cotisation pour la nouvelle période annuelle d'assurance, tenant compte de l'indexation visée au premier alinéa.

L'adhérent a la possibilité de renoncer à l'indexation de la prestation garantie en informant l'organisme assureur par lettre adressée avant le 31 décembre.

Cette renonciation a un caractère définitif sauf augmentation de la garantie dans les conditions visées à l'article 9 § 1.

#### Article 16 Risques exclus

##### § 1

L'organisme assureur ne prend pas en charge les « incapacités de travail » et les « invalidités » résultant :

- 1/ de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre ;
- 2/ de faits de guerre civile ;
- 3/ du fait intentionnel causé ou provoqué par l'assuré ;
- 4/ de luttes, duels, rixes (sauf en cas de légitime défense) ou d'agressions auxquels l'assuré participe activement ;
- 5/ du fait d'émeutes, d'insurrections, d'actes de terrorisme ou de sabotage quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active ;
- 6/ des effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiations provenant de la transmutation des noyaux d'atomes ou de la radioactivité ainsi que les radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules, à l'exception de ces



mêmes effets lorsqu'ils sont subis ou provoqués dans le cadre d'une thérapeutique médicale;

**7/** du risque de navigation aérienne, lorsque l'assuré se trouvait à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote ne possédant pas de brevet pour l'appareil utilisé ou de licence valide, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même;

**8/** de la participation à des courses en haute montagne; on entend par courses en haute montagne les randonnées remplissant les deux conditions ci-après:

- › nécessiter des équipements particuliers en vue d'escalades ou du franchissement de zones de rochers ou de passages de glaciers;
- › être effectuées dans une zone d'altitude située au-dessus de la moyenne montagne, constituée en totalité de roches, glaces ou neiges éternelles ou en tout état de cause au-dessus de 3 000 mètres d'altitude;

**9/** de la plongée subaquatique avec utilisation d'appareil respiratoire;

**10/** de la spéléologie;

**11/** de la pratique de sports aériens, et notamment vols sur aile volante, ULM, deltaplane, vol à voile, parachutisme, parachutisme ascensionnel, parapente, saut à l'élastique, voltige aérienne;

**12/** de tous sports nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur, à titre professionnel ou amateur et de tous sports à titre professionnel;

**13/** de la participation à des matchs, paris, défis, courses, raids, acrobaties, tentatives de records, essais préparatoires ou de réception d'un engin, sauf compétition normale concernant un sport dont la pratique n'est pas exclue par les alinéas précédents (par compétition normale, il faut entendre toute compétition organisée selon la pratique ou la coutume dans le sport considéré);

**14/** de la grossesse et de ses suites normales. Les complications de la grossesse, c'est-à-dire la grossesse pathologique, l'accouchement pathologique et les suites pathologiques d'un accouchement sont considérées comme des maladies: elles sont prises en charge sous condition du délai d'attente prévu à l'article 3 § 4 - cet sous déduction d'une période franche de 8 semaines également réparties avant et après la date prévue de l'accouchement;

**15/** d'une lombalgie sans support organique: souffrance dorsale qu'aucune cause physique (lésion, microlésion, usure...) constatable médicalement par tout moyen (radio, IRM, scanner...) ni aucune pathologie, ne peut expliquer.

Par ailleurs, sont également exclues de la garantie en cas d'« incapacité de travail », les périodes correspondant à des séjours dans des établissements de cure et de repos sauf si elles sont prescrites médicalement et font suite d'une manière ininterrompue à un arrêt de travail d'au moins 30 jours.

L'« incapacité de travail » de l'assuré résultant d'un accident, imputable ou à un accident ou un accident de la circulation, dû à:

- › l'ivresse de l'assuré présentant un taux d'alcoolémie égal ou supérieur aux taux réglementaires en vigueur au jour du sinistre définis par l'article R.234-1 (alinéa 1<sup>er</sup>) du Code de la Route,
- › l'usage de drogues ou de stupéfiants non prescrits médicalement, se verra appliquer le délai de franchise prévu en cas de maladie visé à l'article 20 et non celui réduit en cas d'accident.

## § 2

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, au titre de la garantie prévoyant le versement d'un « capital invalidité - perte de profession », sont exclus les sinistres résultant:

- 1/** du fait intentionnellement causé ou provoqué par l'assuré;
- 2/** des démonstrations, raids, acrobaties;
- 3/** des compétitions nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur (la compétition s'entend des différentes épreuves composant une lutte sportive faisant l'objet d'une organisation officielle);
- 4/** de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide;
- 5/** de vols sur aile volante, ULM, delta plane;
- 6/** de la spéléologie.

## § 3

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, au titre de la garantie « capital invalidité - accident » sont exclus:

- 1/** les accidents causés ou provoqués intentionnellement par l'assuré ou ceux imputables à l'aliénation mentale de celui-ci;
- 2/** les accidents résultant de la participation de l'assuré à un duel, ou consécutifs à des rixes (sauf en cas de légitime défense) ou à des émeutes lorsque la participation de l'assuré a été volontaire;

**3/ a)** les accidents liés à des risques aériens encourus à l'occasion de compétitions, vols sur aile volante, vols sur ULM;

b) les accidents liés à des raids, acrobaties, vols d'essais, vols sur prototypes, tentatives de records, sauts effectués avec des parachutes non homologués;

**4/** les accidents provoqués par l'usage de véhicules à moteur à l'occasion de compétitions ou de rallyes de vitesse;

**5/** les accidents résultant de la participation à des courses en haute montagne au sens des dispositions du § 1-9° ci-dessus;

**6/** les accidents résultant de faits de guerre;

**7/** les accidents liés à la plongée subaquatique avec utilisation d'appareil respiratoire et à la spéléologie;

**8/** les accidents résultant:

- › de l'ivresse de l'assuré présentant un taux d'alcoolémie égal ou supérieur aux taux réglementaires en vigueur au jour du sinistre, définis à l'article R.243-1 (alinéa 1<sup>er</sup>) du Code de la Route;
- › de l'usage de drogues ou de stupéfiants non prescrits médicalement

## § 4 - Levées d'exclusions

Par dérogation aux dispositions qui précèdent, les exclusions de risques concernant les activités sportives non professionnelles visées aux § 1-9° à 13°, § 2-5° et 6°, § 3-3°-a, 5° et 7° ci-dessus peuvent être levées, sur demande de l'adhérent effectuée, soit lors de l'adhésion au contrat, soit en cours d'adhésion, dans les conditions prévues à l'article 9 et moyennant le paiement d'une cotisation annuelle supplémentaire.

Pour permettre à l'assureur de se prononcer sur l'acceptation de la garantie sollicitée, l'adhérent doit lui faire parvenir une demande circonstanciée et signée décrivant la nature et les conditions d'exercice de l'activité sportive considérée (lieu, fréquence, période annuelle...). En outre, l'organisme assureur se réserve le droit de demander au postulant à l'assurance ou à l'adhérent tout renseignement complémentaire nécessaire à une exacte appréciation du risque.

Les exclusions levées sont mentionnées au certificat d'adhésion.

## § 5 - Conséquences de l'application des exclusions

Aucune prestation n'est due lorsque le sinistre entre dans l'un des risques exclus définis ci-dessus, sous réserve de l'application des dispositions du § 4 précité et aucun remboursement de cotisation ne peut intervenir.

## Article 16 bis Territorialité des garanties

S'agissant des périodes d'incapacité pour lesquelles l'assuré se trouve hors du territoire français, celle-ci sont prises en charge uniquement si celui-ci reste affilié à un régime de Sécurité Sociale ou d'assurance obligatoire français et que son domicile fiscal demeure établi en France.

La constatation médicale de l'état de santé devra être effectuée sur le sol français.

Les frais éventuellement engagés par l'assuré pour se rendre à la convocation médicale de l'assureur sur le sol français restent à la charge de l'assuré. Les honoraires du médecin désigné par l'assureur sont pris en charge par ce dernier.

## Article 17 Examen médical et contrôle de l'assuré

Pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations, l'organisme assureur se réserve le droit de faire subir à l'assuré qui ne peut s'y soustraire sous peine de non-application de la garantie, un examen médical, soit par son propre médecin-conseil, soit par un médecin choisi en dehors du médecin traitant, qui ne peut être l'assuré lui-même.

La convocation à cet examen a lieu au plus tard dans les 30 jours suivant la réception de l'intégralité des pièces justificatives visées au Chapitre IV ci-après, pour chaque garantie.

L'organisme assureur peut également soumettre l'assuré à tous actes, investigations ou examens complémentaires liés au contrôle de son état de santé.

En outre, l'organisme assureur se réserve la possibilité de faire procéder à tous contrôles et enquêtes administratifs.

L'organisme assureur est fondé à suspendre le service des indemnités journalières si les pièces justificatives demandées ne sont pas fournies par l'assuré.

En cas de changement, même provisoire, de l'adresse où l'assuré peut être visité, celui-ci doit préalablement en avvertir l'organisme assureur; en tout état de cause les sorties ne sont autorisées qu'aux heures prévues par la réglementation applicable aux assurés sociaux.

Sous peine de déchéance des garanties, lorsque le sinistre intervient à l'étranger, ces examens doivent avoir lieu sur le sol français. Les frais éventuellement engagés par l'assuré pour se rendre à la convocation médicale de l'assureur sur le sol français restent à la charge de l'assuré. Les honoraires du médecin désigné par l'assureur sont pris en charge par ce dernier.

## Article 18 Litiges médicaux

En cas de contestation portant sur l'état d'incapacité ou d'invalidité, sur le caractère total et irréversible de la perte d'autonomie de l'assuré ou sur sa date, le différend peut être apprécié en dernier ressort par un médecin-arbitre désigné d'un commun accord par le médecin-conseil de l'organisme assureur et le médecin-traitant qui ne peut être l'assuré lui-même.

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le troisième médecin serait désigné, sur la demande de la partie la plus diligente, par le Président du Tribunal de Grande Instance du département dans le ressort duquel se trouve la résidence de l'assuré.

Les honoraires du tiers expert sont à la charge de l'organisme assureur. Toutefois, dans le cas où le tiers expert confirmerait la décision prise par l'organisme assureur à l'égard de l'intéressé, les honoraires et les frais de nomination seraient alors à la charge de ce dernier.

### SECTION 2 - Dispositions spécifiques à la Garantie « incapacité temporaire totale » de travail

## Article 19 Prestations versées en cas d'« incapacité temporaire totale de travail »

**1/ Définition** : l'organisme assureur verse les indemnités mentionnées au certificat d'adhésion en cas d'« incapacité temporaire totale » de travail médicalement constatée d'un assuré débutant à compter de la date d'effet de l'adhésion, et résultant d'une maladie ou d'un accident n'ayant pas fait l'objet d'une exclusion mentionnée au certificat d'adhésion et à l'article 16 de la notice d'information.

Est considéré en état d'« incapacité temporaire totale » de travail, l'assuré qui se trouve momentanément dans l'impossibilité absolue d'exercer son activité professionnelle.

Peuvent être versées selon les garanties prévues au certificat d'adhésion et sous réserve des conditions énoncées dans la présente notice :

- › si l'adhérent a choisi l'option sur son bulletin d'adhésion :
  - une « indemnité journalière en complément du régime professionnel »
  - une « indemnité journalière de longue durée »
  - une « indemnité journalière frais professionnels »
  - une « indemnité journalière de remplacement »
- › et le cas échéant :
  - une « indemnité journalière en cas de mi-temps thérapeutique »
  - une « indemnité journalière maternité »
  - une « prestation journalière pour la garde d'enfants hospitalisés »
  - une « prestation journalière pour traitements oncologiques ambulatoires »
  - une « indemnité journalière paternité »
  - une « indemnité journalière aide aux aidants »

### 2/ Notion de « Crédit d'indemnisation » :

Les prestations sont versées dans la limite d'un « Crédit d'indemnisation ». Ce crédit, qui correspond à la durée de l'indemnisation contractuelle, peut être épuisé en un ou plusieurs arrêts de travail.

Si un nouvel arrêt intervient, même au titre d'une pathologie différente, après une reprise de moins d'un an, la durée de l'indemnisation possible s'entend déduction faite du nombre de jours indemnisés lors de l'arrêt de travail précédent. Les droits de l'assuré sont donc ouverts pour le crédit d'indemnisation restant.

Toutefois, si l'assuré a repris le travail pendant au moins un an continu, la durée d'indemnisation contractuelle est intégralement reconstituée.

**3/ Durée de l'indemnisation garantie et franchises appliquées** : la durée de l'indemnisation est égale à la période de couverture prévue au certificat d'adhésion. Cette indemnisation ne débute, sauf dispositions contraires, qu'à l'issue d'une franchise également fixée au certificat d'adhésion.

**Troubles psychopathologiques** : en cas d'arrêt de travail consécutif à des troubles psychopathologiques, la durée de franchise de 7, 14 et 30 jours est portée à 60 jours. Pour les professions médicales\*, elle est portée à 30 jours.

\* au sens de la définition mentionnée à l'article 2 ci-dessus.

### 3-1 Durée d'indemnisation de la Garantie « indemnités journalières complémentaires au régime professionnel » :

Elle s'étend, pour le régime :

- › CARMF (médecins libéraux) : du 15<sup>ème</sup> au 90<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail
- › CARPIMKO (infirmières, masseurs, kinés, paramédicaux libéraux) : du 15<sup>ème</sup> au 90<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail
- › CARCDSF (chirurgiens-dentistes) : du 15<sup>ème</sup> au 90<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail
- › CNBF (avocats) : du 15<sup>ème</sup> au 90<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail
- › CARCDSF (sages-femmes) : du 15<sup>ème</sup> au 90<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail
- › CARPV (vétérinaires) : du 15<sup>ème</sup> au 365<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail
- › DES ARTISANS INDUSTRIELS COMMERÇANTS : du 31<sup>ème</sup> au 90<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail

### 3-2 Durée d'indemnisation de la Garantie

« indemnités journalières de longue durée » :

On entend par franchise la période d'arrêt se situant entre le point de départ de l'arrêt de travail et le point de départ de la garantie. La franchise est calculée lors de chaque arrêt de travail.

Toutefois, en cas d'arrêts de travail successifs d'une durée inférieure ou égale au délai contractuel de franchise, liés à la même cause de survenance et intervenant moins d'une année après la reprise, la franchise peut être discontinuée : l'ensemble des périodes d'arrêt de travail susvisées sont alors totalisées pour le calcul de sa durée.

Il existe plusieurs franchises : 7 jours, 14 jours, 30 jours, 60 jours, 90 jours, 180 jours, 365 jours, 730 jours.

La franchise de 7 jours est réservée aux professions médicales\* et paramédicales (hors infirmières). La franchise de 14 jours est réservée aux professions médicales\*, paramédicales, libérales et salariées cadres. Les franchises de 30 et 60 jours peuvent être choisies par les artisans et les commerçants. Les franchises de 60, 180, 365 et 730 jours sont adaptées aux professionnels exerçant en groupe.

Troubles psychopathologiques : Voir précisions au 3/.

La durée d'indemnisation s'étend jusqu'au 1 095<sup>ème</sup> jour sauf pour les auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral, affiliés à la CARPIMKO et dont l'adhésion est postérieure au 1<sup>er</sup> octobre 2015 pour lesquels la durée d'indemnisation cesse :

- › au 365<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail ou, le cas échéant,
- › à la date de cessation du versement de la rente temporaire par le régime obligatoire de la CARPIMKO au titre d'une incapacité totale temporaire de l'assuré dans la limite du 1 095<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail.

\* au sens de la définition mentionnée à l'article 2 ci-dessus

### 3-3 Nouveaux termes de l'indemnisation appliqués dans le cas des prorogations des garanties autorisées à l'article 3 § 5 (hors auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral et affiliés à la CARPIMKO) :

L'indemnisation des arrêts de travail postérieurs à la date d'effet de la prorogation cesse au plus tard :

- › pour la garantie « indemnités journalières de longue durée » : au 365<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail
- › pour la garantie « indemnités journalières frais professionnels » :
  - avec choix du terme avant prorogation au 180<sup>ème</sup> ou 365<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail : au 180<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail
  - avec choix du terme avant prorogation au 730<sup>ème</sup> ou 1095<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail : au 365<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail
- › pour la garantie « indemnités complémentaires au régime professionnel CARPV » : au 180<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail
- › pour la garantie « indemnités journalières de remplacement » : au 180<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail

Le montant de l'indemnité journalière prévoyant le versement d'« indemnités complémentaires au régime professionnel » de la « CARMF », de la « CARCDSF » (chirurgiens-dentistes et sages-femmes), et de la « CNBF » (avocats) est réduit de moitié à compter de la date d'effet de la prorogation de la garantie au-delà de son terme normal précisé à l'article 3 § 5 ci-dessus.

### 3-4 Garantie prévoyant le versement d'« indemnités journalières de remplacement »

Les adhérents exerçant une profession médicale à titre libéral, peuvent bénéficier du versement d'une « indemnité journalière de remplacement » dans les cas et conditions prévues au présent article.

L'indemnité journalière est versée dans la double limite du coût du remplacement de l'assuré (pourcentage rétrocédé du total des honoraires perçus correspondant au remplacement défini contractuellement) et du montant journalier souscrit.

L'indemnité journalière de remplacement est servie à compter du 1<sup>er</sup> jour de remplacement, sans pouvoir être antérieure au 8<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail (franchise de 7 jours), et jusqu'au 365<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail.

**4/ « Réduction de franchises » en cas d'hospitalisation y compris ambulatoire d'un assuré exerçant une profession libérale pour toutes les garanties « indemnités journalières » et d'un assuré exerçant une profession autre que libérale seulement pour les garanties « indemnités journalières » pour une durée allant au moins jusqu'au 365<sup>ème</sup> jour d'incapacité de travail :**

- › si la franchise prévue au certificat d'adhésion est de 7 jours, l'indemnité est versée, dans la limite du crédit d'indemnisation, dès le 3<sup>ème</sup> jour de l'hospitalisation continue ou, dès le 3<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail ayant



débuté par une hospitalisation ambulatoire (hors hospitalisation ambulatoire consécutive à des troubles psychopathologiques).

- si la franchise prévue au certificat d'adhésion est de 14 jours, l'indemnité est versée, dans la limite du crédit d'indemnisation, dès le 3<sup>ème</sup> jour de l'hospitalisation continue ou, dès le 8<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail ayant débuté par une hospitalisation ambulatoire (hors hospitalisation ambulatoire consécutive à des troubles psychopathologiques).
- si la franchise prévue au certificat d'adhésion est de 30 jours, ou d'une durée supérieure (90 jours pour les auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral et affiliés à la CARPIMKO), l'indemnité est versée dès le 3<sup>ème</sup> jour de l'hospitalisation continue et pendant la durée de celle-ci.
- en cas d'hospitalisation consécutive à des troubles psychopathologiques, l'indemnité est versée dès le 3<sup>ème</sup> jour de l'hospitalisation continue et pendant la durée de celle-ci.

#### 5/ « Réduction de franchise » en cas d'accident applicable aux professionnels exerçant à titre libéral :

Lorsque l'incapacité de travail résulte d'un accident, l'indemnité est versée dès le 2<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail.

#### 5-1 « Réduction de franchises » applicables à la Garantie « indemnités journalières de remplacement »

- lorsque l'incapacité de travail résulte d'un accident, l'indemnité est versée dès le 1<sup>er</sup> jour du remplacement sans pouvoir être antérieure au 2<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail
- lorsque l'incapacité de travail résulte de troubles psychopathologiques, l'indemnité est versée dès le 1<sup>er</sup> jour du remplacement sans pouvoir être antérieure au 31<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail
- en cas d'hospitalisation, l'indemnité est versée dès le 1<sup>er</sup> jour du remplacement sans pouvoir être antérieure au 3<sup>ème</sup> jour d'hospitalisation continue
- en cas d'hospitalisation consécutive à des troubles psychopathologiques, l'indemnité est versée dès le 1<sup>er</sup> jour du remplacement sans pouvoir être antérieure au 3<sup>ème</sup> jour d'hospitalisation continu et pendant la durée de celle-ci.

#### 6/ « Réduction de franchise » en cas de rechute intervenant moins d'une année après la reprise du travail :

La franchise n'est pas appliquée. En revanche, si la rechute survient plus d'une année après la reprise du travail, la franchise est appliquée.

La rechute se définit comme l'apparition, à la suite d'un premier état pathologique ayant constitué l'ouverture du droit aux prestations et ayant fait l'objet d'une constatation de reprise du travail, d'un état pathologique dont les caractéristiques sont identiques et provoqué par la même cause que celle ayant entraîné la première cessation d'activité.

#### 7/ Cas particuliers des maladies ou accidents survenant au cours d'une période d'arrêt de travail : ils n'ouvrent pas de nouveau droit permettant d'allonger la durée du crédit d'indemnisation. Assimilés à des rechutes, ces maladies ou accidents permettent cependant la prolongation de l'indemnisation jusqu'à la fin de la période de couverture ou la guérison.

8/ Cas particuliers des interventions chirurgicales successives résultant d'un accident et donnant lieu à une incapacité de travail : les arrêts postérieurs au premier sont assimilés à des rechutes de moins d'un an, même s'ils surviennent plus d'un an après la reprise du travail, sous réserve que l'adhérent puisse faire la preuve que ces interventions sont la conséquence directe et prévisible de l'accident.

#### Article 19 bis Indemnisation du « mi-temps thérapeutique »

Par dérogation à l'article 19, l'adhérent exerçant à titre libéral et titulaire d'une garantie « indemnités journalières de longue durée » et/ou « indemnités journalières de remplacement », et/ou « indemnités journalières frais professionnels » (avec un terme au 365<sup>ème</sup> jour ou plus d'arrêt de travail) peut bénéficier du versement par l'organisme assureur d'une indemnité journalière en cas de mi-temps thérapeutique.

Le montant de l'indemnité journalière est égal à la moitié de/des indemnité(s) journalière(s) effectivement versée(s) au titre de l'incapacité temporaire totale précédant le mi-temps thérapeutique, après déduction, si tel était le cas, de la prestation versée par le régime obligatoire ou de tout autre régime facultatif.

Cette indemnisation est accordée aux conditions cumulatives suivantes :

- l'adhérent doit justifier d'une période d'incapacité temporaire totale d'au moins 45 jours continus indemnisée au titre de chacune des « indemnités journalières » citées ci-dessus et immédiatement suivie de la période de mi-temps thérapeutique,
- l'indemnité journalière « mi-temps thérapeutique » est servie par l'organisme assureur pendant une durée maximum de 180 jours consécutifs,

- la durée de versement de l'indemnité servie s'impute sur la durée d'indemnisation contractuelle de(s) indemnité(s) journalière(s) garantie(s).

#### Article 19 ter Indemnités journalières versées en cas de « maternité »

Les adhérentes exerçant une profession à titre libéral et titulaires d'une garantie « indemnités journalières » en cas d'incapacité temporaire de travail, de courte ou longue durée ou couvrant les « frais professionnels », régie par les dispositions de la présente notice, peuvent bénéficier, sous condition du délai d'attente prévu à l'article 3 § 4-c d'une indemnité journalière maternité, d'un montant égal à 75% de l'« indemnité journalière maternité » en cas de maladie, aux conditions suivantes :

- l'organisme assureur verse cette indemnité journalière pendant une durée maximale de 30 jours, portée à 45 jours au maximum en cas de grossesse multiple
- le plafond global d'indemnisation par grossesse est fixé à 3 500 euros et porté à 5 000 euros pour une grossesse multiple.

La prestation est versée à compter de la date de cessation totale d'activité au titre de la grossesse et au plus tôt à partir du début du congé légal de maternité.

Pour les adhérentes prises en charge au titre d'une grossesse pathologique, la prestation est versée au plus tôt à partir de la période de suspension d'indemnisation de 8 semaines prévue à l'article 16 § 1-15 ci-dessus.

La durée de versement de l'« indemnité journalière maternité » servie est sans incidence sur la durée d'indemnisation contractuelle de l'indemnité journalière à laquelle elle se rattache.

Les dispositions qui précèdent sont applicables aux adhérentes définies ci-dessus en cas d'adoption d'un ou plusieurs enfants. Par dérogation, la prestation est versée à compter de la date d'interruption de l'activité se situant après l'arrivée de l'enfant au foyer et pendant la durée de 30 jours indiquée plus haut ou de 45 jours en cas d'adoptions multiples.

En cas de pluralité de garanties d'incapacité temporaire souscrites auprès d'AGMF et ouvrant droit à l'indemnité journalière de maternité, la prestation n'est versée que dans la limite globale de 3 500 euros par grossesse (ou adoption) ou 5 000 euros en cas de grossesse (ou adoption) multiples pour l'ensemble des contrats concernés.

Cette prestation n'est pas cumulable avec les indemnités journalières versées en cas d'incapacité temporaire de travail et ne peut donc pas faire l'objet d'un versement simultané.

La prestation est versée par virement sur présentation des justificatifs définis à l'article 35-f ci-dessous.

#### Article 19 quater Prestations versées pour la garde d'enfants hospitalisés pendant au moins 15 jours

Les adhérents professionnels libéraux ou indépendants titulaires d'une garantie « incapacité de travail temporaire » (prévoyant le versement d'« indemnités journalières » de courte ou longue durée ou la couverture de « frais professionnels ») bénéficient d'une prestation journalière pour la garde de leur(s) enfant(s) de moins de 18 ans en cas d'hospitalisation de ce(s) dernier(s) en établissement ou au domicile (dans le cadre d'une hospitalisation à domicile) d'au moins 15 jours continus et consécutive à un accident ou à une maladie dont le point de départ est postérieur au délai d'attente prévue à l'article 3 § 4-b, lorsque cette hospitalisation amène l'adhérent à cesser son activité ou à recourir à une garde d'enfant rémunérée.

Cette indemnité est versée dès le 4<sup>ème</sup> jour d'hospitalisation continue et au plus tard jusqu'au 90<sup>ème</sup> jour d'hospitalisation pour la même affection ou le même accident. Le montant de la prestation journalière est de 30 euros, dans la limite du montant de l'indemnité journalière souscrite en cas d'incapacité temporaire si celle-ci est inférieure à ce montant.

En cas de pluralité de garanties « incapacité temporaire » souscrites, la prestation n'est versée qu'une seule fois et dans la limite le cas échéant du montant le plus élevé des garanties souscrites si elles sont inférieures à 30 euros.

La durée de versement de cette prestation n'a pas d'incidence sur la durée d'indemnisation contractuelle de l'indemnité journalière à laquelle elle se rattache.

En cas de maladie ou d'accident de deux enfants ou plus entraînant une hospitalisation simultanée minimale de 15 jours, une seule prestation est versée.

La prestation est versée chaque mois par virement à terme échu et sur présentation des justificatifs définis à l'article 35-g ci-dessous.

## Article 19 quinquies Prestations versées en cas de traitements oncologiques ambulatoires

Les adhérents professionnels libéraux ou indépendants, titulaires d'une garantie « incapacité de travail temporaire » prévoyant le versement d'« indemnités journalières » de courte ou de longue durée, bénéficient d'une prestation journalière pour les périodes prises sur leur temps de travail, sans arrêt de travail prescrit, pendant lesquelles ils effectuent des traitements médicaux lourds anti-cancéreux.

Ces traitements doivent être prescrits médicalement, discontinus, réguliers, nécessiter une absence d'au plus une journée, et être effectués sur plusieurs mois dans un centre hospitalier ou dans un centre agréé.

Cette indemnité est versée par demi-journée de traitement, dans la limite de 15 jours par protocole celui-ci ne pouvant excéder plus de 2 ans.

Tout nouveau protocole ouvre droit à un nouveau crédit d'indemnisation. Néanmoins, une prolongation de protocole ne constitue pas un nouveau protocole.

Le montant de la prestation journalière est de 100% du montant des indemnités journalières souscrites en cas d'incapacité temporaire à l'exclusion de l'« indemnité journalière frais professionnels » et de l'« indemnité journalière de remplacement ».

Cette prestation n'est pas cumulable avec les indemnités journalières versées en cas d'incapacité temporaire de travail et ne peut donc pas faire l'objet d'un versement simultané.

La durée de versement de cette prestation n'a pas d'incidence sur la durée d'indemnisation contractuelle de l'indemnité journalière à laquelle elle se rattache.

La prestation est versée chaque mois par virement à terme échu et sur présentation des justificatifs définis à l'article 35-i ci-dessous.

## Article 19 sexies Indemnités journalières versées en cas de congé « paternité » (accordées uniquement aux adhérents praticiens ou auxiliaires médicaux conventionnés)

L'adhérent praticien ou auxiliaire médical conventionné, exerçant une profession à titre libéral, titulaire d'une garantie « indemnités journalières » en cas d'incapacité temporaire de travail de longue durée, dont la conjointe vient d'accoucher et qui est éligible au bénéfice du congé légal « de paternité et d'accueil de l'enfant », peut bénéficier, sous condition du délai d'attente prévu à l'article 3 § 4-c, d'une « indemnité journalière congé paternité ».

Le montant de cette indemnité est égal à 75% de l'indemnité journalière garantie en cas de maladie à l'exclusion de l'« indemnité journalière frais professionnels » et de l'« indemnité journalière de remplacement » aux conditions suivantes :

- › l'adhérent bénéficie d'une indemnité journalière due au titre du congé légal « de paternité et d'accueil de l'enfant » versée par la Sécurité Sociale ;
- › il a cessé toute activité professionnelle ;
- › l'organisme assureur verse cette indemnité journalière pendant une durée maximale de 5 jours, portée à 10 jours au maximum en cas de grossesse multiple ;
- › le plafond global d'indemnisation par grossesse est fixé à 1 300 euros et porté à 2 100 euros pour une grossesse multiple.

L'adhérent peut bénéficier de cette prestation :

- › s'il est le père de l'enfant, quelle que soit sa situation familiale : mariage, pacte civil de solidarité (PACS), union libre, divorce ou séparation ;
- › ou, dans le cas contraire s'il n'est pas le père, s'il est marié à la mère ou lié à elle par un PACS ou qu'il vit maritalement avec elle, dès lors qu'il peut produire la ou les pièces justificatives qu'il a fournies à la Sécurité Sociale lors de sa demande de congé légal « de paternité et d'accueil de l'enfant » ;
- › quel que soit le lieu de naissance ou de résidence de l'enfant (en France ou à l'étranger), et que l'enfant soit ou non à sa charge. La prestation est versée à compter de la date de cessation totale d'activité au titre du congé légal « de paternité et d'accueil de l'enfant ».

Cette prestation n'est pas cumulable avec les indemnités journalières versées en cas d'incapacité temporaire de travail et ne peut donc pas faire l'objet d'un versement simultané.

La durée de versement de l'indemnité journalière « congé paternité » servie est sans incidence sur la durée d'indemnisation contractuelle de l'indemnité journalière à laquelle elle se rattache.

Les dispositions qui précèdent sont applicables dans les mêmes conditions aux bénéficiaires définis ci-dessus en cas d'adoption d'un ou plusieurs enfants. Par dérogation, la prestation est versée à compter de la date

d'interruption de l'activité se situant après l'arrivée de l'enfant au foyer et pendant la durée de 5 jours indiquée plus haut ou de 10 jours en cas d'adoptions multiples.

En cas de pluralité de garanties d'incapacité temporaire souscrites auprès d'AGMF Prévoyance et ouvrant droit à l'indemnité journalière de « congé paternité », la prestation n'est versée que dans la limite globale de 1 300 euros par grossesse (ou adoption) ou 2 100 euros en cas de grossesse (ou adoption) multiples pour l'ensemble des contrats concernés.

La prestation est versée par virement sur présentation des justificatifs définis à l'article 35-j ci-dessous.

## Article 19 septies Indemnités journalières « aide aux aidants »

Les adhérents, professionnels libéraux ou indépendants, titulaires d'une garantie « incapacité de travail temporaire » (prévoyant le versement d'« indemnités journalières » de courte ou longue durée), bénéficient d'une prestation journalière pour les périodes prises sur leur temps de travail au cours desquelles ils procèdent à la mise en place d'un dispositif de prise en charge d'un de leurs ascendants directs au 1<sup>er</sup> degré devenu dépendant (père et mère de l'adhérent).

L'état de dépendance doit être consécutif à une maladie ou à un accident dont le point de départ est postérieur à la prise d'effet de l'adhésion.

Par dépendance, on entend une incapacité permanente d'effectuer les actes de la vie courante, ayant atteint un stade de stabilisation médicalement constaté, c'est-à-dire que l'état de santé de l'assuré ne devrait pas se modifier de façon significative dans un avenir prévisible.

Cette prestation est versée, par journée, dans la limite de 3 jours consécutifs à compter de la date de cessation totale d'activité de l'assuré qui met en place le dispositif de prise en charge.

Son montant est égal à 100% du montant des indemnités journalières souscrites en cas d'incapacité temporaire à l'exclusion de l'« indemnité journalière frais professionnels » et de l'« indemnité journalière de remplacement ».

Cette prestation n'est pas cumulable avec les indemnités journalières versées en cas d'incapacité temporaire de travail et ne peut donc pas faire l'objet d'un versement simultané.

La durée de versement de cette prestation n'a pas d'incidence sur la durée d'indemnisation contractuelle de l'indemnité journalière à laquelle elle se rattache.

Elle ne peut être versée qu'une seule fois par ascendant direct au 1<sup>er</sup> degré de l'assuré.

Elle est versée par virement sur présentation des justificatifs définis à l'article 35-k ci-dessous.

## Article 20 Service des indemnités journalières

### § 1 - Justificatifs

Après ouverture des droits d'un assuré non salarié, les paiements sont effectués mensuellement par virement après envoi des justificatifs de l'arrêt de travail pour la période à indemniser.

Après ouverture des droits d'un assuré salarié, les paiements sont effectués mensuellement au fur et à mesure de la réception des originaux des volets de décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité Sociale.

### § 2 - Délai de déclaration

L'assuré qui reprend son travail, même partiellement, doit le déclarer à l'organisme assureur dans les 5 jours.

### § 3 - Suspension du service des prestations

Lorsqu'un assuré en arrêt de travail ne fournit pas en temps voulu les pièces exigées, le service des prestations est suspendu. Le service peut reprendre lorsque l'assuré a régularisé sa situation.

## Article 21 Terme du service des indemnités journalières

Le service des prestations prend fin :

- › à la reprise d'activité, même à temps partiel, sauf indemnisation du mi-temps thérapeutique, dans les cas et conditions définis à l'article 19 bis ci-dessus
- › à la date constituant le terme des garanties, visée à l'article 3 § 5
- › au jour du décès de l'assuré bénéficiaire
- › au jour où, du fait de l'évolution de l'état de santé de l'assuré, celui-ci ne remplit plus les conditions requises pour bénéficier des indemnités journalières
- › après épuisement du crédit d'indemnisation (cf. article 19).
- › Le service l'« indemnité journalière de longue durée » pour les auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral affiliés à la CARPIMKO et dont l'adhésion

est postérieure au 1<sup>er</sup> octobre 2015, prend fin au jour du terme de versement de l'allocation journalière d'inaptitude servie par le régime obligatoire de la CARPIMKO ou à la date de cessation du versement de la rente temporaire par le régime obligatoire de la CARPIMKO au titre d'une incapacité totale temporaire de l'assuré dans la limite du 1 095<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail.

- Le service de l'« indemnité journalière de maternité » définie à l'article 19 ter ci-dessus prend fin lorsque le plafond global d'indemnisation par grossesse ou adoption est atteint.
- Le service de l'« indemnité journalière de traitements oncologiques ambulatoires » définie à l'article 19 quinquies ci-dessus prend fin lorsque le plafond global d'indemnisation par protocole est atteint.
- Le service de l'« indemnité journalière de congé paternité » définie à l'article 19 sexies ci-dessus prend fin lorsque le plafond global d'indemnisation par grossesse ou adoption est atteint.
- Le service de l'« indemnité journalière aide aux aidants » définie à l'article 19 septies ci-dessus prend fin lorsque le plafond global d'indemnisation est atteint.
- Pour la garantie prévoyant la couverture des « frais professionnels », le service de la prestation prend fin :
  - 90 jours après la date de consolidation<sup>(1)</sup> d'une incapacité totale de travail devenue définitive (assimilation à la 2<sup>ème</sup> catégorie Sécurité Sociale telle qu'elle est définie à l'article L.341-4 du Code de la Sécurité Sociale<sup>(2)</sup>)
  - 90 jours après la date de la cession par l'assuré de sa clientèle.
- Pour la garantie prévoyant le versement d'« indemnités journalières de remplacement », le service de la prestation prend fin, outre les cas exposés ci-dessus, dès lors qu'il est mis un terme au contrat de remplacement.

(1) On considère que l'état de santé est consolidé à partir du moment où la pathologie n'est plus susceptible d'évoluer ou encore, à partir du moment où les traitements médicaux et chirurgicaux ne sont plus susceptibles d'apporter une amélioration supplémentaire.

(2) Reproduction du texte de l'article L.341-4 du Code de la Sécurité Sociale : « En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés comme suit :

- 1°) invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
- 2°) invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
- 3°) 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. »

## Article 22 Revalorisation des indemnités journalières servies

Les prestations en cours de service peuvent être revalorisées au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année par décision du Conseil d'Administration de l'organisme assureur par référence à l'indexation des prestations garanties en application de l'article 15 ci-dessus dans la limite de la provision pour participation aux bénéficiaires visée à l'article D.212-1 du Code de la mutualité.

Les revalorisations attribuées restent acquises à titre définitif tant que la prestation est due. En cas de résiliation du contrat, les indemnités journalières en cours de service continuent à être versées jusqu'au terme contractuel sur la base des montants atteints à la date de la résiliation.

### SECTION 3 - Dispositions spécifiques à la Garantie « invalidité permanente » (prévoyant le versement d'une « rente invalidité »)

## Article 23 Définition des prestations garanties : la rente « invalidité »

Les garanties et Formules proposées sont ainsi définies :

- Formule 1 et Formule 3 - Garantie en cas d'invalidité permanente totale ou partielle ≥ 33% avec évaluation du taux d'invalidité selon un barème croisé incapacité fonctionnelle / incapacité professionnelle.**  
La Formule 1 est à ce jour fermée à la souscription.  
La Formule 3 est ouverte aux professionnels libéraux et aux salariés cadres.
- Formule 2 - Garantie en cas d'invalidité permanente totale ≥ 66% :** cette Formule est ouverte aux salariés ainsi qu'aux artisans, commerçants et travailleurs indépendants.
- Formule 4 - Garantie en cas d'invalidité permanente totale ou partielle ≥ 33% avec évaluation du taux d'invalidité sur la base de la seule incapacité professionnelle.**  
La Formule 4 est recommandée plus particulièrement aux professions libérales ayant une activité chirurgicale ou manuelle importante et pour les auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral et affiliés à la CARPIMKO.

La définition des prestations garanties au titre de chacune de ces Formules ou garanties figure aux articles 23-1 à 23-3 ci-après.

Le certificat d'adhésion mentionne la Formule souscrite.

## Article 23-1 Garantie en cas d'invalidité permanente totale ≥ 66% : Formule 2

### § 1 - Définition et évaluation de l'invalidité

En cas d'invalidité permanente d'un assuré résultant d'une maladie ou d'un accident non exclu en application des dispositions de l'article 16 et dont le point de départ ou la date se situe postérieurement à la prise d'effet de l'adhésion et à l'écoulement du délai d'attente visés à l'article 3 § 4, l'organisme assureur verse une rente temporaire à son profit.

#### 1.1 - Pour les assurés non salariés

Bénéficie du présent contrat, l'assuré non salarié en état d'invalidité permanente totale de travail se trouvant dans l'incapacité d'exercer une activité professionnelle quelconque ou dans l'incapacité totale d'exercer sa profession, dans les conditions visées au 2.1 ci-après.

#### 1.2 - Pour les assurés salariés

Bénéficie du présent contrat, l'assuré salarié percevant une pension d'invalidité au titre de l'article L.341-1 du Code de la Sécurité Sociale<sup>(1)</sup> ou une rente d'incapacité au titre de l'article L.434-2 de ce même Code<sup>(2)</sup> (dans ce dernier cas son incapacité reconnue doit être au moins égale à 66%), dans les conditions visées au 2.2 ci-après.

(1) Reproduction de l'article L.341-1 du Code de la Sécurité Sociale :

« L'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant dans des proportions déterminées, sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur à une fraction de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie, dans la profession qu'il exerçait avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité si celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme. »

(2) Reproduction de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité Sociale :

« Lorsque l'invalidité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, la victime a droit à une rente égale au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité qui peut être réduit ou augmenté en fonction de la gravité de celle-ci. »

### § 2 - Montant de la rente versée

#### 2.1 - Pour les assurés non salariés

Lorsque l'assuré est incapable d'exercer une activité professionnelle quelconque, le montant de la rente, garanti au certificat d'adhésion au présent contrat, est entièrement versé (100% de la rente).

Lorsque l'assuré est dans l'incapacité totale d'exercer sa profession, mais est néanmoins capable d'exercer une activité professionnelle rémunérée, le montant de base de la rente, garanti au certificat d'adhésion au présent contrat, est réduit à 50% (de la rente).

#### 2.2 - Pour les assurés salariés

Pour les assurés classés en 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie d'invalidité en application de l'article L.341-4 2° et 3° du Code de la Sécurité Sociale<sup>(3)</sup> et pour les assurés bénéficiaires d'une rente d'incapacité en application de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité Sociale pour un taux au moins égal à 66%, le montant de base de la rente, garanti au certificat d'adhésion au présent contrat, est intégralement versé (100% de la rente).

Ce montant est réduit à 50% (de la rente) pour les assurés classés en 1<sup>ère</sup> catégorie d'invalidité en application de l'article L.341-4-1° du Code de la Sécurité Sociale<sup>(3)</sup>.

(3) reproduction de l'article L.341-4 du Code de la Sécurité Sociale :

« En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés comme suit :

- 1°) invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;
- 2°) invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;
- 3°) 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. »

#### 2.3 - Dispositions applicables à tous les assurés

Le montant de la rente attribué en application des dispositions du présent § 2 peut être révisé si l'évolution de l'état de santé de l'assuré conduit à modifier son classement dans l'un des cas de figure prévus au § 2.1 ou au 2.2 ci-dessus.

## Article 23-2 Garantie en cas d'invalidité permanente totale ou partielle ≥ 33% : Formules 1 et 3

### § 1 - Définition et évaluation de l'invalidité

En cas d'incapacité permanente totale ou partielle de travail d'un assuré résultant d'une maladie ou d'un accident non exclu en application des dispositions de l'article 16 et dont le point de départ ou la date se situe postérieurement à la prise d'effet de l'adhésion et à l'écoulement du délai



d'attente visés à l'article 3 § 4, l'organisme assureur verse une rente temporaire à son profit.

L'évaluation du taux d'invalidité est opérée en tenant compte de la répercussion de l'incapacité fonctionnelle sur l'activité professionnelle.

L'incapacité fonctionnelle est appréciée d'après le barème indicatif "ROUSSEAU-CONCOURS MÉDICAL".

L'incapacité professionnelle est appréciée de 0 à 100%, conformément au barème "CHANU-MASSON" qui tient compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de celle-ci et des possibilités d'exercice restantes.

Les barèmes d'incapacité visés ci-dessus sont tenus à la disposition de l'assuré pour consultation au siège de l'organisme assureur.

Le tableau suivant indique les taux résultant des divers degrés d'incapacité tant fonctionnelle que professionnelle.

Taux d'incapacité professionnelle	Taux d'incapacité fonctionnelle									
	20	30	40	50	60	70	80	90	100	
10				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42	
20			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48	
30		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94	
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68	
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37	
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34	
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,13	70,00	76,52	82,79	88,79	
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,33	
90	33,0	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55	
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,0	

## § 2 - Montant de la rente versée

- Lorsque le taux d'invalidité permanente, évalué comme indiqué au § 1 est égal ou supérieur à 66%, le montant de base de la rente, garanti au certificat d'adhésion, est entièrement versé si l'assuré est reconnu incapable d'exercer une activité professionnelle quelconque.

Il est versé à concurrence des 2/3 si l'assuré est capable d'exercer une activité professionnelle. Dans ce cas toutefois, pour les professions médicales\*, lorsque la cessation d'activité n'est pas totale, la rente versée est de 100% de la rente de base, sous déduction des revenus perçus pendant la période de référence dans la limite maximum de 1/3 de la rente de base.

\* au sens de la définition mentionnée à l'article 2 ci-dessus

- Lorsque le taux d'invalidité permanente évalué comme indiqué au § 1 est compris entre 33% et moins de 66%, le montant de base de la rente, garanti au certificat d'adhésion, est réduit à 50%. Toutefois, pour les professions médicales\*, le pourcentage de la rente versée se calcule sur la base de T/66, T étant le taux d'invalidité de l'assuré.

\* au sens de la définition mentionnée à l'article 2 ci-dessus

- Lorsque le taux d'invalidité permanente est inférieur à 33%, il n'est versé aucune rente.

Le taux de rente attribué en application des dispositions du présent paragraphe peut être révisé si l'évolution de l'état de santé de l'assuré bénéficiaire conduit à modifier son classement dans l'un des cas de figure visés ci-dessus.

## Article 23-3 Garantie en cas d'invalidité professionnelle permanente totale ou partielle ≥ 33% : Formule 4

### § 1 - Définition et évaluation de l'invalidité

En cas d'incapacité permanente totale ou partielle de travail d'un assuré résultant d'une maladie ou d'un accident non exclu en application des dispositions de l'article 16 et dont le point de départ ou la date se situe postérieurement à la prise d'effet de l'adhésion et à l'écoulement du délai d'attente visés à l'article 3 § 4, l'organisme assureur verse une rente temporaire à son profit.

L'évaluation du taux d'invalidité est opérée sur la base de la seule incapacité professionnelle.

L'invalidité professionnelle est définie par expertise. Elle est appréciée de 0 à 100% en tenant compte notamment de la façon dont était exercée la profession antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de celle-ci et des possibilités d'exercice restantes.

## § 2 - Montant de la rente versée

- Lorsque le taux d'invalidité permanente, évalué comme indiqué au § 1, est égal ou supérieur à 66%, le montant de base de la rente, garanti au certificat d'adhésion, est entièrement versé, sous réserve que l'assuré cesse totalement et définitivement son exercice professionnel.

La rente est versée aux 2/3 si la cessation de l'exercice professionnel n'est pas totale.

Dans ce cas toutefois, pour les professions médicales\*, lorsque la cessation d'activité n'est pas totale, la rente versée est de 100% de la rente de base, sous déduction des revenus perçus pendant la période de référence dans la limite maximum de 1/3 de la rente de base.

\* au sens de la définition mentionnée à l'article 2 ci-dessus

Pour les auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral et affiliés à ce titre à la CARPIMKO, ayant souscrit la présente Formule 4 à effet du 1<sup>er</sup> octobre 2015, une majoration de 30% de la rente annuelle souscrite est accordée lorsque l'assuré est atteint d'une infirmité complète, l'empêchant définitivement de se livrer à quelque activité que ce soit pouvant lui rapporter gain ou profit et l'obligeant en outre à recourir à l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

Ce paragraphe ne s'applique pas aux auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral et affiliés à la CARPIMKO ayant souscrit une Formule 4 du produit Maintien de Revenus avant le 1<sup>er</sup> octobre 2015.

- Lorsque le taux d'invalidité permanente évalué comme indiqué au § 1, est compris entre 33% et moins de 66%, le montant de base de la rente, garanti au certificat d'adhésion, est réduit à 50%.

Toutefois, pour les professions médicales\*, le pourcentage de la rente versée se calcule sur la base de T/66, T étant le taux d'invalidité de l'assuré.

\* au sens de la définition mentionnée à l'article 2 ci-dessus

- Lorsque le taux d'invalidité permanente est inférieur à 33%, il n'est versé aucune rente.

Le taux de rente attribué en application des dispositions du présent paragraphe peut être révisé si l'évolution de l'état de santé de l'assuré bénéficiaire conduit à modifier son classement dans l'un des cas de figure visés ci-dessus.

## Article 24 Ouverture des droits à la rente

Dans les 30 jours suivant la réception de l'intégralité des pièces justificatives visées à l'article 36 ou, si ces procédures sont mises en œuvre, suivant la réception du rapport de l'examen médical visé à l'article 17 ou la décision du médecin arbitre visée à l'article 18, l'organisme assureur transmet à l'assuré bénéficiaire un titre de rente constatant les engagements.

## Article 25 Entrée en jouissance de la rente et paiement des arrérages

### § 1 - Entrée en jouissance de la rente

A/ Assuré non affilié à la garantie « indemnités journalières de longue durée » :

L'entrée en jouissance de la rente est fixée à la date de reconnaissance, par l'organisme assureur, de la consolidation de l'état de santé au sens de la définition donnée à l'article 21 de la présente notice.

Si aucune date de consolidation d'un état d'invalidité permanente reconnue au sens des articles 23-1 à 23-3 ci-dessus n'a été fixée, l'entrée en jouissance de la rente se situe au 37<sup>ème</sup> mois d'arrêt de travail.

B/ Assuré affilié à la garantie « indemnités journalières de longue durée » :

Lorsque l'assuré est dans l'incapacité permanente d'exercer une activité professionnelle quelconque, l'entrée en jouissance de la rente est fixée au 37<sup>ème</sup> mois d'arrêt de travail, terme du service des indemnités journalières. Lorsque l'assuré est dans l'incapacité permanente d'exercer sa profession mais est capable d'exercer une activité professionnelle quelconque, ou lorsque son taux d'invalidité est compris entre 33% et 66% (Formules 3 et 4), l'entrée en jouissance de la rente est fixée selon les dispositions du § A ci-dessus.

C/ Dispositions particulières concernant la Formule 1 :

Par dérogation aux dispositions qui précèdent, l'entrée en jouissance de la rente est dans tous les cas fixée à la reconnaissance par l'organisme assureur de la consolidation de l'état de santé au sens de la définition donnée à l'article 21 de la présente notice et au plus tard au 31<sup>ème</sup> mois d'arrêt de travail.

D/ Dispositions particulières concernant les auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral et affiliés à la CARPIMKO ayant souscrit la Formule 4 après le 1<sup>er</sup> octobre 2015 :

L'entrée en jouissance de la rente est fixée à la date d'entrée en vigueur de la rente d'invalidité servie par le régime obligatoire de la CARPIMKO autitre d'une incapacité totale définitive de l'assuré.

Toutefois, en cas d'incapacité permanente partielle dont le taux est compris entre 33 % et moins de 66 %, l'entrée en jouissance de la rente est fixée à la date de consolidation de l'état de santé de l'assuré<sup>(1)</sup>.

*(1) On considère que l'état de santé est consolidé à partir du moment où la pathologie n'est plus susceptible d'évoluer ou encore, à partir du moment où les traitements médicaux et chirurgicaux ne sont plus susceptibles d'apporter une amélioration supplémentaire.*

## § 2 - Modalités de paiement de la rente

La rente est payable par virement trimestriellement à terme échus les 1<sup>er</sup> avril, 1<sup>er</sup> juillet, 1<sup>er</sup> octobre et 1<sup>er</sup> janvier. Le premier versement comprend le montant des arrérages courus depuis le jour de l'entrée en jouissance.

## Article 26 Terme du service de la rente

Le service de la rente prend fin :

- › à la date constituant le terme du contrat, visée à l'article 3 § 5 ci-dessus
- › au jour du décès de l'assuré bénéficiaire
- › au jour où, du fait de l'évolution de l'état de santé de l'assuré, celui-ci ne remplit plus les conditions requises pour bénéficier de la rente d'invalidité visées aux articles 23-1 à 23-3 ci-dessus, selon la Formule souscrite.

## Article 27 Revalorisation de la rente

Les rentes en cours de service peuvent être revalorisées au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année par décision du Conseil d'Administration de l'organisme assureur.

Le taux appliqué est fixé par référence à l'indexation des prestations garanties en application de l'article 15 ci-dessus dans la limite de la provision pour participation aux bénéfices visée à l'article D.212-1 du Code de la mutualité.

Les revalorisations attribuées restent acquises à titre définitif tant que la rente est due.

En cas de résiliation du contrat, les rentes en cours de service continuent à être versées jusqu'au terme contractuel sur la base des montants atteints à la date de la résiliation.

## SECTION 4 - Dispositions communes aux Garanties « incapacité temporaire » et « invalidité permanente »

### Article 28 Examen médical et contrôle des assurés

En sus des dispositions visées à l'article 17, l'assuré devra respecter les modalités suivantes :

**1/** Pour le service des indemnités journalières, l'assuré doit, sous pli confidentiel et à l'adresse du médecin-conseil de l'organisme assureur, fournir tous les mois un arrêt de travail de prolongation, établi par le médecin traitant, qui ne peut être l'assuré lui-même, avec indication de la date probable de guérison ou de consolidation, accompagné d'une attestation sur l'honneur qu'aucun acte professionnel n'a été accompli pendant la période d'arrêt de travail.

En cas de changement, même provisoire, de l'adresse où l'assuré peut être visité, celui-ci doit préalablement en avertir l'organisme assureur ; en tout état de cause les sorties ne sont autorisées qu'aux heures prévues par la réglementation applicable aux assurés sociaux.

**2/** Durant la période de service de la rente, l'organisme assureur peut exiger la fourniture, par le bénéficiaire, de toute pièce justificative de la poursuite des conditions requises pour le service de la rente :

- › certificat du médecin traitant, qui ne peut être l'assuré lui-même, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'organisme assureur, comportant les indications suivantes :
  - 1- évaluation du taux d'invalidité permanente, conformément aux dispositions des articles 23-1 à 23-3 ;
  - 2- existence d'une capacité (même partielle) ou incapacité pour l'assuré bénéficiaire d'exercer une activité professionnelle quelconque.

- › pour les assurés bénéficiant de prestations en espèces d'invalidité ou d'incapacité permanente d'un régime de Sécurité Sociale ou d'assurance obligatoire : original de toute pièce établissant la poursuite du service des prestations (cette pièce est retournée au bénéficiaire).

**3/** Le service des prestations peut être refusé ou suspendu si l'intéressé se refuse à subir le contrôle ou à fournir les pièces justificatives demandées par l'organisme assureur.

## Article 29 Principe indemnitaire

**1/** En aucun cas, il ne peut être versé un montant d'indemnités journalières ou de rente d'invalidité qui, compte tenu des prestations en espèces versées par les régimes d'assurance obligatoire et/ou par tout autre régime de prévoyance facultatif, ferait bénéficier l'assuré de revenus nets supérieurs à ceux dont il disposait en période d'activité.

Par revenus nets, on entend :

- › pour les assurés salariés, le salaire net perçu ;
- › pour les assurés imposés au titre des bénéficiaires non commerciaux, l'excédent des recettes totales sur les dépenses nécessitées par l'exercice de la profession, déterminé conformément à l'article 93 du Code Général des Impôts ;
- › pour les assurés non salariés imposés au titre des bénéficiaires industriels et commerciaux, le bénéfice net fiscal déterminé conformément aux articles 38 et 39 du Code Général des Impôts.
- › pour les primo-installants, les revenus prévisionnels indiqués sur la déclaration sur l'honneur (datant de moins de 6 mois) remise par l'adhérent préalablement à la souscription. Les revenus devront par la suite être réajustés en fonction des montants déclarés par l'adhérent à l'Administration Fiscale. A ce titre, l'organisme assureur se réserve le droit de réclamer à l'adhérent les montants exacts qu'il a déclarés à l'Administration Fiscale en fin d'exercice et, le cas échéant, le remboursement des prestations indûment versées.

Par dérogation, les professionnels exerçant en société d'exercice libéral (SEL) peuvent inclure dans l'assiette de calcul du montant de la garantie indemnité journalière de longue durée les dividendes versés par la SEL dès lors que ceux-ci consistent strictement à se substituer au versement d'une partie de la rémunération de l'activité professionnelle de l'assuré, et non à répartir les bénéfices de toute origine. Les justificatifs de la SEL sont demandés lors de la souscription ou en cas d'avenant.

**2/** Pour la garantie prévoyant la couverture des « frais professionnels », le montant de la prestation journalière ne peut excéder la 36<sup>5</sup>ème partie du total des frais professionnels déclarés à l'administration fiscale.

À cet effet, sont pris en considération :

- › les dépenses professionnelles admises en déduction des recettes en application de l'article 93-1 du Code général des impôts pour la détermination du bénéfice non commercial ;
- › les frais généraux visés à l'article 39-1-1<sup>o</sup> du Code Général des Impôts et déductibles pour la détermination du bénéfice industriel et commercial.

Les remboursements de prêts, même professionnels, n'entrent pas dans la catégorie des frais professionnels assurables.

## SECTION 5 - Dispositions spécifiques à la Garantie « capital invalidité - perte de profession » (pour professions médicales, paramédicales et libérales)

### Article 30 Définition des prestations

#### § 1 - Conditions de versement du capital

Le montant du capital garanti figurant au certificat d'adhésion est versé à tout assuré atteint d'une incapacité de travail d'au moins 66% non réversible, le plaçant définitivement dans l'impossibilité d'exercer sa profession ou sa spécialité.

L'invalidité prise en compte est l'invalidité professionnelle, c'est-à-dire que l'incapacité est appréciée par rapport à la capacité normale de travail d'une personne de même âge exerçant la même profession et le cas échéant, la même spécialité, dans les mêmes conditions.

Le capital peut être, à la demande de l'assuré, s'il est âgé de moins de 55 ans, transformé en rente, selon les conditions en vigueur au moment de la demande. Le choix devient définitif avec la signature de la demande de prestation.

## § 2 - Capital garanti

Le montant du capital garanti est fixe pendant la durée du contrat (sauf modification de la garantie à la demande de l'adhérent dans les conditions prévues à l'article 9 susvisé et indexation visée à l'article 15) pour les adhésions intervenant depuis le 01/01/1994.

Pour les adhésions intervenues entre le 01/01/1992 et le 31/12/1993, le montant du capital garanti est égal à un pourcentage du capital de référence choisi par l'adhérent et qui varie en fonction de l'âge atteint par l'assuré comme suit :

Âge atteint par l'assuré	Capital garanti
- 40 ans	150% du capital de référence
De 40 à 44 ans	125% du capital de référence
De 45 à 49 ans	100% du capital de référence
De 50 à 54 ans	75% du capital de référence
De 55 à 59 ans	50% du capital de référence

Le versement du capital met fin à la présente garantie.

## Article 31 Paiement du capital

Au vu des pièces justificatives fournies par le bénéficiaire et des conclusions du rapport d'expertise s'il y a lieu, l'organisme assureur statue sur la demande et notifie sa décision au bénéficiaire. Le paiement du capital est effectué par virement.

## SECTION 6 - Dispositions spécifiques à la Garantie « capital invalidité - accident »

### Article 32 Définition de la prestation

#### § 1 - Conditions de versement de la prestation

Est assuré le paiement d'un capital si l'assuré est atteint d'incapacité permanente totale ou d'incapacité permanente partielle, liée à un accident survenant en cours d'assurance selon la définition retenue ci-dessous.

#### § 2 - Définition de l'accident

Pour l'application du présent contrat, on retiendra la définition de l'accident mentionnée à l'article 3 § 4-a ci-dessus.

#### § 3 - Montant de la prestation

Le montant de la prestation garantie figure au certificat d'adhésion.

En cas d'incapacité permanente totale, ce montant est égal à 100% du capital de référence.

En cas d'incapacité permanente partielle, ce montant est égal à une fraction du capital de référence, correspondant au taux d'incapacité permanente évalué conformément aux dispositions de l'article 33 ci-dessous après consolidation<sup>(1)</sup>.

Toute prise en charge au titre du présent contrat ne peut intervenir que pour un taux d'incapacité permanente partielle au moins égal à 10%.

*(1) On considère que l'état de santé est consolidé à partir du moment où la pathologie n'est plus susceptible d'évolution ou encore à partir du moment où les traitements médicaux et chirurgicaux ne sont plus susceptibles d'apporter une amélioration supplémentaire.*

### Article 33 Évaluation de l'incapacité permanente

La garantie comporte deux options, selon le barème d'évaluation de l'incapacité permanente choisi lors de l'adhésion.

#### § 1 - Option n°1 : Barème fonctionnel (toutes professions)

##### › Incapacité permanente totale

L'incapacité permanente totale est reconnue seulement dans les cas suivants : aliénation mentale incurable excluant tout travail, paralysie complète, perte absolue de la vue, amputation, perte d'usage totale et définitive des deux bras ou des deux mains, des deux jambes ou des deux pieds, d'un bras ou d'une main et simultanément d'une jambe ou d'un pied de l'autre jambe.

##### › Incapacité permanente partielle

L'incapacité permanente partielle est reconnue en cas de perte ou de paralysie totale des membres ou organes comme indiqué ci-dessous :

- 15% en cas de surdité incurable et totale d'une oreille
- 40% en cas de surdité incurable et totale des deux oreilles

- 30% pour la perte d'un œil
- 75% pour la perte du bras droit
- 60% pour la perte du bras gauche
- 65% pour la perte de l'avant-bras droit
- 55% pour la perte de l'avant-bras gauche
- 60% pour la perte de la main droite
- 50% pour la perte de la main gauche
- 20% pour la perte du pouce de la main droite
- 18% pour la perte du pouce de la main gauche
- 16% pour la perte de l'index de la main droite
- 14% pour la perte de l'index de la main gauche
- 12% pour la perte du majeur de la main droite
- 10% pour la perte du majeur de la main gauche
- 8% pour la perte de l'annulaire de la main droite
- 6% pour la perte de l'annulaire de la main gauche
- 7% pour la perte de l'auriculaire de la main droite
- 5% pour la perte de l'auriculaire de la main gauche
- 60% pour la perte d'une jambe au-dessus du genou
- 50% pour la perte d'une jambe au-dessous ou au niveau du genou
- 40% pour la perte d'un pied
- 30% pour la perte totale de l'usage de la hanche
- 25% pour la perte totale de l'usage du genou
- 20% pour la perte totale de l'usage du cou-de-pied en position défavorable
- 10% pour la perte totale de l'usage du cou-de-pied en position favorable

La perte de plusieurs doigts ne peut donner droit à une indemnité supérieure à celle prévue pour la perte de la main.

Si l'assuré est gaucher, les indemnités prévues pour les membres supérieurs seront interverties.

#### § 2 - Option n°2 : Barème spécial d'incapacité adapté aux praticiens ayant une activité chirurgicale importante

L'évaluation des taux d'incapacité permanente totale et partielle est faite conformément au barème, adapté aux praticiens ayant une activité chirurgicale importante, figurant en annexe 2 de la présente notice.

Si l'assuré est gaucher, les indemnités prévues pour les membres supérieurs seront interverties.

#### § 3 - Réduction proportionnelle

En cas de perte ou paralysie partielle des membres ou organes, les taux fixés ci-dessus subiront une réduction proportionnelle conformément à la dépréciation qui en résultera.

Lorsqu'un membre ou organe antérieurement atteint d'infirmité partielle subit, par le fait de l'accident, une perte totale ou partielle de sa valeur, il ne sera dû qu'une indemnité correspondant à la dépréciation causée par l'accident ; la perte totale d'un membre ou organe hors d'usage avant l'accident ne donne droit à aucune indemnité.

#### § 4 - Cas de l'infirmité existant avant l'accident

Une infirmité de membres ou d'organes existant avant l'accident ne peut contribuer à augmenter le taux d'incapacité de membres ou d'organes atteints par l'accident.

#### § 5 - Cas particuliers

Les cas non prévus seront appréciés suivant leur gravité, sans tenir compte de la profession de l'assuré et uniquement en raison de l'atteinte à l'intégrité anatomique et physiologique de l'être humain en général. Il sera tenu compte pour ce cas, des taux fixés par les alinéas qui précèdent et le degré d'infirmité ne pourra, en aucun cas, même pour les cas les plus graves, dépasser le capital assuré pour le cas d'invalidité permanente totale.

#### § 6 - Pluralité d'infirmités

L'indemnité totale résultant de plusieurs infirmités provenant du même accident, s'obtient par addition, sans pouvoir dépasser la somme assurée pour le cas d'incapacité permanente totale.

Lorsque plusieurs de ces infirmités affectent un même membre ou organe, elles se cumulent entre elles, sans toutefois que l'indemnité totale puisse dépasser celle qui serait due pour la perte totale dudit membre ou organe.

#### § 7 - Incapacité fonctionnelle totale ou partielle d'un membre ou organe

L'incapacité fonctionnelle totale ou partielle d'un membre ou organe est assimilée à la perte totale ou partielle.



## § 8 - Aggravation des conséquences d'un accident garanti

Lorsque les conséquences d'un accident garanti seront aggravées par l'existence d'un état pathologique ou d'une infirmité, par une mutilation intentionnelle de la part de l'assuré, un manque de soins dû à sa négligence ou à un traitement empirique, les indemnités seront calculées non pas sur les suites effectives du cas, mais sur celles qu'elles auraient eues chez un sujet de santé normale ne présentant aucune infirmité et soumis à un traitement médical approprié.

## Article 34 Paiement du capital

Au vu des pièces justificatives fournies par le bénéficiaire et des conclusions du rapport d'expertise s'il y a lieu, l'organisme assureur statue sur la demande et notifie sa décision au bénéficiaire.

Le paiement du capital libère l'organisme assureur de toute réclamation ultérieure du fait de l'accident considéré. Ce paiement est effectué par virement.

# CHAPITRE IV - CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS EN CAS DE SINISTRE

## SECTION 1 - En cas d'« incapacité temporaire totale de travail » (garanties « indemnités journalières »)

### Article 35 Déclaration de sinistre, pièces justificatives

Pour faire valoir ses droits, l'adhérent doit adresser à l'organisme assureur :

#### 1/ Si l'assuré est salarié :

- dans les 15 jours suivant le début de l'arrêt de travail (délai ramené à 5 jours ouvrés si la franchise choisie est de 14 jours) : une déclaration de sinistre. Au-delà de ce délai, l'assuré sera considéré comme ayant cessé son activité le jour où l'organisme assureur aura reçu ce document.
- une demande d'indemnités journalières en y joignant les originaux des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité Sociale justifiant de l'incapacité et sous pli confidentiel à l'adresse du médecin-conseil, un certificat du médecin traitant, qui ne peut être l'assuré lui-même, précisant la cause de l'arrêt de travail, la nature de la maladie et le traitement prescrit.
- sa déclaration n° 2042 de l'année N-1 ou une fiche de paie du mois de décembre de l'année N-1 faisant apparaître le cumul brut annuel.

#### 2/ Si l'assuré est non salarié :

- dans les 15 jours suivant la date de l'arrêt de travail, une attestation du médecin traitant, qui ne peut être l'assuré lui-même, précisant la date de cessation totale d'activité professionnelle et la durée probable d'incapacité. Au-delà de ce délai, l'assuré sera considéré comme ayant cessé son activité le jour où l'organisme assureur aura reçu ce document.
  - une demande d'indemnités journalières et, sous pli confidentiel à l'adresse du médecin-conseil, un certificat du médecin traitant, qui ne peut être l'assuré lui-même, précisant la cause de l'arrêt de travail, la nature de la maladie et le traitement prescrit.
  - s'il relève d'un régime obligatoire comportant le versement de prestations en espèces en cas d'incapacité temporaire totale de travail : l'original des décomptes ou du titre d'attribution des prestations émanant du régime obligatoire. Les auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral et affiliés à la CARPIMKO doivent adresser l'original des décomptes ou du titre d'attribution de ces prestations émanant de la CARPIMKO lorsque l'arrêt de travail dépasse 90 jours.
  - sa déclaration n° 2035 de l'année N-1 annexes A et B.
  - dans le cas d'une demande d'« indemnisation du mi-temps thérapeutique » prévue à l'article 19 bis ci-dessus : une attestation du médecin traitant, qui ne peut être l'assuré lui-même, précisant la date de début et de durée prévisible du mi-temps thérapeutique, une attestation sur l'honneur d'exercice en mi-temps thérapeutique ainsi que, s'il y a lieu, le justificatif des prestations versées par le régime obligatoire à ce titre.
  - au titre de la demande de versement des « indemnités journalières maternité » définies à l'article 19 ter ci-dessus : une demande de prestation précisant notamment le type de grossesse (simple ou gémellaire), un justificatif médical précisant la date présumée du début de la grossesse et la date prévue de l'accouchement, sa déclaration n° 2035 de l'année N-1 annexes A et B, ainsi qu'une attestation sur l'honneur de cessation totale d'activité ; le cas échéant les justificatifs émanant du régime obligatoire.
- En cas d'adoption, la demande de prestation doit être accompagnée d'une attestation sur l'honneur de cessation d'activité et des justificatifs de l'adoption (jugement d'adoption).
- au titre de la demande de « prestations de garde d'enfant en cas d'hospitalisation » définie à l'article 19 quater :
    - un bulletin de séjour hospitalier justifiant la date d'entrée ainsi que la durée d'hospitalisation ou la date de sortie ou tout justificatif médical attestant de l'hospitalisation à domicile et de sa durée ;

- une attestation sur l'honneur de la cessation d'activité de l'adhérent précisant la période d'arrêt liée à la nécessité de la garde d'enfant ou les justificatifs du recours à une garde d'enfant et de sa rémunération pendant la période d'indemnisation sollicitée.

- au titre de la demande de versement de l'« indemnité journalière de remplacement » définie à l'article 19 ci-dessus : outre les pièces visées ci-dessus, une copie du contrat de remplacement précisant la durée du remplacement et les modalités de calcul de la rémunération du remplaçant (pourcentage rétrocédé du total d'honoraires perçus au titre du remplacement), une attestation sur l'honneur précisant le montant total des honoraires encaissés pendant le remplacement et ceux rétrocédés au remplaçant, ainsi qu'une attestation sur l'honneur de cessation d'activité médicale libérale ; le cas échéant les justificatifs émanant du régime obligatoire.
- au titre de la demande de versement de l'« indemnité journalière pour traitements oncologiques ambulatoires » définie à l'article 19 quinquies ci-dessus : outre les pièces visées ci-dessus, un certificat médical, le protocole de soins et le schéma thérapeutique délivrés par l'oncologue en charge du suivi du protocole ainsi qu'une attestation de présence et de soins du centre de traitement.
- au titre de la demande de versement des « indemnités journalières de congé paternité » définies à l'article 19 sexies ci-dessus : une demande de prestation précisant notamment le type de grossesse (simple ou gémellaire), un justificatif médical précisant la date présumée du début de la grossesse, une copie intégrale de l'acte de naissance de l'enfant ou une copie du livret de famille mis à jour, sa déclaration n° 2035 de l'année N-1 annexes A et B, une attestation sur l'honneur de cessation totale d'activité pendant la période du « congé paternité » ainsi que les justificatifs émanant du régime obligatoire. En cas d'adoption, la demande de prestation doit être accompagnée d'une attestation sur l'honneur de cessation d'activité et des justificatifs de l'adoption (jugement d'adoption).
- au titre de la demande de versement des « indemnités journalières aide aux aidants » : un certificat du médecin traitant de son ascendant direct au 1<sup>er</sup> degré confirmant qu'il est devenu dépendant, une copie du livret de famille prouvant le lien de parenté et, une attestation sur l'honneur de sa cessation d'activité précisant la période d'arrêt au cours de laquelle il met en place le dispositif de prise en charge. Le certificat du médecin traitant est adressé, sous pli confidentiel, à l'attention du médecin-conseil de l'organisme assureur.

**3/ En cas d'hospitalisation**, l'assuré doit, s'il y a lieu, transmettre un bulletin de situation.

**4/ En cas d'accident**, tout document probant établissant le lien de cause à effet entre l'incapacité de travail et l'accident (rapport de l'autorité compétente, coupure de presse, etc.).

**5/ Un relevé d'identité bancaire ou postal du compte de l'assuré** ouvert en France sur lequel la prestation sera versée.

## SECTION 2 - En cas d'« invalidité » (garantie « invalidité »)

### Article 36 Déclaration de sinistre initiale - Pièces justificatives

L'assuré en état d'incapacité totale temporaire de travail de longue durée transmet, dans les six mois suivant la date de l'arrêt et en tout état de cause avant consolidation de son état<sup>(1)</sup>, une déclaration de sinistre en y joignant un certificat médical, délivré par le médecin traitant, qui ne peut être l'assuré lui-même, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'organisme assureur.

Ce certificat doit préciser :

- la cause de l'arrêt de travail, la nature et la date d'origine de la maladie ou de l'accident ayant entraîné l'incapacité de travail et le traitement prescrit ;

- 2- la date de cessation totale d'activité professionnelle ;
- 3- la durée probable de l'incapacité d'exercer une activité professionnelle (si elle est déjà déterminable, la date prévisible de consolidation).

Faute d'effectuer cette déclaration initiale dans le délai visé au premier alinéa ci-dessus, la date de consolidation de l'état de l'assuré, retenue le cas échéant pour déterminer le point de départ de la rente, ne peut être fixée antérieurement au jour de la réception par l'organisme assureur de la demande de rente d'invalidité.

(1) On considère que l'état de santé est consolidé à partir du moment où la pathologie n'est plus susceptible d'évolution ou encore, à partir du moment où les traitements médicaux et chirurgicaux ne sont plus susceptibles d'apporter une amélioration supplémentaire.

## Article 37 Déclaration de l'invalidité - Pièces justificatives

### § 1 - Pour les assurés non salariés

Dès la consolidation de son état et au plus tard dans les deux ans suivant celle-ci ou suivant le 37<sup>ème</sup> mois d'incapacité de travail pour les assurés affiliés à une garantie « indemnités journalières de longue durée » (31<sup>ème</sup> mois pour la Formule 1 visée à l'article 23), et dès la date d'entrée en vigueur de la rente d'invalidité servie par la CARPIMKO ou dès la consolidation de son état en cas d'incapacité permanente partielle pour les auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral et affiliés à la CARPIMKO, l'assuré transmet à l'organisme assureur une demande de rente d'invalidité en y joignant les pièces justificatives suivantes :

- › dans tous les cas, un certificat médical délivré par le médecin traitant, qui ne peut être l'assuré lui-même, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'organisme assureur.

Ce certificat doit préciser :

- 1- la cause de l'arrêt de travail, la nature et la date d'origine de la maladie ou de l'accident ayant entraîné l'incapacité permanente ;
- 2- la date de consolidation au sens de la définition figurant à l'article 40 ci-dessus ;
- 3- le taux d'invalidité permanente évalué comme indiqué ci-dessus ;
- 4- la capacité (même partielle) ou l'incapacité totale de l'assuré d'exercer une activité professionnelle quelconque ou sa profession.

En outre, l'adhérent doit transmettre l'original du titre de rente ou pension émanant du régime obligatoire (cette pièce est retournée à l'assuré)

- › s'il y a lieu, la justification de la cessation totale et définitive de l'exercice professionnel attestée par la cession de la clientèle, de l'officine ou des parts sociales du cabinet, de la pharmacie et, le cas échéant, par la radiation de l'assuré du tableau de l'Ordre professionnel
- › un relevé d'identité bancaire ou postal du compte de l'assuré ouvert en France sur lequel la prestation sera versée ;
- › tout autre justificatif qui serait demandé par l'organisme assureur en fonction d'une situation particulière.

### § 2 - Pour les assurés salariés

Dès la reconnaissance par la Sécurité Sociale de son état d'invalidité et au plus tard dans les deux ans suivant celle-ci, l'assuré transmet à l'organisme assureur une demande de rente d'invalidité en y joignant :

- › la notification d'attribution par la Sécurité Sociale d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité comme indiqué à l'article 32 ci-dessus ;
- › un certificat médical, délivré par le médecin traitant, qui ne peut être l'assuré lui-même, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'organisme assureur. Ce certificat doit préciser la cause de l'arrêt de travail, la nature et la date d'origine de la maladie ou de l'accident ayant entraîné l'incapacité de travail ;
- › un relevé d'identité bancaire ou postal du compte de l'assuré ouvert en France sur lequel la prestation sera versée ;
- › tout autre justificatif qui serait demandé par l'organisme assureur en fonction d'une situation particulière.

## SECTION 3 - Déclaration de sinistre pour la Garantie « capital invalidité - perte de profession »

### Article 38 Demande de prestation - Pièces justificatives

En vue du règlement de la prestation, le bénéficiaire doit produire les justifications suivantes :

- › un demande de règlement présentée dans un délai de trois mois à compter de la date de constatation médicale de l'incapacité de travail devenue définitive ;
- › un certificat médical du médecin-traitant, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'organisme assureur, certifiant que l'assuré est atteint d'une incapacité définitive de travail d'un taux au moins égal à 66% ne pouvant donner lieu à révision et le plaçant dans l'impossibilité d'exercer sa profession ou spécialité ;
- › un relevé d'identité bancaire ou postal du compte de l'assuré ouvert en France sur lequel la prestation sera versée ;
- › tout autre justificatif qui serait demandé par l'organisme assureur en fonction d'une situation particulière.

## SECTION 4 - Déclaration de sinistre pour la Garantie « capital invalidité - accident »

### Article 39 Déclaration de sinistre initiale - Pièces justificatives

Tout accident survenu à un assuré doit être porté à la connaissance de l'organisme assureur dans un délai de trente jours à compter de la date de l'accident, sauf cas fortuit ou de force majeure.

Le bénéficiaire doit, à cet effet, faire parvenir à l'organisme assureur :

- › une déclaration écrite mentionnant les nom, prénoms, âge et domicile de l'assuré, les noms et adresses des témoins, les circonstances, le lieu et la date de l'accident, accompagnée de tous documents justificatifs probants ;
- › un certificat médical, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'organisme assureur, indiquant la nature des blessures ou lésions et les conséquences probables et, le cas échéant, la date approximative de la consolidation au sens de la définition figurant au renvoi <sup>(1)</sup> à l'article 32.

Toute déclaration frauduleuse ayant pour effet ou pour but d'induire en erreur l'assureur sur les circonstances ou les conséquences d'un accident, entraîne la perte de tous droits à l'indemnité. La preuve que l'incapacité permanente résulte d'un accident corporel incombe à l'assuré.

### Article 40 Demande de prestation - Pièces justificatives

En vue du règlement des prestations, le bénéficiaire doit produire les justifications suivantes :

- › un demande de règlement formulée dans un délai de deux ans à compter de la date de consolidation des blessures <sup>(1)</sup>,
- › un certificat médical, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'organisme assureur, faisant connaître le degré d'invalidité imputable à l'accident reconnu à titre définitif à l'assuré et comportant toutes constatations et précisions utiles à l'évaluation du taux d'incapacité permanente en application des dispositions de l'article 33 ci-dessus ;
- › un relevé d'identité bancaire ou postal du compte de l'assuré ouvert en France sur lequel la prestation sera versée ;
- › tout autre justificatif qui serait demandé par l'organisme assureur en fonction d'une situation particulière.

(1) Au sens du renvoi (1) figurant sous l'article 32.

## ANNEXE I - EXERCICE DU DROIT DE RENONCIATION PRÉVU À L'ARTICLE 3 § 3 DE LA NOTICE D'INFORMATION

### MODÈLE DE LETTRE-TYPE DE RENONCIATION À L'ADHÉSION AU CONTRAT MAINTIEN DE REVENUS EN CAS D'ADHÉSION À DISTANCE OU HORS ÉTABLISSEMENT

À reproduire sur papier libre et à adresser par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard dans les trente jours suivant la réception du certificat d'adhésion indiquant la prise d'effet de l'adhésion à AGMF Prévoyance : 34, boulevard de Courcelles - 75809 Paris cedex 17.

« Monsieur le Président,

Je soussigné(e), ..... domicilié(e) à ....., vous prie de bien vouloir prendre note, qu'usant de la faculté qui m'est conférée par l'article 3 § 3 de la présente notice, je désire renoncer à l'adhésion n° ..... à la formule de garanties choisie et enregistrée auprès de votre organisme.

Je n'ai connaissance de la survenance d'aucun événement susceptible de déclencher la mise en œuvre des prestations assurées par le présent contrat».

(Attention, uniquement en cas d'adhésion à distance et si vous avez expressément demandé l'exécution du contrat à effet de la date prévue au bulletin d'adhésion, préciser au lieu et place de la dernière phrase ci-dessus le paragraphe suivant :)

Ayant expressément demandé l'exécution du contrat à effet de la date prévue au bulletin d'adhésion, je demande le remboursement des primes d'assurance déjà versées dans le délai de 30 jours prévu par la loi et m'engage à vous rembourser le montant des prestations perçues pendant ce même délai.

Fait à ....., le .....  
(Signature du membre participant)

Les garanties ci-dessus sont assurées par AGMF - Prévoyance - Union de mutuelles soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité - 34 Boulevard de Courcelles - 75809 Paris cedex 17. N° 775 666 340 (Contrats collectifs souscrits par l'ARPAG, Association de la loi de 1901, 34 Boulevard de Courcelles - 75809 Paris cedex 17 avec conjointement, le cas échéant, une ou plusieurs organisations représentatives de professions non salariées conformément à l'art 998-1° du Code général des Impôts auprès d'AGMF Prévoyance).



## ANNEXE II - GARANTIE CAPITAL INVALIDITÉ ACCIDENT BARÈME SPÉCIAL D'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE

Adapté aux praticiens ayant une activité chirurgicale importante (article 33 § 2)

<b>Invalidité permanente totale</b>			<b>Membres supérieurs</b>	Droit	Gauche
Aliénation totale incurable			Désarticulation de l'épaule	100%	100%
Cécité complète			Amputation du bras, de l'avant-bras, du poignet	100%	100%
Surdité totale des deux oreilles			Ankylose de l'épaule	100%	100%
Hémiplégie organique complète			Ankylose du coude en position défavorable	100%	100%
Désarticulation ou ankylose de l'épaule			Ankylose du coude en position favorable	80%	70%
Paralysie complète du plexus brachial, du médian du bras, du radial au-dessus du triceps			Ankylose radio-cubitale, main fixée en supination	100%	80%
Amputation du bras, de l'avant-bras, du poignet			Ankylose radio-cubitale, main fixée en pronation	60%	50%
Pseudarthrose lâche du bras, du coude ou de l'avant-bras droit	100%		Ankylose radio-cubitale, main fixée en position intermédiaire	70%	60%
Perte de la main			Ankylose du poignet (doigts libres)	55%	45%
Perte du pouce ou de la phalange terminale			Pseudarthrose lâche (membre de polichinelle) du bras, du coude ou de l'avant-bras, non appareillable	100%	10%
Perte de l'index			Paralysie complète du plexus brachial	100%	100%
Perte du médius			Paralysie complète du circonflexe	80%	60%
Perte des deux membres inférieurs (au-dessus du torse)			Paralysie complète du médian	100%	100%
Désarticulation ou ankylose de la hanche			Paralysie complète du radial au-dessus du triceps	100%	100%
Amputation de la cuisse au tiers moyen			Paralysie complète du radial au-dessous du triceps	90%	80%
Pseudarthrose lâche de la cuisse ou des deux os de la jambe			Paralysie complète du cubital au coude	85%	85%
			Paralysie complète du cubital au poignet	60%	50%
			Paralysie complète du musculo cutané	50%	40%
<b>Invalidité permanente totale et partielle</b>			<b>Mains</b>		
Tête (avec ou sans fracture du crâne)			Amputation ou perte fonctionnelle totale :	Droite	Gauche
Aliénation totale incurable	100%		De la main	100%	100%
Épilepsie post-traumatique avec crises très fréquentes (plusieurs par mois)	30% à 100%		Du pouce	100%	100%
Épilepsie démontrée d'origine traumatique suivant la fréquence des crises	20% à 100%		De l'index	100%	100%
Troubles psychiques et déficits des fonctions intellectuelles ; déficit neurologique objectif	20% à 100%		Du médius	100%	100%
Syndrome subjectif post-commotionnel complet (n'est indemnisé que s'il y a eu perte de connaissance initiale)	0% à 5%		De l'annulaire	40%	40%
			De l'auriculaire	20%	20%
			De la phalange terminale du pouce	100%	100%
			De la phalange terminale de l'index	80%	70%
			De la phalange terminale du médius	30%	20%
			De la phalange terminale de l'annulaire ou de l'auriculaire	10%	5%
<b>Yeux et oreilles</b>			<b>Membres inférieurs</b>		
Perte totale des yeux ou de la vision des deux yeux	100%		Perte complète de l'usage des deux jambes		100%
Perte totale d'un œil	33% à 100%		Désarticulation de la hanche		100%
Altération de la fonction visuelle	3% à 100%		Désarticulation du genou		80%
Surdité totale des deux oreilles	50% à 100%		Amputation de cuisse au tiers moyen		100%
Surdité totale unilatérale	30%		Amputation de jambe au tiers moyen		65%
Hypoacousie unilatérale	3% à 30%		Amputation de Syme ou désarticulation tibio-tarsienne		60%
Hypoacousie bilatérale	3% à 65%		Amputation du pied (Pirogoff-Ricard)		50%
			Amputation du pied (Chopart-Lisfranc)		45%
			Amputation des cinq orteils		25%
			Amputation du gros orteil		15%
			Amputation d'un des quatre autres orteils		4%
			Raideur et ankylose de la hanche en position défavorable		70%
			Raideur et ankylose de la hanche en position favorable		50%
			Ankylose du genou en position défavorable		60%
			Ankylose du genou en position favorable		40%
			Ankylose du cou-de-pied		30%
			Pseudarthrose lâche (membre de polichinelle) de la cuisse ou des deux os de la jambe, non appareillable		100%
			Rupture du tendon d'Achille		10% à 30%
			Néuralgie, sciatique persistante (avec signes objectifs)		15% à 40%
			Raccourcissement d'un membre inférieur :		
			- jusqu'à 2 cm		5%
			- supérieur à 2 cm et jusqu'à 4 cm		10%
			- supérieur à 4 cm et jusqu'à 5 cm		15%
			- supérieur à 5 cm et jusqu'à 7 cm		20%
			- supérieur à 7 cm		30%
			Paralysie du nerf sciatique		65%
			Paralysie du nerf crural		40%
			Paralysie du nerf poplité interne		30%
			<b>Divers</b>		
			Hémiplégie organique complète		100%
			Splénectomie totale		10%
			Néphrectomie (majoration du taux selon l'azotémie)		
			- sans insuffisance rénale		30%
			- avec insuffisance rénale		30% à 100%
<b>Nez</b>					
Fracture des os propres ou de la cloison, sans sténose	0% à 5%				
Sténose unilatérale	10%				
Sténose bilatérale et selon rhinite	5% à 20%				
Anosmie totale associée à aguésie	20%				
<b>Tronc (colonne vertébrale)</b>					
Entorse vertébrale ou fracture d'une apophyse avec lumbago chronique d'origine traumatique	5% à 25%				
Fracture d'un corps vertébral et sans séquelles neurologiques	10% à 30%				
Complications neurologiques	10% à 100%				
<b>Côtes (sternum)</b>					
Douleurs et gêne au port de charge	0% à 10%				
Retentissement sur la fonction respiratoire objectivé par des épreuves fonctionnelles	5% à 80%				
<b>Bassin (à l'exclusion de la hanche)</b>					
Selon les séquelles (troubles statiques, moteur et urinaires)	10% à 50%				

## NOTICE D'INFORMATION

### Protection Décès AGMF / GPM Protection Décès AGMF / GPM Madelin

**A.DC16.1 / A.DCM16.1**

*Applicable à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2016*

La présente notice est établie en application de l'article L.221-6 du Code de la mutualité.  
Elle détermine le contenu des engagements réciproques d'AGMF Prévoyance et des adhérents au contrat collectif facultatif souscrit conjointement par ARPAG et, le cas échéant, une organisation représentative de professions non salariées.

## CHAPITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

La présente notice est établie en application de l'article L.221-6 du Code de la mutualité.

Elle détermine le contenu des engagements réciproques d'AGMF Prévoyance et des adhérents au contrat collectif facultatif souscrit par ARPAG.

### Article 1 Objet du contrat

Le contrat dont la présente notice reprend les dispositions générales a pour objet de garantir à l'assuré, en fonction des garanties souscrites figurant au certificat d'adhésion :

- › en cas de décès et le cas échéant de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) : le versement au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) d'un capital, d'une rente éducation temporaire au profit de chacun des enfants bénéficiaires, d'une rente de conjoint temporaire ou viagère ;
- › en cas de décès : le versement à la personne justifiant du paiement des frais d'obsèques d'une allocation pour frais d'obsèques.

En application d'une décision du Conseil d'Administration d'AGMF Prévoyance ratifiée par son Assemblée générale, est adjointe de manière indissociable une garantie Protection Juridique Vie privée. Les conditions et modalités de mises en œuvre de ces garanties en inclusion sont définies en annexe.

Le présent contrat est régi par le Code de la mutualité.

La loi applicable au contrat est la loi française et les échanges y afférents se font en langue française.

Les adhérents travailleurs non salariés non agricoles, en activité, à jour du versement de leurs cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance-maladie et d'assurance vieillesse peuvent souscrire les garanties rente éducation et rente de conjoint dans le cadre de la loi Madelin s'ils en ont fait la demande en cochant la case correspondante sur le bulletin d'adhésion.

Les cotisations relatives aux garanties souscrites dans le cadre de la loi Madelin bénéficient de la déductibilité fiscale visée à l'article 154 bis du Code général des impôts sous réserve de respecter les plafonds fixés par ledit article. Il appartient à l'adhérent de déterminer, si compte tenu de sa situation, les cotisations versées à AGMF Prévoyance sont effectivement déductibles de son résultat imposable.

### Article 2 Définitions et modalités d'adhésion

#### §1 - Modalités d'adhésion

La signature du bulletin d'adhésion emporte acceptation, par le signataire, des dispositions des statuts d'AGMF Prévoyance et des droits et obligations définis par les conditions générales et particulières du contrat de Prévoyance collective à adhésion facultative reprises dans la présente notice d'information.

Les mentions portées par le membre participant dans le bulletin d'adhésion sont nécessaires à la délivrance de la couverture par AGMF Prévoyance et conditionnent la validité de la couverture.

Un certificat d'adhésion est délivré à chaque adhérent lors de son adhésion ou en cas de modification de sa garantie ou des options choisies.

Il précise notamment :

- › l'identité de l'adhérent ainsi que de ses ayants droit assurés ;
- › la nature des garanties et options souscrites ;
- › la date de prise d'effet de l'adhésion et des garanties ;

- › le taux, l'assiette ou le montant des cotisations incluant, s'il y a lieu, les taxes, conformément à la réglementation en vigueur ainsi que leur périodicité de paiement ;
- › le cas échéant, les conditions d'acceptation particulières.

#### § 2 - Définition des parties

- › Organisme assureur : AGMF - Prévoyance, Union de mutuelles soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité, N° 775 666 340, siège social : 34 boulevard de Courcelles 75809 Paris cedex 17.
- › Groupements souscripteurs du contrat de prévoyance collective : ARPAG, association souscriptrice du contrat collectif, régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901, 34 boulevard de Courcelles 75 809 Paris cedex 17, conjointement, le cas échéant, avec une ou plusieurs organisations représentatives de professions non salariées conformément à l'article 998-1<sup>o</sup> du Code général des Impôts.
- › Membre participant : la personne physique membre du groupement souscripteur signataire du bulletin d'adhésion et acquittant les cotisations. Avant l'adhésion au contrat, la personne physique demandant à adhérer au contrat est le postulant à l'assurance.

Seuls peuvent adhérer à ce contrat, les membres participants :

- affiliés à un régime obligatoire de Sécurité Sociale français, d'assurance-maladie, d'assurance vieillesse et de prévoyance,
- résidant en France métropolitaine, dans les départements d'outre-mer, à Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Les personnes résidant en Polynésie française, en Nouvelle-Calédonie et à l'Étranger ne peuvent pas souscrire ce contrat.

Le membre participant ne peut assurer d'autres personnes que lui-même au titre de garanties non liées à l'exercice professionnel, qu'à la condition d'être personnellement titulaire d'une garantie de prévoyance ou d'épargne retraite auprès d'AGMF.

- › Assuré : la personne physique sur la tête de laquelle repose la garantie et âgée :
  - de moins de 70 ans lors de l'adhésion au contrat pour la rente éducation et,
  - de moins de 65 ans lors de l'adhésion au contrat pour la rente de conjoint.

Bénéficiaire : le(s) bénéficiaire(s) des prestations en cas de décès est (sont) la (les) personne(s) désignée(s) par l'assuré conformément aux dispositions ci-après.

Le bénéficiaire en cas de perte totale et irréversible d'autonomie est l'assuré ou un bénéficiaire nommément désigné.

### Article 3 Formation - Date d'effet de l'adhésion Terme des garanties

Préalablement à l'adhésion, le groupement souscripteur remet au postulant à l'assurance la présente notice d'information émise par AGMF Prévoyance et les statuts de l'organisme assureur, ainsi que les documents visés ci-dessous.

#### § 1 - Adhésion

L'adhésion est matérialisée par :

- › la signature du bulletin d'adhésion par le postulant à l'assurance. Le bulletin d'adhésion mentionne les niveaux de garantie proposés. Les niveaux choisis par le membre participant figurent au certificat d'adhésion ;
- › la transmission du questionnaire médical rempli par le postulant à

l'assurance, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'organisme assureur ;

- › la notification, par l'organisme assureur, de l'acceptation de l'adhésion concrétisée par l'envoi du certificat d'adhésion et d'un premier avis d'appel de cotisation.

Pour les souscriptions par tablette numérique, l'adhésion est formée après :

- › l'acceptation et la validation de l'adhésion par le ou les postulants à l'assurance par l'intermédiaire de l'apposition de leur signature numérique respective sur la tablette à l'aide d'un stylet ;
- › la transmission de la déclaration d'état de santé le cas échéant ;
- › le scellement du contrat par l'intermédiaire de l'apposition de la signature électronique de l'organisme assureur ;
- › la notification par l'organisme assureur de l'acceptation de la souscription, concrétisée par l'envoi du certificat d'adhésion et d'un premier appel de cotisation.

L'adhérent doit remplir le questionnaire médical sur support papier et l'envoyer sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'organisme assureur.

S'il y a lieu, pour se prononcer sur l'acceptation de l'adhésion, l'organisme assureur se réserve le droit de demander au postulant à l'assurance tout renseignement complémentaire ou de le soumettre, au titre des garanties souscrites, à un examen spécifique par le médecin-conseil de l'organisme assureur ou un médecin désigné par lui dont il assume le coût.

## § 2 - Prise d'effet de l'adhésion

L'adhésion produit ses effets, à la date indiquée sur le certificat d'adhésion, et au plus tôt :

- › à la date de réception par l'organisme assureur du bulletin d'adhésion complété et signé sous réserve :
  - de la notification de l'acceptation de l'adhésion par l'organisme assureur,
  - et du paiement de la première cotisation ou fraction convenue de celle-ci.
- › ou à la date d'acceptation des conditions particulières par le membre participant (en cas de surprime, d'exclusion...), sous réserve du paiement de la première cotisation ou fraction convenue de celle-ci.

Le règlement des cotisations s'effectue par prélèvement automatique (ou par chèque dans le cadre de la souscription sur support papier).

En cas de règlement par chèque, la date de prise en compte est sa date de réception par l'organisme assureur, et ce, sous réserve de son encaissement.

Faute pour l'adhérent d'avoir réglé le montant du premier appel de cotisation dans les trente jours suivant son émission, l'acceptation de l'adhésion est caduque et l'assurance ou le contrat est de nul effet.

En aucun cas l'adhésion ne peut prendre effet à une date antérieure à celle de la signature du bulletin d'adhésion.

## § 3 - Délai de renonciation en cas de vente à distance

### 3.1 Délai de renonciation en cas de vente à distance

Lorsque le membre participant adhère au contrat dans le cadre d'une vente à distance (sans avoir rencontré de conseiller de l'organisme assureur pour la souscription du contrat), il dispose d'un droit de renonciation.

#### 3.1.1 Conditions d'exercice de la faculté de renonciation

À compter de la date de prise d'effet de l'adhésion, le membre participant dispose d'un délai de trente jours calendaires révolus pour renoncer à son contrat, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Cette renonciation doit être effectuée obligatoirement par lettre recommandée avec demande d'avis de réception selon le modèle joint au présent règlement.

Ce délai expire le dernier jour à 24 heures, il n'est pas prorogé s'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié chômé.

Les garanties ne prennent effet, sous réserve, le cas échéant, des délais d'attente propres à chaque garantie, qu'à l'expiration de ce délai, sauf si l'assuré demande expressément l'exécution immédiate du contrat sans attendre la fin du délai de renonciation dans la demande de souscription.

#### 3.1.2 Effet de la renonciation

AGMF-Prévoyance rembourse la cotisation au plus tard dans les trente jours à compter de la date de la réception de la renonciation du membre participant.

Lorsque la première cotisation a été encaissée, AGMF-Prévoyance effectue ce remboursement en utilisant le même moyen de paiement que celui utilisé par le membre participant pour le paiement de la première cotisation, sauf accord exprès de celui-ci pour qu'un autre moyen de paiement soit utilisé et dans la mesure où le remboursement n'occasionne pas de frais pour le membre participant.

Si l'adhésion avait pris effet, les garanties cessent le lendemain à zéro heure de la date de l'envoi de la lettre de renonciation.

Si le membre participant a souhaité que l'adhésion commence à être exécutée à la date prévue au certificat d'adhésion (et non à l'issue du délai de trente jours), l'organisme assureur conservera la quote-part des cotisations correspondant à la couverture dont aura bénéficié le membre participant durant la période d'exécution du contrat.

Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

## 3.2 Délai de renonciation en cas de démarchage ou de vente hors établissement

### 3.2.1 Conditions d'exercice de la faculté de renonciation

Lorsque le membre participant adhère au contrat suite à une sollicitation des préposés ou mandataires de l'organisme assureur, ou à son domicile ou lieu de travail, même à sa demande, il dispose d'un droit de renonciation.

À compter de la date de prise d'effet de l'adhésion, le membre participant dispose d'un délai de trente jours calendaires révolus pour renoncer à son contrat, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Cette renonciation doit être effectuée obligatoirement par lettre recommandée avec demande d'avis de réception selon le modèle joint au présent règlement.

Ce délai expire le dernier jour à 24 heures, il n'est pas prorogé s'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié chômé.

### 3.2.2 Effet de la renonciation

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu ci-dessus entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception, par l'organisme assureur, de la lettre de renonciation.

Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, le membre participant ne peut plus exercer ce droit de renonciation.

En cas de renonciation, l'organisme assureur conservera la quote-part des cotisations correspondant à la couverture dont aura bénéficié le membre participant durant la période d'exécution du contrat.

Toutefois, l'intégralité de la prime reste due à l'entreprise d'assurance si le membre participant exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

## § 4 - Prise d'effet des garanties et délais de carence (ou stage)

A/ Sont garantis, dès la date de prise d'effet de l'adhésion, le décès ou le cas échéant la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré résultant d'un accident survenu à compter de cette date.

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. N'est pas considéré comme accidentel le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou étant la conséquence d'un examen médical.

La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré ainsi que la preuve de l'accident incombent à ce dernier ou au(x) bénéficiaire(s).

B/ Le décès de l'assuré résultant d'une maladie est garanti à l'issue d'une période de trois mois suivant la date de prise d'effet de l'adhésion. Est garantie, le cas échéant à l'issue d'une période de douze mois suivant la date de prise d'effet de l'adhésion, la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré résultant d'une maladie.

C/ Indépendamment des dispositions ci-dessus, les assurés précédemment titulaires d'une garantie équivalente ou supérieure ne sont pas soumis à ces délais de stage, à condition de produire un certificat précisant la date de radiation volontaire, qui doit se situer dans les trente jours précédant la demande d'adhésion.

Dans ce cas, la suppression des délais d'attente est mentionnée sur le certificat d'adhésion.

## § 5 - Terme des garanties

Sauf indication contraire figurant au certificat d'adhésion :

- › La garantie rente éducation cesse de plein droit au 70<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré, au 25<sup>ème</sup> anniversaire, ou au décès de l'enfant bénéficiaire, sauf indication contraire portée au certificat d'adhésion.
- › La garantie rente de conjoint cesse de plein droit au dernier jour du mois au cours duquel l'assuré a liquidé ou s'est vu attribué ses droits à pension de retraite acquise au titre de son activité principale (y compris pour inaptitude au travail) et au plus tard à l'âge fixé en application de l'article L.351-8 du Code de la Sécurité Sociale (67<sup>ème</sup> anniversaire).



Par dérogation, pour les assurés visés ci-dessous, cet âge est celui fixé par l'article D.161-2-1-9 du Code de la Sécurité Sociale augmenté de cinq années.\*

Date de naissance de l'assuré	Âge terme de la garantie (au plus tard au)
Avant le 01/07/1951	65 <sup>ème</sup> anniversaire
À compter du 01/07/1951	65 <sup>ème</sup> anniversaire et 4 mois
À compter du 01/01/1952	65 <sup>ème</sup> anniversaire et 9 mois
À compter du 01/01/1953	66 <sup>ème</sup> anniversaire et 2 mois
À compter du 01/01/1954	66 <sup>ème</sup> anniversaire et 7 mois
À compter du 01/01/1955	67 <sup>ème</sup> anniversaire

\* Selon situation réglementaire tenant compte de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 du 21.12.2011.

- › La garantie en cas de perte totale et irréversible d'autonomie incluse dans les garanties "capital-décès" et "rente éducation" cesse au 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré.

Les garanties du présent contrat cessent en outre :

- › en cas de dénonciation de l'adhérent, opérée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, dans les conditions spécifiées à l'article 9 § 1 ;
- › en cas de non-paiement de la cotisation due par l'adhérent, dans les conditions spécifiées à l'article 13.

## Article 4 Obligations déclaratives

### § 1 - Lors de l'adhésion ou de la demande de modification des garanties

L'assuré a l'obligation de répondre exactement aux questions posées, notamment dans le bulletin d'adhésion ou dans la demande d'avenant, et dans le questionnaire médical pour permettre à l'organisme assureur d'apprécier le risque qu'il prend à sa charge.

### § 2 - En cours de vie du contrat

En cours d'adhésion, l'assuré devra déclarer par lettre recommandée avec accusé de réception, dans le délai d'un mois suivant sa survenance :

- › tout événement entraînant la perte du statut de Travailleur Indépendant ;
- › toute modification des éléments spécifiés au bulletin d'adhésion ;
- › toute modification à la hausse ou à la baisse de ses revenus afin que le niveau des garanties demeure adapté ou soit ajusté si nécessaire ;
- › tout changement ou cessation d'activité ;
- › le décès du bénéficiaire de la rente ;
- › ainsi que toute modification susceptible d'affecter les conditions des garanties souscrites, conformément à l'article L.221-17 du Code de la mutualité.

Il devra également produire chaque année les justificatifs attestant qu'il est à jour de ses cotisations aux régimes d'assurance-maladie et d'assurance vieillesse.

Ces déclarations doivent parvenir à AGMF Prévoyance, par lettre recommandée, dans le délai d'un mois suivant la connaissance par le membre participant de la survenance de l'un de ces événements. Si l'absence ou le retard de déclaration cause un préjudice à AGMF Prévoyance, elle pourra invoquer la déchéance des garanties et ne pas procéder au versement des prestations prévues.

En cas d'aggravation du risque, liée à l'un de ces événements et indépendante de l'état de santé du membre participant, AGMF Prévoyance se réserve le droit de proposer soit une augmentation des cotisations, soit la résiliation de l'adhésion du membre participant.

L'assuré déménageant à l'Étranger, en Polynésie française ou en Nouvelle-Calédonie a l'obligation d'informer l'assureur dans un délai d'un mois avant le déménagement afin qu'un conseil adapté à sa situation lui soit apporté.

## Article 5 Refus ou ajournement de l'adhésion

Le refus ou l'ajournement de l'adhésion est notifié au membre participant par lettre.

Dans ce cas, l'adhésion ne prend pas effet. Le refus ou l'ajournement de l'adhésion entraîne, s'il y a lieu, le remboursement intégral de la cotisation versée.

La décision de l'organisme assureur, liée à l'appréciation du risque apporté par l'assuré, est prise souverainement et n'est susceptible d'aucun recours.

## Article 6 Acceptation sous réserves

L'acceptation de l'adhésion peut être :

- › pure et simple,
- › soumise à des conditions particulières (risques aggravés),
- › assortie de réserves.

L'acceptation de l'adhésion peut être assortie de réserves formulées par le médecin-conseil, ayant pour objet d'exclure la prise en charge des suites d'affections déterminées et contractées antérieurement à l'adhésion.

L'acceptation de l'adhésion sous réserves est notifiée à l'assuré par lettre (recommandée avec avis de réception) confidentielle, en deux exemplaires, mentionnant la ou les affections contractées antérieurement à l'adhésion et faisant l'objet de l'exclusion.

En cas d'acceptation de la réserve, l'assuré retourne un exemplaire de la lettre sous pli confidentiel à l'adresse du médecin-conseil de l'organisme assureur, après l'avoir signé et revêtu de la mention "bon pour accord" et ce, dans un délai impératif de quinze jours suivant la date d'envoi de la lettre de réserves par l'organisme assureur. Un désaccord de l'assuré quant aux réserves ou l'absence de renvoi d'un exemplaire signé de la lettre dans le délai de quinze jours visé ci-dessus, empêche l'adhésion au contrat, et, s'il y a lieu, la cotisation versée est intégralement remboursée par l'organisme assureur.

## Article 7 Information des membres participants

### § 1 - Lors de la demande d'adhésion au contrat

Conformément à l'article L.221-6 du Code de la mutualité, le souscripteur remet à chaque futur adhérent, un bulletin d'adhésion, les statuts d'AGMF Prévoyance et la présente notice d'information définissant les garanties, leurs modalités d'application et les conditions d'exercice de la faculté de renonciation, ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistres.

### § 2 - Lors d'une modification du contrat par l'organisme assureur

En cas de modification du contrat collectif, le groupement souscripteur remet à chaque membre participant, avant la date d'application prévue, une information écrite établie par AGMF spécifiant les aménagements apportés et, le cas échéant, la réédition de la notice d'information.

En cas de désaccord sur les modifications qui lui seraient applicables, le membre participant a la faculté de dénoncer son adhésion par lettre recommandée avec demande d'avis de réception dans les trente jours suivant la communication de cette information (article L.221-6 alinéa 2 du Code de la mutualité). Dans ce cas, l'adhésion sera résiliée le 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la notification de cette dénonciation.

Jusqu'à la date d'effet de cette dénonciation, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer, sauf si les modifications opérées par l'organisme assureur sont d'ordre public et en conséquence d'application immédiate.

## Article 8 Durée, renouvellement, résiliation de l'adhésion et du contrat collectif

### § 1 - Durée de l'adhésion et tacite reconduction

Sauf stipulation contraire au certificat d'adhésion, l'adhésion est souscrite pour une durée expirant le 31 décembre de l'année d'adhésion.

Elle est ensuite renouvelable annuellement par tacite reconduction pour une durée de douze mois, jusqu'à la date terme des garanties visée à l'article 3 § 5 sauf résiliation par l'organisme assureur, le groupement souscripteur ou le membre participant dans les conditions décrites ci-dessous.

La tacite reconduction ne peut en aucun cas être supérieure à un an.

### § 2 - Résiliation de l'adhésion

Le membre participant peut résilier son adhésion chaque année par lettre recommandée avec accusé de réception, adressée avant le 31 octobre pour prendre effet au 31 décembre suivant.

L'organisme assureur procède à la résiliation de l'adhésion en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 14 ci-après.

La résiliation met fin définitivement à l'assurance et prive de tout droit à prestation l'assuré ou les bénéficiaires pour l'incapacité de travail ou l'invalidité consécutives à une maladie ou à un accident survenu postérieurement à la date de résiliation. Aucun remboursement de cotisation ne peut intervenir pour les périodes antérieures à la résiliation.

L'adhésion est résiliée de plein droit à l'échéance annuelle en cas de dénonciation par le membre participant opérée notamment en application des dispositions des articles 7 § 2 et 9 § 1.

### § 3 - Résiliation du contrat collectif

Le groupement souscripteur peut résilier le contrat d'assurance, par lettre recommandée, avec accusé de réception, adressée avant le 31 octobre pour une prise d'effet au 31 décembre.

La résiliation de l'adhésion met fin définitivement à l'assurance et prive de tout droit à prestation l'assuré pour le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie consécutifs à une maladie ou à un accident survenus postérieurement à la date de la résiliation. Aucun remboursement de cotisation ne peut intervenir pour les périodes antérieures à la résiliation. La résiliation du contrat collectif est sans effet sur les prestations à verser au titre des sinistres survenus antérieurement à la date de résiliation. Les prestations continuent d'être versées jusqu'à leur terme sur la base des montants atteints à la date de résiliation.

### Article 9 Modification de l'adhésion au contrat collectif

#### § 1 - À la demande du membre participant

Le membre participant peut demander à tout moment un aménagement de son contrat (augmentation ou diminution du niveau de ses garanties, modification de l'option de souscription), sous réserve d'en formuler la demande par lettre.

La demande d'augmentation du niveau des garanties est soumise aux mêmes conditions de limite d'âge, d'acceptation qu'une adhésion nouvelle, les règles de prise d'effet des garanties n'étant applicables que sur le complément.

En cas de refus, le contrat continue à s'appliquer sur ses anciennes bases après application, le cas échéant, de la clause d'indexation de la prestation garantie. En cas de diminution des garanties, la nouvelle garantie ne peut prendre effet avant le 1<sup>er</sup> janvier suivant.

La modification apportée donne lieu à l'émission d'un avenant au certificat d'adhésion.

#### § 2 - À la demande de l'organisme assureur ou du groupement souscripteur

Les modifications du contrat et/ou des tarifs de la garantie, approuvées par le Conseil d'Administration de l'organisme assureur, font l'objet d'un avenant signé entre ce dernier et les groupements souscripteurs et prennent effet à la date stipulée par celui-ci.

Le membre participant a la possibilité de refuser cette modification en dénonçant son adhésion dans les conditions de l'article 7 § 2 de la présente notice.

Les modifications souhaitées par le groupement souscripteur seront formulées auprès de l'organisme assureur par lettre adressée avant le 30 septembre précédant l'échéance annuelle. Elles ne peuvent prendre effet qu'à la date du renouvellement annuel (1<sup>er</sup> janvier suivant).

### Article 10 Fausse déclaration

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, les garanties accordées sont nulles en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'adhérent quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'organisme assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque (article L. 221-14 du Code de la mutualité).

Aucune prestation et aucun remboursement de cotisation ne peuvent intervenir. Le bénéficiaire est déchu de tout droit aux garanties.

Dans le cas où les faits délictueux ne sont constatés qu'après le versement de la prestation, l'organisme assureur en poursuit le recouvrement.

Conformément à l'article L. 221-15 du Code de la mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent ou de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité des garanties prévues au certificat d'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, l'organisme assureur a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'adhérent ; à défaut d'accord de celui-ci, les garanties prennent fin dix jours après notification adressée par lettre recommandée, la portion de cotisation payée pour le temps où les garanties ne courent plus lui étant restituée.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Au titre des garanties décès, il est fait application des dispositions de l'article L. 223-25 du Code de la mutualité <sup>(1)</sup>.

(1) Reproduction de l'article L. 223-25 du Code de la mutualité : "Par dérogation aux dispositions de l'article L. 221-14, l'erreur sur l'âge du membre participant n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve, lors de l'adhésion ou de la signature du contrat collectif, en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les règlements de la mutuelle ou de l'union.

Dans tout autre cas, si, par suite d'une erreur de ce genre, la cotisation payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital ou la rente garantis sont réduits en proportion

de la cotisation perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable du membre participant. Si, au contraire, par suite d'une erreur sur l'âge du membre participant, une cotisation trop forte a été payée, la mutuelle ou l'union est tenue de restituer la portion de cotisation qu'elle a reçue en trop sans intérêt."

### Article 11 Forclusion, prescription et garantie des droits de l'assuré

#### § 1 - Forclusion

L'assuré, le bénéficiaire ou son représentant sont tenus de se conformer aux délais de déclaration de sinistre et de demande de prestations visés dans la présente notice.

#### § 2 - Prescription

Conformément aux articles L. 221-11 et L. 221-12 du Code de la mutualité, toutes les actions dérivant du contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- › en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle en a eu connaissance ;
- › en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

La prescription est portée à dix ans, pour la garantie décès, dans le cas d'une action engagée par l'assureur et où le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, pour la garantie contre les accidents de personne, quand le bénéficiaire est un ayant droit du membre participant décédé.

Les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

La prescription peut être interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription telles que définies par les articles 2240 et suivants du Code civil :

- › reconnaissance par une des parties du droit de l'autre partie,
- › demande en justice, même en référé,
- › acte d'exécution forcée.

La prescription est également interrompue dans les cas ci-après :

- › désignation d'expert à la suite d'un sinistre,
- › envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception (par AGMF-Prévoyance au membre participant en ce qui concerne le paiement de la prime ; par le membre participant à AGMF-Prévoyance en ce qui concerne le règlement de la prestation).

#### § 3 - Réclamation et Médiation

Pour toute réclamation concernant l'application du présent contrat, l'assuré peut écrire :

- › par courrier à AGMF Prévoyance - Service Réclamation - 34 boulevard de Courcelles 75 809 Paris cedex 17,
- › ou par email à [reclamations.agmf@gpm.fr](mailto:reclamations.agmf@gpm.fr).

Si l'assuré est en désaccord avec la position retenue et après épuisement des procédures internes, la

Médiation de l'Assurance peut être saisie, à condition qu'aucune action judiciaire n'ait été engagée.

L'assuré peut à ce titre :

- › envoyer un dossier écrit à « La Médiation de l'Assurance » TSA 50 110 - 75 441 Paris cedex 09, comportant les informations suivantes : le nom de l'assureur : « AGMF Prévoyance », les dates des principaux événements à l'origine du différend et un bref résumé du litige, les décisions ou réponses d'AGMF Prévoyance qui sont contestées, la photocopie des courriers échangés, le numéro du contrat d'assurance et celui du dossier en cas de sinistre.
- › ou saisir en ligne le Médiateur en complétant un formulaire de saisine sur le [site de la Médiation de l'Assurance](http://www.mediation-assurance.org) : <http://www.mediation-assurance.org>.

L'avis motivé du Médiateur, rendu en droit ou en équité, est notifié dans les trois mois de sa saisine.

Cet avis ne lie pas les parties, l'assuré conserve le droit de saisir les tribunaux. Cet avis est également confidentiel, les parties s'interdisant d'en faire état devant les tribunaux.

#### § 4 - Autorité de contrôle

L'organisme assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout 75 436 PARIS cedex 09.

#### § 5 - Informatique et Libertés

Le responsable de traitement est AGMF Prévoyance.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à gérer les adhésions et les relations avec les adhérents et, le cas échéant, leurs bénéficiaires ou ayants droit ; ce traitement informatique permet aussi

la diffusion des propositions commerciales, informations et animations de la part d'AGMF Prévoyance.

Les données recueillies sont conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle et au-delà, conformément aux délais de prescription prévus aux dispositions contractuelles. AGMF Prévoyance met également en oeuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Les destinataires des données sont le personnel d'AGMF Prévoyance, ses mandataires (Caisse de Sécurité Sociale, etc.) et les entités assurantielles de Groupe Pasteur Mutualité, étant rappelé que les seuls destinataires des données relatives à la santé sont le médecin conseil d'AGMF Prévoyance et le personnel expressément habilité par ce dernier ; ainsi que, le cas

échéant, les partenaires contractuels et institutionnels d'AGMF Prévoyance, en fonction des choix exprimés et modifiables sur demande.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée, les adhérents et leurs bénéficiaires ou ayants droit bénéficient d'un droit d'accès et de rectification aux informations les concernant, qu'ils peuvent exercer en s'adressant à AGMF Prévoyance - CIL - 34, boulevard de Courcelles, 75809 Paris cedex 17. Ils disposent, en outre, d'un droit d'inscription sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique qu'ils peuvent exercer auprès de la SAS OPPOSETEL, 92-98 boulevard Victor Hugo, 92 110 CLICHY.

Ils peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données les concernant ; étant rappelé que l'exercice de ce droit d'opposition peut empêcher la souscription ou l'exécution des présentes garanties.

## CHAPITRE II - COTISATIONS

### Article 12 Paiement de la cotisation

#### § 1 - Modalités de paiement

La cotisation annuelle et, s'il y a lieu, les taxes y afférentes selon la réglementation en vigueur, sont payables d'avance aux dates d'échéance prévues sur l'appel de cotisation lors de l'adhésion puis lors du renouvellement. Elle est payée par le membre participant ou toute autre personne y ayant intérêt ou agissant pour son compte.

La première cotisation est calculée à compter de la date de l'acceptation de l'adhésion au contrat collectif et jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

La dernière cotisation précédant la résiliation de plein droit de l'adhésion ou du contrat à son terme visé à l'article 3 § 5 est calculée prorata temporis sur la période allant jusqu'à la date du terme.

Le règlement s'effectue par prélèvement automatique ou par chèque.

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, pour la garantie frais d'obsèques, la cotisation est indivisible et due pour l'ensemble de l'année civile quelle que soit la date de souscription ou de résiliation de l'adhésion.

Pour les souscriptions par tablette numérique en « face à face », le montant des cotisations et les dates d'échéance sont indiqués dans le formulaire tablette lors de cette adhésion.

Elles sont payables d'avance aux dates d'échéance mentionnées sur l'appel de cotisation lors de l'adhésion puis lors de son renouvellement.

Le règlement s'effectue par prélèvement automatique.

#### § 2 - Possibilité de fractionnement

La cotisation annuelle peut donner lieu, à la demande du membre participant, et sous réserve d'opter pour le prélèvement automatique, à un paiement fractionné, semestriel, trimestriel ou mensuel.

#### § 3 - Révision de la cotisation

Indépendamment des conséquences de l'indexation visée à l'article 14, la cotisation peut être révisée lors du renouvellement annuel de l'adhésion, compte tenu de l'âge atteint par l'assuré au regard des dispositions prévues par le tarif en vigueur ou, le cas échéant, suite à la modification du tarif portée à la connaissance de l'adhérent dans les conditions visées à l'article 9 § 2.

### Article 13 Non-paiement de la cotisation

À défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, le membre participant peut être exclu du groupe.

L'exclusion intervient dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure par l'organisme assureur.

Lors de la mise en demeure, le membre participant est informé qu'à l'expiration de ce délai, le défaut de paiement de la cotisation est susceptible d'entraîner son exclusion des garanties au contrat collectif. L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le membre participant.

## CHAPITRE III - PRESTATIONS GARANTIES

### SECTION 1 - Dispositions communes aux prestations garanties

### Article 14 Indexation des prestations garanties

#### § 1 - Au titre de la garantie décès/PTIA

Le montant de la prestation prévue au certificat d'adhésion est indexé au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année sur l'évolution, constatée au cours de la dernière période de juillet à juillet, de la moyenne arithmétique des trois indices suivants : valeur de service du point de retraite de l'AGIRC, salaire plafond mensuel de la Sécurité Sociale, indice mensuel des prix à la consommation série France entière publié par l'INSEE.

La cotisation annuelle subit la même indexation, sous réserve de la possibilité d'une révision annuelle de la cotisation par application des articles 9 § 2 et 12 § 3.

Les modalités de revalorisation des rentes qui peuvent être versées au titre de la garantie décès sont précisées aux articles 27, 35 et 42 du présent contrat.

#### § 2 - Au titre de la garantie frais d'obsèques

Le plafond de garantie visé à l'article 44 ci-dessous est indexé au premier janvier de chaque année, sur l'évolution du salaire plafond mensuel de la Sécurité Sociale constatée au cours de la dernière période de juillet à juillet. La valeur ainsi déterminée reste valable pour l'ensemble de l'année d'assurance. La cotisation annuelle subit la même indexation, sous réserve de la possibilité d'une révision annuelle de la cotisation par application des articles 9 et 12 § 3.

#### § 3 - Dispositions communes

L'adhérent reçoit, avant la date de renouvellement annuel de son adhésion, un état des garanties souscrites lui indiquant le montant de la prestation et de la cotisation pour la nouvelle période annuelle d'assurance, tenant compte de l'indexation visée aux alinéas ci-dessus.

L'adhérent a la possibilité de renoncer à l'indexation de la prestation garantie en informant l'organisme assureur par lettre adressée avant le 31 décembre.

Cette renonciation a un caractère définitif sauf augmentation de la garantie dans les conditions visées à l'article 9 § 1.

### Article 15 Risques exclus

#### § 1

L'organisme assureur ne prend pas en charge le décès résultant :

- › d'un suicide de l'assuré survenant pendant la première année suivant la prise d'effet de l'assurance,
- › de l'homicide volontaire de l'assuré par le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale.

#### § 2

L'organisme assureur ne prend pas en charge le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie suite à un accident ou un accident de la circulation résultant :

- › de l'ivresse de l'assuré présentant un taux d'alcoolémie égal ou supérieur aux taux réglementaires en vigueur au jour du sinistre, définis par l'article R.234-1 (alinéa 1<sup>er</sup>) du Code de la Route ;
- › de l'usage de drogues ou de stupéfiants non prescrits médicalement

#### § 3

L'organisme assureur ne prend pas en charge le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie résultant :

- 1/ de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre ;
- 2/ de faits de guerre civile ;



- 3/** du fait intentionnel causé ou provoqué par l'assuré ou les bénéficiaires ;
- 4/** de luttes, duels, rixes (sauf en cas de légitime défense) ou d'agressions auxquels l'assuré participe activement ;
- 5/** du fait d'émeutes, d'insurrections, d'actes de terrorisme ou de sabotage quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active ;
- 6/** des effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiations provenant de la transmutation des noyaux d'atomes ou de la radioactivité ainsi que les radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules, à l'exception de ces mêmes effets lorsqu'ils sont subis ou provoqués dans le cadre d'une thérapeutique médicale ;
- 7/** du risque de navigation aérienne, lorsque l'assuré se trouvait à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote ne possédant pas de brevet pour l'appareil utilisé ou de licence valide, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même ;
- 8/** de la participation à des courses en haute montagne ; on entend par courses en haute montagne les randonnées remplissant les deux conditions ci-après :
  - › nécessiter des équipements particuliers en vue d'escalades ou du franchissement de zones de rochers ou de passages de glaciers ;
  - › être effectuées dans une zone d'altitude située au dessus de la moyenne montagne, constituée en totalité de roches, glaces ou neiges éternelles ou en tout état de cause au dessus de 3 000 mètres d'altitude ;
- 9/** de la plongée subaquatique avec utilisation d'appareil respiratoire ;
- 10/** de la spéléologie ;
- 11/** de la pratique de sports aériens, et notamment vols sur aile volante, ULM, delta-plane, vol à voile, parachutisme, parachutisme ascensionnel, parapente, saut à l'élastique, voltige aérienne ;
- 12/** de tous sports nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur, à titre professionnel ou amateur et de tous sports à titre professionnel ;
- 13/** de la participation à des matches, paris, défis, courses, raids, acrobaties, tentatives de records, essais préparatoires ou de réception d'un engin, sauf compétition normale concernant un sport dont la pratique n'est pas exclue par les alinéas précédents. (par compétition normale, il faut entendre toute compétition organisée selon la pratique ou la coutume dans le sport considéré).

#### § 4

Au titre des garanties "frais d'obsèques" visées aux articles 43 et 44 ne sont pas pris en charge les décès résultant :

- 1/** d'un suicide de l'assuré survenant pendant la première année suivant la prise d'effet de l'assurance ;
- 2/** de faits de guerre étrangère, lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre ;
- 3/** de faits de guerre civile.

Par ailleurs, la garantie annuelle "frais d'obsèques", destinée à couvrir les frais d'inhumation de l'assuré défunt, ne comporte pas la garantie d'édification d'une stèle ou d'un monument funéraire.

#### § 5

Par dérogation aux dispositions qui précèdent, les exclusions de risques concernant les activités sportives non professionnelles visées au § 3 (9° à 13°), ci-dessus peuvent être levées, sur demande de l'adhérent effectuée, soit lors de l'adhésion au contrat, soit en cours d'adhésion, dans les conditions prévues à l'article 9 et moyennant le paiement d'une cotisation annuelle supplémentaire.

Pour permettre à l'assureur de se prononcer sur l'acceptation de la garantie sollicitée, l'adhérent doit lui faire parvenir une demande circonstanciée et signée décrivant la nature et les conditions d'exercice de l'activité sportive considérée (lieu, fréquence, période annuelle...). En outre, l'organisme assureur se réserve le droit de demander au postulant à l'assurance tout renseignement complémentaire nécessaire à une exacte appréciation du risque.

Les exclusions levées sont mentionnées au certificat d'adhésion.

#### § 6

Aucune prestation n'est due lorsque le sinistre entre dans l'un des risques exclus définis ci-dessus, sous réserve de l'application des dispositions du § 5 précité et aucun remboursement de cotisation ne peut intervenir.

## Article 16 Examen médical et contrôle de l'assuré

Pour se prononcer sur l'ouverture ou la continuation du service des prestations, l'organisme assureur se réserve le droit de faire subir à l'assuré qui ne peut s'y soustraire sous peine de non-application de la garantie, un examen médical, soit par son propre médecin-conseil, soit par un médecin choisi en dehors du médecin traitant, qui ne peut être l'assuré lui-même.

La convocation à cet examen a lieu au plus tard dans les 30 jours suivant la réception de l'intégralité des pièces justificatives visées dans la présente notice ci-après, pour chaque garantie.

L'organisme assureur peut également soumettre l'assuré à tous actes, investigations ou examens complémentaires liés au contrôle de son état de santé.

En outre, l'organisme assureur se réserve la possibilité de faire procéder à tous contrôles et enquêtes administratifs.

L'organisme assureur est fondé à suspendre le service des indemnités journalières si les pièces justificatives demandées ne sont pas fournies par l'assuré.

En cas de changement, même provisoire, de l'adresse où l'assuré peut être visité, celui-ci doit préalablement en avvertir l'organisme assureur ; en tout état de cause les sorties ne sont autorisées qu'aux heures prévues par la réglementation applicable aux assurés sociaux.

## Article 17 Litiges médicaux

En cas de contestation portant sur le caractère total et irréversible de la perte d'autonomie de l'assuré ou sur sa date, le différend peut être apprécié en dernier ressort par un médecin-arbitre désigné d'un commun accord par le médecin-conseil de l'organisme assureur et le médecin traitant qui ne peut être l'assuré lui-même.

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le troisième médecin serait désigné, sur la demande de la partie la plus diligente, par le Président du Tribunal de Grande Instance du département dans le ressort duquel se trouve la résidence de l'assuré.

Les honoraires du tiers expert sont à la charge de l'organisme assureur.

Toutefois, dans le cas où le tiers expert confirmerait la décision prise par l'organisme assureur à l'égard de l'intéressé, les honoraires et les frais de nomination seraient alors à la charge de ce dernier.

## SECTION 2 - Garanties décès

### Sous section 1 - Capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie

#### Article 18 Objet de la garantie

Cette garantie, si elle est souscrite, a pour but de garantir au bénéficiaire désigné un capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré.

Ce capital peut être transformé en tout ou partie en rente, à la demande du ou des bénéficiaires désignés.

Le contrat comprend une garantie décès "Vie Active" jusqu'au 80<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré, complétée, au-delà de cet âge, par une garantie dite "SENIOR".

#### Article 19 Définition des prestations garanties

L'assurance décès - perte totale et irréversible d'autonomie, hormis les cas prévus à l'article 15, est exempte de toute restriction concernant la cause et le lieu du décès.

La perte totale et irréversible d'autonomie, médicalement constatée avant le 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré, ouvre droit au paiement du capital garanti en cas de décès, y compris, le cas échéant, aux majorations de garantie "accident" visées aux articles 20 et 21 ci-dessous.

Est considéré comme frappé de perte totale et irréversible d'autonomie, l'assuré atteint d'une infirmité complète, l'empêchant définitivement de se livrer à quelque activité que ce soit pouvant lui rapporter gain ou profit et l'obligeant en outre à recourir à l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.

L'assurance joue selon les modalités prévues à la présente notice d'information ainsi qu'au certificat d'adhésion.

#### Article 20 Majoration de garantie accident

L'adhérent a la possibilité d'opter, soit au moment de l'adhésion, soit en cours d'adhésion dans les conditions prévues à l'article 9, pour une garantie

complémentaire en cas de perte totale et irréversible d'autonomie ou de décès accidentel. Cette option est obligatoirement liée à celle prévue à l'article 21 ci-dessous.

Pour l'application de cette garantie complémentaire et des dispositions concernant la prise d'effet des garanties, il est fait référence aux définitions données à l'article 3 § 4-a ci-dessus.

### Article 21 Majoration de garantie "accident de la circulation"

L'adhérent a la possibilité d'opter, soit au moment de l'adhésion, soit en cours d'adhésion dans les conditions prévues à l'article 9, pour une garantie complémentaire en cas de perte totale et irréversible d'autonomie ou de décès résultant d'un accident de la circulation. Cette option est obligatoirement liée à celle prévue à l'article 20 ci-dessus.

Pour l'application de cette garantie complémentaire, on entend par accident de la circulation, celui dont l'adhérent est victime, soit au cours d'un trajet à pied sur une voie publique ou privée, du fait de la circulation d'un véhicule, d'un animal ou d'un autre piéton, soit à l'occasion d'un parcours effectué par voie de terre, de fer, d'air ou d'eau, lorsque l'accident affecte le moyen de transport public ou privé utilisé.

La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré ainsi que la preuve de la nature de l'accident incombent aux bénéficiaires.

### Article 22 Montant du capital garanti

#### § 1 - Au titre de la garantie Décès Vie Active

Le montant du capital garanti jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle l'assuré atteint son 80<sup>ème</sup> anniversaire est fixé au certificat d'adhésion.

#### § 2 - Au titre de la garantie SENIOR

À partir du 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivant celle au cours de laquelle l'assuré atteint son 80<sup>ème</sup> anniversaire, le montant maximum du capital garanti est fixé à 48 fois le plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet de l'année précédente.

À partir du 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivant celle au cours de laquelle l'assuré atteint son 85<sup>ème</sup> anniversaire, le montant maximum du capital garanti est fixé à 4 fois le plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet de l'année précédente.

#### § 3 - Dispositions communes

Les montants visés aux § 1 et § 2 ci-dessus s'entendent hors majorations pour décès accidentel ou décès par accident de la circulation, prévues aux articles 20 et 21 ci-dessus ; chacune de ces majorations étant, le cas échéant, plafonnée au montant du capital décès maximum garanti en application des dispositions qui précèdent.

Les majorations prévues aux articles 20 et 21 sont égales au montant des capitaux décès visés aux § 1 et § 2 ci-dessus.

#### § 4 - Revalorisation du capital garanti

Le capital décès est revalorisé dès la date de décès de l'assuré dans les conditions prévues à l'article R.223-9 du code de la mutualité.

### Article 23 Bénéficiaires en cas de décès

Le(s) bénéficiaire(s) du capital lors du décès de l'assuré sont la ou les personnes ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle auprès de l'organisme assureur précisant, si besoin est, les coordonnées du(des) bénéficiaire(s), l'ordre de priorité de versement ou la répartition du capital.

La désignation du bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou acte authentique.

La désignation des bénéficiaires peut, à tout moment, être modifiée par l'adhérent, avec l'accord de l'assuré s'il est distinct de l'adhérent.

Ce droit ne peut être exercé du vivant de l'adhérent par ses créanciers ni par ses représentants légaux.

Tant que cette désignation n'a pas fait l'objet d'une acceptation (cf. ci-dessous), tout changement n'est valablement opposable à l'organisme assureur qu'autant que ce dernier ait normalement accusé réception de ce changement.

La désignation du (des) bénéficiaires devient irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire de sa désignation effectuée dans les conditions ci-après :

- › tant que l'assuré et l'adhérent, s'il s'agit d'une personne distincte de l'assuré, sont en vie, l'acceptation est faite par avenant signé de l'organisme assureur, de l'adhérent et du bénéficiaire. Elle peut également être faite par acte authentique ou sous seing privé, signé de l'adhérent et du bénéficiaire et n'a alors d'effet à l'égard de l'organisme assureur que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit ;
- › après le décès de l'assuré ou de l'adhérent, s'il s'agit d'une personne distincte de l'assuré, l'acceptation est libre.

L'acceptation ne peut intervenir que trente jours au moins à compter du moment où l'adhérent est informé que le contrat est conclu.\*

\* Les dispositions ci-dessus s'appliquent aux contrats en cours au 18/12/2007 n'ayant pas fait l'objet d'une acceptation de bénéficiaire à cette date.

En cas de pluralité de bénéficiaires de même rang, nominativement désignés et de prédécès de l'un ou plusieurs d'entre eux, la part de capital lui (leur) revenant est répartie entre les autres bénéficiaires au prorata de leur part respective.

À défaut de désignation expresse ou en cas de prédécès de tous les bénéficiaires désignés, le capital est attribué suivant l'ordre de priorité ci-après :

- › au conjoint survivant, non séparé de corps de l'assuré par un jugement définitif passé en force de chose jugée ;
- › aux enfants de l'assuré, nés ou à naître, vivants ou représentés, légitimes, reconnus ou adoptés ;
- › aux ascendants de l'assuré ;
- › aux héritiers de l'assuré.

### Article 24 Garantie complémentaire "double effet-conjoint"

Après le décès de l'assuré, son conjoint, s'il n'est pas lui-même garanti dans le cadre du présent contrat, bénéficie d'une assurance en cas de décès sans versement de cotisation.

#### § 1

L'objet de cette assurance est de garantir le paiement d'une rente annuelle d'éducation à chacun des enfants à charge de l'assuré égale à 5% du capital garanti au décès de l'assuré (hors majoration accident) et dans la limite d'une rente annuelle de 5 000 euros.

#### § 2

La garantie entre en jeu :

- › lorsque le décès du conjoint survient au plus tôt le jour du décès de l'assuré (ou résulte d'un même événement accidentel entraînant le décès de l'assuré et du conjoint dans un délai de trois mois) et au plus tard à la date anniversaire des 60 ans du conjoint ;
- › à condition que ce dernier ne soit pas séparé de corps au moment du décès de l'assuré ni remarié à la date de survenance du sinistre ;
- › et à condition que le conjoint laisse un ou plusieurs enfants initialement à la charge de l'assuré principal, et encore à sa charge au moment du décès.

#### § 3

Par enfant à charge, on entend :

- › L'enfant légitime, reconnu, adoptif ou recueilli de l'assuré ou de son conjoint s'il est effectivement à charge et considéré par la législation fiscale comme étant à la charge de l'assuré à la date du sinistre et s'il remplit l'une des conditions suivantes :
  - ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 21 ans ;
  - ne pas avoir dépassé la date anniversaire de ses 25 ans s'il justifie de la poursuite d'études.
- › L'enfant légitime à naître - conformément à l'article 315 du Code civil
  - au moment du décès et né viable est considéré comme enfant à charge de l'assuré.

Le service de la rente éducation cesse à la fin du trimestre civil au cours duquel le bénéficiaire ne remplit plus les conditions d'attribution énoncées ci-dessus et qui peuvent être contrôlées périodiquement à l'initiative de l'organisme assureur.

Les arrérages sont dus au plus tard jusqu'à l'échéance qui précède le décès du bénéficiaire.

### Article 25 Bénéficiaires de la garantie "double effet-conjoint" en cas de décès

Le bénéficiaire de la garantie "double effet-conjoint" visée à l'article 24 ci-dessus est chaque enfant, initialement à la charge de l'assuré principal, restant encore à la charge du conjoint au décès de ce dernier dans les conditions précisées audit article.

### Article 26 Option rente

#### § 1 - Options ouvertes

Le ou les bénéficiaire(s) peuvent demander la transformation de tout ou partie de leur capital :

- › soit en une rente viagère, immédiate ou différée ;

- › soit en une rente temporaire à annuités certaines variant d'une à dix annuités ;
- › soit en une rente viagère pouvant comporter un minimum d'annuités certaines.

L'assuré, s'il a choisi l'option rente viagère, peut demander que celle-ci soit réversible au profit de son conjoint survivant au taux de 60% ou 100%.

La transformation d'un capital en rente est conditionnée par un montant annuel de rente qui ne peut être inférieur à une fois le salaire-plafond mensuel de la Sécurité Sociale en vigueur.

La transformation du capital en rente viagère n'est possible que jusqu'à 80<sup>ème</sup> anniversaire du bénéficiaire.

Les options s'exercent selon les conditions en vigueur au moment de la demande et figurant sur le formulaire de demande de prestation.

Le choix d'une des options prévues ci-dessus devient définitif avec la signature de la demande de prestation. L'organisme assureur remet au bénéficiaire ou à son représentant légal un titre de rente constatant les engagements.

## § 2 - Service de la rente et revalorisation

La rente est payable trimestriellement et à terme échu les 1<sup>er</sup> avril, 1<sup>er</sup> juillet, 1<sup>er</sup> octobre et 1<sup>er</sup> janvier par virement.

Elle peut être revalorisée au 1<sup>er</sup> janvier par la répartition, au profit des bénéficiaires de rentes, des excédents techniques et financiers du risque "vieillesse" garanti par l'organisme assureur, décidée par le Conseil d'Administration de cet organisme. Les revalorisations attribuées restent acquises à titre définitif.

### Article 27 Service et revalorisation de la rente éducation

La rente éducation due au titre de la garantie complémentaire "double effet conjoint" visée à l'article 25 ci-dessus est payable trimestriellement à terme échu, les 1<sup>er</sup> avril, 1<sup>er</sup> juillet, 1<sup>er</sup> octobre et 1<sup>er</sup> janvier, par virement. Les rentes en cours de service peuvent être revalorisées au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année par décision du Conseil d'Administration de l'organisme assureur. Le taux appliqué est fixé par référence à l'indexation des prestations garanties en application de l'article 14, dans la limite de la provision pour participation aux bénéfices visée à l'article D.212-1 du Code de la mutualité.

Les revalorisations attribuées restent acquises à titre définitif tant que la rente est due.

### Article 28 Paiement du capital perte totale et irréversible d'autonomie et option rente

L'organisme assureur procède par virement au paiement du capital dû en cas de perte totale et irréversible d'autonomie reconnue, dans les trente jours suivant la réception de l'intégralité des pièces justificatives visées à l'article 48 ci-dessus ou, si ces procédures sont mises en œuvre, suivant la réception du rapport de l'examen médical, visé à l'article 17 ou la décision du médecin arbitre, visée à l'article 17.

L'assuré a la possibilité de demander la transformation de tout ou partie du capital qui lui est dû en rente dans les conditions précisées à l'article 26 ci-dessus.

Le versement du capital ou d'une rente en cas de perte totale et irréversible d'autonomie met fin à la garantie en cas de décès.

## Sous-section 2 - Garantie rente éducation

### Article 29 Objet de la garantie

La présente garantie, si elle est souscrite, a pour objet de garantir en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré, une rente temporaire, immédiate et individuelle au profit de chacun des enfants bénéficiaires de l'assurance.

### Article 30 Modification de la garantie

- › Cas particulier d'une demande d'extension du bénéfice de l'assurance à un nouvel enfant

Dans ce cas, aucun contrôle médical n'est effectué lorsque l'assuré, admis à l'origine sans réserve ni surcotisation, est âgé de moins de 50 ans à la date de la demande et si celle-ci est formulée dans un délai de trois mois suivant la naissance ou l'adoption de l'enfant concerné, pour un montant n'excédant pas le montant garanti pour un autre enfant.

L'extension du bénéfice de l'assurance prend alors effet le lendemain à zéro heure de l'envoi de la demande (le cachet de la poste faisant foi). Si les conditions visées à l'alinéa précédent ne sont pas réunies, la demande est considérée comme une adhésion nouvelle et l'extension du bénéfice de

l'assurance au nouvel enfant prend effet au jour de la notification de l'acceptation par l'organisme assureur.

### Article 31 Définition des prestations

La garantie "rente éducation", hormis les cas prévus à l'article 15, est exempte de toute restriction concernant la cause et le lieu du décès.

L'assurance décès joue au plus tard jusqu'au 70<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré. La perte totale et irréversible d'autonomie, médicalement constatée avant le 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'assuré et répondant aux conditions visées à l'article 19 ci-dessus, ouvre droit au paiement de la rente garantie en cas de décès.

L'assurance joue selon les modalités prévues à la présente notice d'information ainsi qu'au certificat d'adhésion, notamment en ce qui concerne la détermination des montants de rente annuelle garantis et les enfants bénéficiaires.

Le montant de la rente garantie est, si l'adhérent a opté lors de l'adhésion pour une rente majorée en fonction de l'âge atteint par l'enfant bénéficiaire, égal à :

- › 1 fois la rente annuelle de base souscrite jusqu'au dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'enfant bénéficiaire atteint son 12<sup>ème</sup> anniversaire ;
- › 1,5 fois la rente annuelle de base souscrite à compter du premier jour du trimestre civil suivant celui au cours duquel l'enfant bénéficiaire atteint son 12<sup>ème</sup> anniversaire et jusqu'au dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'enfant bénéficiaire atteint son 18<sup>ème</sup> anniversaire ;
- › 2 fois la rente annuelle de base souscrite à compter du premier jour du trimestre civil suivant celui au cours duquel l'enfant bénéficiaire atteint son 18<sup>ème</sup> anniversaire et jusqu'au terme de la prestation visé à l'article 33 ci-après.

### Article 32 Entrée en jouissance de la rente et paiement des arrérages

L'entrée en jouissance de la rente est fixée au jour du décès ou de la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie.

La rente est payable trimestriellement à terme échu les 1<sup>er</sup> avril, 1<sup>er</sup> juillet, 1<sup>er</sup> octobre et 1<sup>er</sup> janvier. Le premier versement comprend le montant des arrérages courus depuis le jour de l'entrée en jouissance.

Le paiement est effectué par virement au compte du bénéficiaire ou de son représentant légal.

### Article 33 Terme du service de la rente

Le service de la rente prend fin :

- › au dernier jour du trimestre civil au cours duquel le bénéficiaire atteint son 21<sup>ème</sup> anniversaire ou son 25<sup>ème</sup> anniversaire, s'il justifie de la poursuite effective de ses études dans les conditions visées à l'article 34 ci-dessous ;
- › au dernier jour du trimestre civil au cours duquel le bénéficiaire ne remplit plus les conditions requises pour la poursuite du service de la rente ;
- › à l'échéance de paiement qui précède le décès du bénéficiaire.

### Article 34 Contrôle des bénéficiaires

Durant la période de service de la rente, l'organisme assureur peut exiger la fourniture, par le bénéficiaire, de toute pièce justificative de la poursuite des conditions requises pour le service de la rente, notamment au-delà du 16<sup>ème</sup> anniversaire : certificat de scolarité pour chaque année scolaire ou universitaire et toute pièce justifiant la poursuite effective des études mentionnées sur ce certificat (photocopie des diplômes obtenus ; en cas d'échec : attestation de présentation à l'examen, etc.).

L'organisme assureur est fondé à suspendre le service de la rente si les pièces justificatives demandées ne sont pas fournies par le bénéficiaire.

### Article 35 Revalorisation de la rente

Les rentes en cours de service peuvent être revalorisées au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année par décision du Conseil d'Administration de l'organisme assureur.

Le taux appliqué est fixé par référence à l'indexation des prestations garanties en application de l'article 14 ci-dessus dans la limite de la provision pour participation aux bénéfices visée à l'article D.212-1 du Code de la mutualité.

Les revalorisations attribuées restent acquises à titre définitif tant que la rente est due.



## Sous-section 3 - Garantie rente de conjoint

### Article 36 Objet de la garantie

Cette garantie, si elle est souscrite, a pour objet d'assurer en cas de décès de l'assuré, selon la formule choisie, une rente temporaire immédiate et/ou une rente viagère au profit du bénéficiaire désigné de l'assurance.

### Article 37 Définition des prestations

La rente temporaire a pour objet de constituer un revenu de remplacement, spécialement lorsque son bénéficiaire n'a pas encore atteint l'âge requis pour bénéficier d'une pension de réversion. Elle est versée dès le décès de l'assuré et cesse au 50<sup>ème</sup>, 55<sup>ème</sup>, 60<sup>ème</sup> ou 65<sup>ème</sup> anniversaire du bénéficiaire, selon la formule choisie.

La rente viagère a pour objet de constituer un revenu de remplacement ou de complément de la pension de réversion. Elle ne peut être versée dans ce dernier cas avant le 50<sup>ème</sup>, 55<sup>ème</sup>, 60<sup>ème</sup> ou 65<sup>ème</sup> anniversaire du bénéficiaire, selon la formule choisie.

Le point de départ et le terme de la rente garantie, fixés en application des articles 39 et 40 ci-après sont précisés au certificat d'adhésion.

L'adhérent peut choisir de garantir, tant pour la rente temporaire que pour la rente viagère, un montant de rente fixe quel que soit l'âge de l'assuré au décès ou variable en fonction de cet âge et de celui du bénéficiaire.

Le montant de rente garanti et ses modalités d'évolution sont précisés au certificat d'adhésion.

La garantie "rente de conjoint", hormis les cas prévus à l'article 15, est exempte de toute restriction concernant la cause et le lieu du décès.

### Article 38 Bénéficiaire en cas de décès

Le bénéficiaire de la rente (ou des rentes) garantie(s) en cas de décès de l'assuré est la personne physique ayant fait l'objet d'une désignation nominative écrite et formelle et mentionnée au certificat d'adhésion au contrat.

La rente garantie étant nominative et individuelle, elle ne peut être versée en cas de prédécès du bénéficiaire. Il appartient dans ce cas à l'adhérent d'en informer l'organisme assureur aux fins de résiliation de la garantie.

### Article 39 Entrée en jouissance de la rente et paiement des arrérages

L'entrée en jouissance de la rente temporaire est fixée au jour du décès de l'assuré.

L'entrée en jouissance de la rente viagère est fixée au certificat d'adhésion. La rente est payable trimestriellement à terme échu le 1<sup>er</sup> avril, 1<sup>er</sup> juillet, 1<sup>er</sup> octobre et 1<sup>er</sup> janvier. Le premier versement comprend le montant des arrérages courus depuis le jour de l'entrée en jouissance.

Le paiement est effectué par virement au compte du bénéficiaire.

### Article 40 Terme du service de la rente

Le service de la rente temporaire prend fin :

- › à l'échéance de paiement qui précède le décès du bénéficiaire ;
- › au jour où le bénéficiaire atteint l'âge limite prévu au certificat d'adhésion.

Le service de la rente viagère prend fin à l'échéance de paiement qui précède le décès du bénéficiaire.

### Article 41 Contrôle des bénéficiaires

Durant la période de service de la rente, l'organisme assureur peut exiger la fourniture, par le bénéficiaire, de toute pièce justificative de la poursuite des conditions requises pour le service de la rente, notamment une copie intégrale de l'acte de naissance.

L'organisme assureur est fondé à suspendre le service de la rente si les pièces justificatives demandées ne sont pas fournies par le bénéficiaire.

### Article 42 Revalorisation de la rente

Les rentes en cours de service peuvent être revalorisées au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, par décision du Conseil d'Administration de l'organisme assureur.

Le taux appliqué est fixé par référence à l'indexation des prestations garanties en application de l'article 14 ci-dessus dans la limite de la provision pour participation aux bénéfices visée à l'article D.212-1 du Code de la mutualité.

Les revalorisations attribuées restent acquises à titre définitif tant que la rente est due.

## Sous-section 4 - Garantie frais d'obsèques

### Article 43 Objet de la garantie

Cette garantie, si elle est souscrite, a pour objet de garantir en cas de décès de l'assuré, quel que soit son âge, le versement à la personne justifiant du paiement des frais d'obsèques d'une allocation à hauteur des dépenses supportées et plafonnée au montant fixé à l'article 44 ci-après.

### Article 44 Définition de la prestation

La garantie annuelle "frais d'obsèques" hormis les cas prévus à l'article 15 du présent contrat, est exempte de toute restriction concernant la cause et le lieu du décès.

Elle joue sans limite d'âge particulière pour l'assuré tant que le contrat continue à être renouvelé par le souscripteur, sous réserve des cas de résiliation visés à l'article 9.

L'assurance joue selon les modalités prévues à la présente notice d'information ainsi qu'au certificat d'adhésion.

L'allocation versée en cas de décès de l'assuré ne peut, ni dépasser les frais d'inhumation du défunt effectivement supportés, ni excéder le plafond de garantie choisi par l'assuré et mentionné au certificat d'adhésion.

## CHAPITRE IV - CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS EN CAS DE SINISTRE

### Article 45 Déclaration du décès et pièces justificatives

#### § 1 - Garantie capital décès et garantie complémentaire "double effet-conjoint"

En cas de décès de l'assuré, le ou les bénéficiaires transmettent à l'organisme assureur, dans les délais mentionnés à l'article 11, une demande de capital décès (ou de rente éducation au titre de la garantie double effet-conjoint) en y joignant les pièces justificatives suivantes :

- 1/ un extrait d'acte de décès (bulletin de décès) ;
- 2/ un certificat médical indiquant que le décès est dû ou non à une cause naturelle ;
- 3/ la photocopie intégrale du livret de famille tenu à jour de l'assuré décédé, certifiée conforme par le(s) bénéficiaire(s) ou, si le livret de famille est indisponible ou inexistant : un certificat de notoriété établi par le notaire chargé du règlement de la succession ou un certificat d'hérédité délivré par la Mairie ou le Tribunal d'Instance du lieu du dernier domicile du défunt ;
- 4/ le cas échéant, tout document probant établissant le lien de cause à effet entre le décès et un accident ou, le cas échéant, un accident de la

circulation (rapport de gendarmerie, coupure de presse, certificat médical attestant que le sinistre est imputable aux blessures occasionnées par l'accident, etc.) ;

- 5/ en cas de désignation nominative de bénéficiaires, une copie intégrale de l'acte de naissance de chaque bénéficiaire ;
- 6/ en cas de désignation du conjoint de l'assuré ès-qualités : une copie intégrale de l'acte de naissance établi au nom de la personne qui a cette qualité au jour du décès de l'assuré ; en cas de divorce ou de séparation de corps, une copie de la décision de justice définitive ;
- 7/ en cas de désignation générique des bénéficiaires (exemples : enfants nés ou à naître, descendants, héritiers, etc.) un certificat de notoriété ou de propriété établi par le notaire chargé du règlement de la succession ou par le greffe du Tribunal d'Instance du lieu du domicile du défunt ou un certificat d'hérédité délivré par la Mairie ou le Tribunal d'Instance du lieu du dernier domicile du défunt ;
- 8/ pour la garantie "double effet-conjoint" :
  - › la justification du décès du conjoint, à savoir bulletin de décès et certificat médical indiquant que le décès est dû ou non à une cause naturelle ;

- › une copie intégrale de l'acte de naissance établi au nom du conjoint, prouvant qu'il n'était ni divorcé, ni remarié ;
  - › au moment de l'ouverture de la rente, une copie intégrale de l'acte de naissance au nom du ou des enfants et justification de la charge du ou des enfants bénéficiaires : avis d'imposition ou de non-imposition de l'assuré et du conjoint défunt ;
  - › au-delà du 16<sup>ème</sup> anniversaire, un certificat de scolarité ou d'apprentissage, une copie de la carte d'invalidité pour les enfants infirmes ou toute pièce médicale justifiant de leur handicap ;
  - › chaque année : une copie intégrale de l'acte de naissance établi au nom du bénéficiaire de la rente et, le cas échéant, un certificat de scolarité ou d'apprentissage ;
- 9/** s'il y a lieu, tout document à caractère fiscal exigé par la réglementation en vigueur ;
- 10/** un relevé d'identité bancaire ou postal du compte du ou des bénéficiaires ouvert en France.

À compter de la réception de l'intégralité des pièces justificatives visées ci-dessus, l'organisme assureur procède au paiement du capital dans les trente jours par chèque.

## § 2 - Rente éducation

En cas de décès de l'assuré, chaque bénéficiaire ou son représentant légal transmet, dans les délais mentionnés à l'article 11, une demande de rente éducation en y joignant les pièces justificatives suivantes :

- 1/** un extrait d'acte de décès de l'assuré (bulletin de décès) ;
- 2/** un certificat médical indiquant que le décès est dû ou non à une cause naturelle ;
- 3/** pour chaque bénéficiaire désigné, une copie intégrale de l'acte de naissance de celui-ci ;
- 4/** un relevé d'identité bancaire ou postal du compte du ou des bénéficiaires ouvert en France ;
- 5/** lorsque l'enfant bénéficiaire est âgé de plus de 16 ans à la date du décès de l'assuré, un certificat de scolarité et tout justificatif de la poursuite effective des études mentionnés sur ce certificat (photocopie des diplômes obtenus, en cas d'échec : attestation de présentation à l'examen, etc.) ;
- 6/** tout autre justificatif qui serait demandé par l'organisme assureur en fonction d'une situation particulière.

Dans les trente jours de la réception de l'intégralité des pièces justificatives visées ci-dessus, l'organisme assureur transmet à chaque bénéficiaire ou à son représentant légal un titre de rente constatant les engagements.

## § 3 - Rente de conjoint

En cas de décès de l'assuré, le bénéficiaire transmet, dans les délais mentionnés à l'article 11, une demande de rente en y joignant les pièces justificatives suivantes :

- 1/** un extrait d'acte de décès de l'assuré (bulletin de décès) ;
- 2/** un certificat médical indiquant que le décès est dû ou non à une cause naturelle ;
- 3/** pour le bénéficiaire désigné, une copie intégrale de l'acte de naissance ;
- 4/** un relevé d'identité bancaire ou postal du compte du ou des bénéficiaires ouvert en France.

Dans les trente jours de la réception de l'intégralité des pièces justificatives visées ci-dessus, l'organisme assureur transmet au bénéficiaire un titre de rente constatant les engagements.

## § 4 - Garantie frais d'obsèques

La prestation garantie peut être versée, soit au bénéficiaire défini à l'article 43, soit, sur délégation de celui-ci, directement à l'entreprise de pompes funèbres, membre de la Fédération Nationale des Pompes Funèbres (FNPF), avec laquelle l'organisme assureur a passé convention à cet effet. Cela doit être précisé à l'assureur par acte authentique ou acte sous seing privé.

Le versement est effectué sur production, dans les délais mentionnés à l'article 11 ci-dessus :

- 1/** d'un extrait d'acte de décès de l'assuré (bulletin de décès) ;
- 2/** de la facture de l'entreprise de pompes funèbres, acquittée par le bénéficiaire si celui-ci sollicite le paiement direct de la prestation.

## Article 46 Déclaration de la perte totale et irréversible d'autonomie et pièces justificatives

L'assuré souhaitant bénéficier du versement par anticipation du capital décès en cas de perte totale et irréversible d'autonomie transmet à l'organisme assureur, dans les six mois suivant la date de survenance de cet état, une demande de capital ou de rente éducation "PTIA" en y joignant les pièces justificatives suivantes :

- › un certificat médical délivré par le médecin traitant qui ne peut être l'assuré lui-même, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'organisme assureur, attestant que l'état de l'assuré correspond à la définition de la perte totale et irréversible d'autonomie visée à l'article 19 ci-dessus. Ce certificat doit préciser la nature et la date d'origine de la maladie ou de l'accident ayant entraîné la perte totale et irréversible d'autonomie ainsi que la date de consolidation<sup>(1)</sup> ;
- (1) On considère que l'état de santé est consolidé à partir du moment où la pathologie n'est plus susceptible d'évolution ou encore, à partir du moment où les traitements médicaux et chirurgicaux ne sont plus susceptibles d'apporter une amélioration supplémentaire.*
- › lorsque l'assuré relève d'un régime de Sécurité Sociale ou d'assurance obligatoire invalidité, décès ou vieillesse comportant l'attribution de prestations spécifiques (allocations ou majorations d'allocations) aux assurés atteints de perte totale et irréversible d'autonomie au sens de l'article 19 ci-dessus ou de l'article L.341-4, 3° du Code de la Sécurité Sociale<sup>(1)</sup> : le titre d'attribution de cette prestation émanant de l'institution d'affiliation ;
  - › le cas échéant, tout document probant établissant le lien de cause à effet entre la perte totale et irréversible d'autonomie et un accident ou un accident de la circulation ;
  - › tout justificatif qui serait demandé par l'organisme assureur en fonction d'une situation particulière ;
  - › pour chaque bénéficiaire de rente éducation, les pièces mentionnées au § 2 de l'article 45 ci-dessus.

À défaut de déclaration de sinistre dans le délai de six mois visé au premier alinéa, la date de reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie ne peut être fixée antérieurement au jour de la réception par l'organisme assureur de la demande de prestation.

*(1) Reproduction du texte de l'article L.341-4 du Code de la Sécurité Sociale : "Art. L.341-4. En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides soit classés comme suit :*

- 1 - invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;*
- 2 - invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;*
- 3 - 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".*

## EXERCICE DU DROIT DE RENONCIATION PRÉVU À L'ARTICLE 3 § 3 DE LA NOTICE D'INFORMATION

### MODÈLE DE LETTRE-TYPE DE RENONCIATION À L'ADHÉSION AU CONTRAT PROTECTION DÉCÈS EN CAS D'ADHÉSION À DISTANCE OU HORS ÉTABLISSEMENT

(À reproduire sur papier libre et à adresser par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard dans les trente jours suivant la réception du certificat d'adhésion indiquant la prise d'effet de l'adhésion à AGMF Prévoyance : 34, boulevard de Courcelles - 75809 Paris cedex 17).

« Monsieur le Président,

Je soussigné(e), ..... , domicilié(e) à ..... , vous prie de bien vouloir prendre note, qu'usant de la faculté qui m'est conférée par l'article 3 § 3 de la présente notice, je désire renoncer à l'adhésion n° ..... à la formule de garanties choisie et enregistrée auprès de votre organisme.

Je n'ai connaissance de la survenance d'aucun événement susceptible de déclencher la mise en œuvre des prestations assurées par le présent contrat».

(Attention, uniquement en cas d'adhésion à distance et si vous avez expressément demandé l'exécution du contrat à effet de la date prévue au bulletin d'adhésion, préciser au lieu et place de la dernière phrase ci-dessus le paragraphe suivant :)

Ayant expressément demandé l'exécution du contrat à effet de la date prévue au bulletin d'adhésion, je demande le remboursement des primes d'assurance déjà versées dans le délai de 30 jours prévu par la loi et m'engage à vous rembourser le montant des prestations perçues pendant ce même délai.

Fait à ..... , le .....  
(Signature du membre participant)

Les garanties ci-dessus sont assurées par AGMF - Prévoyance - Union de mutuelles soumise aux dispositions du Livre II du Code de la mutualité - 34 Boulevard de Courcelles - 75809 Paris Cedex 17. N° 775 666 340 (Contrats collectifs souscrits par l'ARPAG, Association de la loi de 1901, 34 Boulevard de Courcelles - 75809 Paris Cedex 17 avec conjointement, le cas échéant, une ou plusieurs organisations représentatives de professions non salariées conformément à l'art 998-1° du Code général des Impôts auprès d'AGMF Prévoyance).



## ANNEXE I - PROTECTION JURIDIQUE VIE PRIVÉE

La garantie Protection Juridique Vie Privée est accordée à tout professionnel de santé ayant été admis comme adhérent/assuré au sein du contrat collectif RCM.13 et qui a souscrit la garantie Protection Juridique Vie Privée en complément des garanties Responsabilité Civile et Protection juridique Professionnelles.

La garantie Protection juridique Vie Privée est accordée, sans supplément de cotisation, à l'ensemble des adhérents membres participants des mutuelles affiliées à AGMF Prévoyance qui disposent d'un contrat complémentaire santé ou prévoyance AGMF (à l'exclusion de la garantie frais d'obsèques, garantie dépendance, garantie en couverture de prêt, épargne retraite, ou contrat spécifique excluant cette garantie). Dans le cadre de cette adhésion, la présente garantie est accordée moyennant le reversement par AGMF Prévoyance à PANACEA Assurances d'une cotisation TTC de 1% des cotisations émises nettes d'annulations et de remises par AGMF Prévoyance au titre des garanties principales complémentaire santé ou prévoyance ouvrant droit à la garantie Protection Juridique Vie Privée.

La garantie Protection juridique Vie Privée prend effet, soit à sa date de souscription en complément du contrat responsabilité civile professionnelle auquel elle est rattachée, soit à la date d'effet du contrat santé ou prévoyance auquel elle est attachée, celle-ci ne pouvant être antérieure au 1/01/2010.

En cas de pluralité de contrats ouvrant droit à la présente garantie Protection juridique Vie Privée, les plafonds contractuels de garantie prévus ci-dessous ne se cumulent pas.

### Article 1 Définitions

Pour l'application de ce contrat, il faut entendre par :

- Assuré : l'adhérent défini ci-dessus, son conjoint marié ou pacsé ainsi que ses enfants mineurs non émancipés.
- Litige : toute réclamation ou désaccord amiable ou judiciaire opposant l'assuré à un tiers, conduisant l'assuré à faire valoir un droit ou résister à une prétention ou toute poursuite engagée à son encontre. "Est considéré comme sinistre, le refus qui est opposé à une réclamation dont l'assuré est l'auteur ou le destinataire" (art L.127-2-1 Code des Assurances).
- Tiers : toute personne physique ou morale autre que l'assuré défini ci-dessus.
- Assureur (ci-dessous appelé également "La Société") : PANACEA ASSURANCES, Société anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 50 000 000 € - Entreprise régie par le Code des Assurances, 34 boulevard de Courcelles, 75809 Paris cedex 17, 507 648 087 RCS Paris.

### Article 2 - Objet du contrat

Ce contrat garantit l'assistance et l'assurance de l'assuré défini ci-dessus en cas de litige relevant de sa vie privée. On entend par assistance, la recherche d'une solution amiable aux litiges couverts par la présente garantie et par assurance la prise en charge des coûts de procédure dans la limite des plafonds garantis indiqués dans le tableau figurant en fin de notice.

La gestion des sinistres protection juridique et des conseils est confiée à un personnel du service protection juridique de la société PANACEA ASSURANCES, société anonyme à directoire et conseil de surveillance - Entreprise régie par le Code des Assurances, 34 boulevard de Courcelles, 75809 Paris cedex 17,

### Article 3 - Nature des prestations garanties

#### § 1 - Assistance par téléphone

Dans le cadre de la garantie Protection Juridique, la Société répond aux demandes de renseignements juridiques exposés par l'Assuré, en vue de la prévention d'éventuelles actions juridictionnelles couvertes par le présent contrat.

Ce service fonctionne aux jours et heures de service de la Société, du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures.

La rédaction de tout acte ou consultation écrite est exclue du champ de cette prestation.

#### § 2 - Recherche d'une solution au litige

La Société procède à l'examen de la déclaration, informe l'Assuré de la nature et de l'étendue de ses droits et obligations, apprécie le bien fondé juridique du litige et met en œuvre les moyens amiables ou judiciaires permettant à l'Assuré d'obtenir la solution la plus satisfaisante à son litige. Pour cela, elle demande, si besoin est, communication des pièces et informations nécessaires à l'instruction du dossier. En accord avec l'Assuré et tant que cela est possible, la Société effectue toutes les démarches auprès de la partie adverse pour obtenir une solution amiable. S'il s'avère nécessaire de donner une suite contentieuse au litige, sous la condition que l'action ne soit pas prescrite et qu'elle porte sur des prétentions juridiquement fondées, la Société prend en charge le coût de la procédure, à savoir :

- Les frais de constitution de dossiers, tels que les frais d'enquête, coût du procès verbal de police et sous réserve de son accord préalable, de constat d'huissier ;
- Les honoraires d'experts désignés par la Société ;
- Les frais et honoraires d'avocats, d'avoués et des auxiliaires de justice ;
- Les frais de justice engagés pour l'exercice du recours, sur lequel l'Assuré a donné son accord selon les modalités visées à l'article 5 des présentes conditions générales.

### Article 4 Exclusions

La Société ne couvre pas :

- Les litiges inférieurs à 300 Euros ;
- Les litiges garantis pour la défense ou le recours par une autre assurance ou découlant d'un défaut d'assurance obligatoire ;
- Les litiges provoqués intentionnellement par l'Assuré ou dont il se rend complice, ainsi que ceux résultant de sa participation à un crime, un délit intentionnel, une agression ou rixe, sauf en cas de légitime défense ;
- Les litiges résultants de la guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de mouvements populaires, d'actes de terrorisme ou de sabotage commis dans le cadre d'actions concertées ;
- Les litiges relatifs à l'expression d'opinions politiques ou syndicales ou à la participation à un acte de défense d'intérêts collectifs ;
- Les litiges relatifs à la vie professionnelle des assurés ;
- Les litiges relatifs aux matières fiscales ou douanières ;
- Les simples renseignements juridiques, conseils et avis en l'absence de litige ;
- les litiges liés à la qualité d'employeur ou de dirigeant statutaire d'associations, de sociétés commerciales ou civiles, de la détention de parts sociales ou valeurs mobilières, de la participation dans une société civile professionnelle, groupement de coopération sanitaire ou de toute autre structure civile, administrative ou commerciale, ainsi qu'en qualité de mandataire social de droit ou de fait ;
- Les litiges relatifs au droit des personnes (livre 1 du Code Civil), aux régimes matrimoniaux, aux successions et aux libéralités ;
- Les litiges résultant d'événements naturels et climatiques ayant fait l'objet d'un arrêté préfectoral ou ministériel ;
- Les litiges résultant de l'inexécution par l'assuré d'une obligation légale ou contractuelle ;
- Les litiges financiers attachés à l'engagement de l'adhérent en qualité de caution ;
- Les litiges liés à l'achat, la vente, la location, la possession ou l'utilisation d'un véhicule terrestre à moteur, d'un bateau ou d'un aéronef ;
- Les litiges relatifs à des travaux soumis à déclaration ou autorisation préalable ainsi que ceux relevant de l'obligation d'assurance en vertu de la loi du 4 janvier 1978 ;
- Les actions en simple recouvrement de créances ;
- Les litiges relatifs aux règlements de quote-part de copropriété.
- Les litiges relatifs à l'application du présent contrat, et de façon plus générale, tout litige vous opposant à l'AGMF et/ou au Groupe Pasteur Mutualité.

Par ailleurs, ne sont jamais pris en charge les amendes pénales ou civiles, les frais de cautions pénales, les consignations pénales, les sommes au paiement desquelles l'Assuré est condamné pour réparer le préjudice qu'il a causé en principal et intérêts ainsi que toutes les autres indemnités compensatoires, les frais et dépens exposés par la partie adverse de même que les sommes au paiement desquelles l'Assuré est condamné au titre de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile, 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale ou L761-1 du Code de Justice Administrative, les frais d'exequatur ou d'exécution d'une décision hors du territoire national, les frais engagés en l'absence d'accord préalable de la société par l'Assuré pour l'obtention de constats d'huissiers, d'expertises amiables ou toute autre pièce justificative.

### Article 5 Dispositions relatives à la garantie

#### § 1 - Modalités de gestion

Il est précisé que l'Assuré, conseillé par l'avocat qu'il choisit, conserve dans tous les cas la direction de la procédure.

En cas de procédure prise en charge dans le cadre du présent contrat, l'Assuré peut faire appel à l'avocat ou à la personne qualifiée de son choix ou s'en remettre, s'il le souhaite, à la Société pour la désignation de la personne chargée de défendre ses intérêts ou de le représenter.

Cette disposition est également applicable chaque fois que survient un conflit d'intérêt entre lui-même et la Société.

Lorsque l'Assuré souhaite exercer un recours à l'encontre d'un tiers, la Société n'intervient que si elle estime que le recours est fondé en droit.

L'Assuré ne peut saisir directement un avocat, une personne qualifiée ou une juridiction sans l'accord de la Société. Les frais qu'il engagerait resteraient alors à sa charge sans pour autant perdre son droit à garantie. Néanmoins, en cas d'urgence, il peut seul prendre les mesures conservatoires strictement nécessaires, à charge d'en informer la Société dans les 48 heures conformément à l'article L127-2-2 du Code des Assurances.

En cas de désaccord entre la Société et l'Assuré au sujet de mesures à prendre pour régler un différend, cette difficulté peut être soumise à l'arbitrage. Dans ce cas, la difficulté est soumise à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord par les parties ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés. Les frais exposés pour la mise en oeuvre de cette faculté sont à la charge de la Société. Toutefois, le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés, peut en décider autrement lorsque l'Assuré a mis en oeuvre cette faculté dans des conditions abusives.

Lorsque cette procédure est exercée, le délai de recours contentieux est suspendu pour toutes les instances juridictionnelles qui sont couvertes par la garantie d'assurance et que l'Assuré est susceptible d'engager en demande, jusqu'à ce que la tierce personne chargée de proposer une solution en ait fait connaître la teneur.

Si l'Assuré a engagé à ses frais une procédure contentieuse et obtient une solution plus favorable que celle qui lui avait été proposée par la Société ou par la tierce personne, la Société l'indemnise des frais exposés pour l'exercice de cette action, déduction faite des sommes revenant à l'Assuré au titre des dépens ou de l'article 700 du Nouveau Code de procédure civile, de l'article L 761-1 du Code de justice administrative, ou des articles 375 et 475-1 du Code de procédure pénale, dans la limite du montant de la garantie.

## § 2 - Modalités de prise en charge des frais et honoraires d'avocat - Subrogation

- Quelles que soient les modalités de mise en oeuvre des garanties, la Société prend en charge l'ensemble des frais et honoraires d'avocat ou de toute autre personne qualifiée qui s'avèrent nécessaires, dans les limites du plafond de garantie et du barème de prise en charge des honoraires d'avocat annexé aux Conditions Particulières ;
- Lorsque l'Assuré s'en remet à la Société pour la désignation d'un avocat ou de toute autre personne qualifiée, la Société prend directement en charge les frais et honoraires correspondants dans la limite des montants prévus par le tableau de prise en charge contractuel ;
- Si l'Assuré décide de choisir lui-même son avocat ou toute autre personne qualifiée :
  - lorsque l'Assuré a lui-même fait l'avance des honoraires et/ou frais, la Société le rembourse sur justificatifs, pour chaque intervention, plaidoirie, pourvoi ou recours, au fur et à mesure que ces frais ont été exposés dans la limite des montants prévus par le tableau de prise en charge contractuel ;
  - dans l'hypothèse où une délégation d'honoraires a été consentie par l'Assuré à son avocat, permettant à ce dernier de s'adresser directement à la Société pour le paiement de ses frais et honoraires, la Société s'engage à régler directement l'avocat à concurrence du plafond contractuel ;
- Les dispositions relatives à la subrogation de la Société sont applicables aux sinistres "Protection juridique" pour la récupération, auprès de tout responsable, des sommes payées par la Société pour le compte de l'Assuré, notamment des frais de justice et des dépens. Toutefois, toute somme obtenue en remboursement des frais et honoraires exposés pour la solution d'un litige bénéficient prioritairement à l'Assuré à due concurrence des dépenses dûment justifiées qui resteraient à sa charge.

## § 3 - Obligations de l'Assuré

En cas de litige, l'Assuré doit :

- donner, dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans un délai de 5 jours ouvrés, avis du litige au siège de la Société par lettre recommandée ;
- transmettre à la Société, dès réception, tous avis, lettres, convocations, assignations, actes extrajudiciaires et pièces de procédures susceptibles de relever de la garantie qui lui sont adressés, remis ou signifiés ;
- indiquer dans la déclaration du litige, la date, les circonstances de faits, les noms et adresse des tiers concernés et d'une manière générale toute information permettant une meilleure connaissance du litige ;

- communiquer sur simple demande de la Société et sans délai, tout document nécessaire à la gestion du litige.

Faute pour l'Assuré de se conformer aux obligations ci-dessus, sauf cas fortuit ou de force majeure, la Société peut réclamer une indemnité proportionnée au préjudice que ce manquement lui a causé. Si, de mauvaise foi, l'Assuré fait une déclaration inexacte, exagère le montant de ses dommages, emploie comme justification des documents inexacts ou use de moyens frauduleux, l'Assuré est entièrement déchu du droit à garantie.

## § 4 - Etendue territoriale

Les garanties du présent contrat s'exercent exclusivement en France métropolitaine et dans les départements d'Outre-Mer.

## § 5 - Fonctionnement de la garantie dans le temps

Les garanties de la présente partie s'appliquent à tous les litiges déclarés après l'adhésion au contrat et dont les éléments constitutifs étaient inconnus de l'Assuré à la date de prise d'effet de l'adhésion. Les garanties ne sont pas acquises pour les litiges déclarés à la Société postérieurement à la cessation de l'adhésion au contrat.

## Article 6 Dispositions diverses

### § 1 - Prescription

Tous les droits et actions afférents aux présentes garanties se prescrivent par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance <sup>(1)</sup>.

L'interruption de la prescription peut résulter de l'une des causes prévues à l'article L. 114-2 du Code des Assurances <sup>(2)</sup>.

*(1) 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'assurances sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents entraînant 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*

*(2) 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 prévues par le Code civil sont les suivantes :*

- *article 2240 : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (c'est notamment le paiement des intérêts, une reconnaissance de responsabilité, un engagement de payer...)*

- *articles 2241 à 2243 : une demande en justice*

- *articles 2244 à 2246 : une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.*

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* ».

### § 2 - Examen des réclamations

Pour toute réclamation concernant l'application du présent contrat l'assuré peut écrire :

- ▶ par courrier à PANACEA - Service Réclamation - 34 boulevard de Courcelles 75 809 Paris cedex 17,
- ▶ ou par email à [reclamations.panacea@gpm.fr](mailto:reclamations.panacea@gpm.fr).

Si l'assuré est en désaccord avec la position retenue et après épuisement des procédures internes, la Médiation de l'Assurance peut être saisie, à condition qu'aucune action judiciaire n'ait été engagée. L'assuré peut à ce titre :

- ▶ envoyer un dossier écrit à « La Médiation de l'Assurance » TSA 50 110 - 75 441 Paris cedex 09, comportant les informations suivantes : le nom de l'assureur : « PANACEA ASSURANCES », les dates des principaux événements à l'origine du différend et un bref résumé du litige, les décisions ou réponses de PANACEA qui sont contestées, la photocopie des courriers échangés, le numéro du contrat d'assurance et celui du dossier en cas de sinistre.
- ▶ ou saisir en ligne le Médiateur en complétant un formulaire de saisine sur le site de la Médiation de l'Assurance : <http://www.mediation-assurance.org>.

L'avis motivé du Médiateur, rendu en droit ou en équité, est notifié dans les trois mois de sa saisine.

Cet avis ne lie pas les parties, l'assuré conserve le droit de saisir les tribunaux. Cet avis est également confidentiel, les parties s'interdisant d'en faire état devant les tribunaux. »

### § 3 - Informatique et libertés

Le responsable de traitement est PANACEA Assurances.

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à gérer les adhésions et les relations avec les adhérents et, le cas échéant, leurs bénéficiaires ou ayants droit ; ce traitement informatique permet aussi la diffusion des propositions commerciales, informations et animations de la part de PANACEA Assurances. PANACEA Assurances met également en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Les destinataires des données sont le personnel de PANACEA Assurances et ses partenaires contractuels et institutionnels, étant rappelé que les seuls destinataires des données relatives à la santé sont le médecin conseil de PANACEA Assurances et le personnel expressément habilité par ce dernier

; ainsi que, le cas échéant, les mandataires et partenaires contractuels et institutionnels de PANACEA Assurances. (Caisse de Sécurité Sociale, etc.).

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée, les adhérents et leurs bénéficiaires ou ayants droit bénéficient d'un droit d'accès et de rectification aux informations les concernant, qu'ils peuvent exercer en s'adressant à PANACEA Assurances – CIL – 34, boulevard de Courcelles, 75809 Paris cedex 17. Ils disposent, en outre, d'un droit d'inscription sur une liste d'opposition au démarchage téléphonique en application de la loi n°2014-344 du 17 mars 2014.

Ils peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement des données les concernant ; étant rappelé que l'exercice de ce droit d'opposition peut empêcher la souscription ou l'exécution des présentes garanties.

### § 4 - Contrôle de l'entreprise d'assurance

Conformément aux dispositions de l'article L.112-4 du Code des Assurances, l'autorité chargée du contrôle de l'entreprise d'assurance est l'ACPR : Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61, rue Taitbout - 75009 PARIS.

## PLAFOND CONTRACTUEL DE PRISE EN CHARGE DES HONORAIRES D'AUXILIAIRES DE JUSTICE

TYPE DE PROCÉDURE	PLAFOND EN EUROS
Commission administrative, Tribunal de Police (infraction de la 1 <sup>ère</sup> à la 4 <sup>ème</sup> classe).	620 €
Tribunal de Police (infractions de la 5 <sup>ème</sup> classe)	800 €
Tribunal Correctionnel	1 000 €
Plainte avec constitution de partie civile	120 €
Liquidation des intérêts civils, Assistance d'un civilement responsable	750 €
Médiation pénale	500 €
Assistance a garde à vue <ul style="list-style-type: none"> <li>• de 20 h à 6 h</li> <li>• Week end et jours fériés</li> </ul>	120 € 250 €
Assistance suite a mise en examen devant le juge d'instruction Assistance en tant que témoin assisté	2 200 € 650 €
Référé, mesure d'instruction avant dire droit	600 €
Assistance à expertise	120 €
Tribunal d'Instance, Tribunal de Grande Instance, de Commerce, Administratif, Tribunal des Affaires Sociales	1 100 €
Ordonnance du Juge de la mise en état, Ordonnance du juge de l'exécution	700 €
Juridictions ordinales : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conseil Départemental :</li> <li>• Conseil Régional :</li> <li>• Appel devant le Conseil national :</li> </ul>	250 € 1 100 € 1 300 €
Cour d'appel : procédure Civile, Sociale, pénale, administrative, ordinale	1 300 €
Cour de Cassation, Conseil d'Etat	2 200 €
Cour d'assise	2 200 €
Transaction : <b>50%</b> du plafond prévu si la procédure avait été menée à son terme devant la juridiction concernée	Selon juridiction
- Plafond général pour un litige :	<b>20 000 €</b>
- Sauf pour ceux relatifs aux biens immobiliers appartenant à l'assuré et mis en location :	<b>2 000 €</b>
- Plafond relatif aux frais d'expertises (amiable et judiciaire) :	<b>2 000 €</b>
- Plafonds relatif aux frais d'avoué	<b>1 200 €</b>

Ces montants incluent, outre les honoraires, la TVA, ainsi que les frais, droits divers, débours ou émoluments (notamment de postulation devant le Tribunal de Grande Instance). Ils n'incluent pas les frais d'actes d'huissiers de justice ainsi que, le cas échéant, les frais de mandataire devant le Tribunal de Commerce. Ces montants sont applicables par ordonnance, jugement ou arrêt ainsi qu'en cas de pluralité d'avocats, c'est à dire lorsqu'un avocat succède, à votre demande, à un autre avocat pour la défense de vos intérêts, ou si vous faites le choix de plusieurs avocats.



# Statuts AGMF PREVOYANCE

Statuts applicables à compter du 18 juin 2016

## TITRE I - FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE L'UNION

### CHAPITRE 1<sup>er</sup> : FORMATION ET OBJET

#### ARTICLE 1<sup>er</sup> - DÉNOMINATION ET SIÈGE

Une Union de Mutuelles appelée "Association Générale des Médecins de France - Prévoyance" est établie à PARIS 17<sup>ème</sup>, 34 Boulevard de Courcelles.

Toutefois, dans la correspondance courante et pour l'exécution des opérations postales, il pourra être fait usage des appellations abrégées Association Générale des Médecins de France, AGMF ou AGMF Prévoyance.

L'Union est régie par le Code de la mutualité. Elle est immatriculée sous le N° 775 666 340 et inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 612-21 du Code monétaire et financier.

#### ARTICLE 2 - OBJET

I - L'Union a pour objet de réaliser, à titre individuel ou collectif, au profit des personnes physiques susceptibles de bénéficier légalement de ses prestations, les opérations d'assurance suivantes :

- la couverture des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie ;
- la contraction d'engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine ;
- la couverture à titre accessoire des besoins liés au mariage ou à la naissance d'enfants par le versement d'un capital lors de ces événements ;
- la réalisation d'opérations faisant appel à l'épargne en vue de la capitalisation et impliquant des engagements déterminés.

Elle accepte les engagements mentionnés ci-dessus en réassurance.

Elle peut également, à la demande d'autres mutuelles ou Unions, se substituer entièrement à ces organismes dans les conditions prévues au livre II du Code de la mutualité pour la délivrance de ces engagements.

II - Les branches d'assurance qu'elle peut garantir ou accepter en réassurance, sous réserve de l'obtention des agréments prévus par la législation, sont les suivantes :

- 1) Accidents (prestations forfaitaires, indemnitaires et combinaison)
- 2) Maladie (prestations forfaitaires, indemnitaires et combinaison)
- 20) Vie-décès

III - L'Union peut, à titre accessoire, assurer la prévention des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie, dans les conditions et limites définies par l'article L. 111-1-III du Code de la mutualité.

IV - L'Union peut souscrire des contrats collectifs auprès d'une autre Union, d'une mutuelle, d'une institution de prévoyance ou d'une entreprise d'assurances, dans les conditions prévues à l'article L. 221-3 du Code de la mutualité, en vue de faire bénéficier les membres participants des mutuelles adhérentes ou une catégorie d'entre eux de garanties supplémentaires.

V - L'Union peut recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance dans les conditions prévues à l'article L. 116-2 du Code de la mutualité.

VI - L'Union peut déléguer de manière totale ou partielle la gestion d'un contrat collectif, dans les conditions prévues à l'article L. 116-3 du Code de la mutualité.

VII - L'Union peut présenter à titre accessoire des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance, dans les conditions prévues à l'article L. 116-1 du Code de la mutualité.

VIII - L'Union peut adhérer ou créer une Union de Groupe Mutualiste (UGM) conformément à l'article L. 111-4-1 du Code de la mutualité.

IX - L'Union peut adhérer ou créer une Union Mutualiste de Groupe (UMG) conformément à l'article L. 111-4-2 du Code de la mutualité.

X - L'Union peut adhérer à une Société de Groupe d'Assurance Mutuelle (SGAM) conformément à l'article L. 322-1-3 du Code des assurances.

#### ARTICLE 3 - RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Un règlement intérieur, adopté par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration, détermine en tant que de besoin les conditions d'application des présents statuts.

Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts.

#### ARTICLE 4- RÈGLEMENTS DES GARANTIES

Des règlements des garanties, adoptés par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration, déterminent, par branche d'assurance, le contenu des engagements contractuels entre l'Union et les membres participants des groupements adhérents et les membres honoraires.

Les droits et obligations résultant d'opérations collectives définies à l'article L. 221-2-III du Code de la mutualité sont le cas échéant déterminés par un contrat écrit entre le souscripteur et l'Union.

Les régimes d'assurance proposés par l'Union mais garantis par d'autres organismes sont détaillés dans des contrats ou notices d'information remis aux adhérents concernés.

#### ARTICLE 5 - RESPECT DE L'OBJET SOCIAL

Les instances dirigeantes de l'Union s'interdisent toute délibération sur des sujets étrangers aux buts de l'Union.

### CHAPITRE 2 - CONDITIONS D'ADMISSION, DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

#### SECTION I - CONDITIONS D'ADMISSION

##### ARTICLE 6 - CONDITIONS D'ADMISSION

Peuvent adhérer à l'Union les mutuelles et Unions régies par le Code de la mutualité, ainsi que toutes les personnes morales qui, en application dudit Code, peuvent avoir vocation à adhérer à une Union mutualiste.

Ne peuvent adhérer que les groupements qui souhaitent faire bénéficier des garanties proposées par l'Union leurs membres participants ou les membres participants de leurs mutuelles.

Peuvent être admis comme membres honoraires les personnes morales qui souscrivent un ou plusieurs contrats collectifs auprès de l'Union.

L'admission de nouveaux groupements adhérents est prononcée par le Conseil d'Administration.

##### ARTICLE 7 - ASSURÉS, BÉNÉFICIAIRES, AYANTS-DROIT

Les membres participants des groupements adhérents peuvent s'assurer pour eux mêmes ou pour ceux qu'ils désignent dans le contrat, dans les limites qui résultent de la loi et des règlements des garanties.

Sont regardés comme ayants-droit, pour les prestations dues au titre de l'assuré : l'assuré lui-même ou la personne désignée au contrat ; en cas de décès de l'assuré : ses successibles dans l'ordre fixé par le Code civil ou, si la loi l'autorise, la personne spécialement désignée par le contrat.

Pour les prestations en nature d'assurance maladie, sont regardés comme ayants-droit de l'assuré, si le contrat le prévoit : son conjoint, son partenaire dans le cadre d'un PACS, son concubin, ses enfants à charge selon la définition retenue par le contrat d'assurance et toute personne regardée comme ayant-droit au sens du Code Général des Impôts ou du Code de la Sécurité sociale.

##### ARTICLE 8 - LOGO DU GROUPE

Toute adhésion à l'Union implique pour les organismes adhérents le droit d'utiliser son logo dans les conditions définies par celle-ci, sans préjudice des conventions d'usage pouvant être passées avec les autres organismes membres de Groupe Pasteur Mutualité.

##### ARTICLE 9 - FUSION OU SCISSION DES MEMBRES ADHÉRENTS

Lorsque deux ou plusieurs groupements mutualistes adhérents à l'Union fusionnent entre eux, l'organisme résultant de la fusion est de plein droit adhérent de l'Union. Il en va de même lorsqu'un groupement mutualiste adhérent absorbe un autre groupement mutualiste non adhérent.

Lorsqu'un groupement mutualiste adhérent est absorbé par un autre groupement mutualiste non adhérent, l'organisme issu de la fusion doit solliciter son admission auprès du Conseil d'Administration. Lorsqu'un groupement mutualiste adhérent se scinde en plusieurs groupements mutualistes, les organismes issus de la scission sont de plein droit adhérents à l'Union, sauf à présenter leur démission dans les conditions énoncées à l'article 10.

### SECTION II - DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION

##### ARTICLE 10 - DÉMISSION

La démission est notifiée à l'Union par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au Président du Conseil d'Administration.

##### ARTICLE 11 - RADIATION

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les présents statuts subordonnent l'admission. Leur radiation est prononcée par le Conseil d'Administration.

Sont également radiés les membres qui n'ont pas payé la contribution visée à l'article 67 ci-après au 31 décembre de l'exercice écoulé. En ce cas, la radiation est précédée d'une mise en demeure faite par lettre recommandée. La radiation peut être prononcée s'il n'a pas été satisfait à cette mise en demeure dans un délai de quinze jours à compter de sa réception. Il peut toutefois être sursis par le Conseil à l'application de cette mesure pour les membres participants qui établissent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer la cotisation.

Peuvent aussi être radiés les membres de l'Union dont les membres participants ne font plus appel aux services de l'Union. Le membre dont la radiation est envisagée pour ce motif est invité à présenter ses observations sur la mesure envisagée par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée quinze jours au moins avant que la mesure soit décidée.

##### ARTICLE 12 - EXCLUSION

Peuvent être exclus les membres de l'Union qui auraient causé volontairement à ses intérêts un préjudice dûment constaté ou qui refusent de se soumettre aux obligations prévues par les présents statuts.

Le membre de l'Union dont l'exclusion est proposée pour l'un de ces motifs est convoqué devant le Conseil d'Administration, par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée quinze jours au moins avant la date prévue, pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés.

S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée pour le plus prochain conseil.

S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration.

##### ARTICLE 13 - CONSÉQUENCES DE LA CESSATION D'ADHÉSION

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations et subventions versées.

### CHAPITRE 3 - DISSOLUTION VOLONTAIRE

##### ARTICLE 14 - CONDITIONS DE LA DISSOLUTION VOLONTAIRE

La dissolution volontaire ne peut être décidée que si les conditions de quorum et de majorité prévues à l'article 21 sont réunies. Tout projet de dissolution inscrit à l'ordre du jour est accompagné d'un rapport de son auteur exposant les raisons de cette dissolution et les dispositions qu'il est proposé de prendre conformément à la loi et aux présents statuts.

## ARTICLE 15 - CONSÉQUENCES DE LA DISSOLUTION VOLONTAIRE

L'Assemblée Générale qui vote la dissolution désigne un ou plusieurs liquidateurs. Si aucun liquidateur n'est désigné par l'Assemblée, le Président en fonction saisit sans délai le Président du Tribunal de Grande Instance en référé pour qu'il en désigne un ou plusieurs.

Les fonctions des Administrateurs cessent avec la désignation du ou des liquidateurs.

Les liquidateurs ont tous les pouvoirs qui ne sont pas réservés à l'Assemblée Générale pour

procéder aux opérations de liquidation. Ils se conforment aux exigences de l'article L. 212-14 du Code de la mutualité et rendent compte de leurs opérations au Commissaire aux comptes.

Les liquidateurs convoquent une Assemblée Générale chargée d'approuver les comptes de la liquidation. Sans préjudice du respect des règles énoncées à l'article L. 223-25-5 du Code de la mutualité, la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif est décidée par l'Assemblée Générale dans les conditions énoncées à l'article L. 113-4 dudit Code.

# TITRE II - ADMINISTRATION DE L'UNION

## CHAPITRE 1<sup>er</sup> - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

### SECTION I - COMPOSITION, ÉLECTIONS

#### ARTICLE 16 - COMPOSITION

L'Assemblée Générale est composée des délégués des groupements mutualistes adhérents. Les délégués sont élus ou désignés par le groupement mutualiste qu'ils représentent dans les conditions fixées par les statuts de ces groupements.

Chaque délégué ne dispose que d'une seule voix.

#### ARTICLE 17 - NOMBRE DE DÉLÉGUÉS

Chaque groupement est représenté à l'Assemblée Générale par un délégué pour 0,314% du chiffre d'affaires prévoyance et complémentaire santé des contrats individuels et collectifs d'AGMF Prévoyance (hors acceptations) généré par ses membres participants. L'assiette ainsi définie est majorée pour les mutuelles locales d'un tiers des cotisations apportées aux mutuelles nationales par les membres en situation de multiple appartenance ; ce tiers est déduit de l'assiette retenue pour les dites mutuelles nationales.

L'assiette ainsi définie est majorée pour les mutuelles dites professionnelles d'un tiers des cotisations apportées aux mutuelles nationales par les membres en situation de multiple appartenance ; ce tiers est déduit de l'assiette retenue pour les dites mutuelles nationales.

Le chiffre d'affaires retenu est celui de l'exercice précédent.

Le calcul du nombre de délégués est arrondi à l'entier le plus proche avec un minimum de 2 délégués et un maximum de 20. Le nombre de délégués ainsi obtenu ne peut toutefois être inférieur à celui calculé à raison d'un délégué pour 1000 membres participants titulaires d'un ou plusieurs contrats individuels ou collectifs souscrits auprès d'AGMF Prévoyance arrondi à l'entier le plus proche et excéder un maximum de 20 délégués.

L'effectif pris en compte est celui du 31 décembre précédent, le seuil d'effectif ci-dessus étant par ailleurs indexé chaque année et pour la première fois en 2008 sur la base du pourcentage d'augmentation des effectifs entre le 31 décembre de l'année N-2 et le 31 décembre de l'exercice précédent.

Deux mois au moins avant l'Assemblée Générale Ordinaire, le Président du Conseil d'Administration notifie à chacun des organismes membres le nombre de délégués appelés à les représenter. Le nombre de délégués ainsi calculé reste valable jusqu'à la prochaine Assemblée Générale Ordinaire. L'Assemblée Générale ordinaire est celle qui est appelée à statuer sur les comptes de l'exercice précédent.

Les groupements adhérents élisent ou désignent, en sus des délégués titulaires, des délégués suppléants en nombre égal à la moitié des délégués titulaires.

Lorsque les titulaires sont empêchés de participer à l'Assemblée Générale, les suppléants peuvent les remplacer, dans l'ordre de leur désignation.

Un mois au moins avant la date prévue pour l'Assemblée Générale Ordinaire, chaque groupement adhérent notifie à l'Union le nom et l'adresse de ses délégués titulaires et suppléants par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de regroupement de mutuelles par voie de fusion ou de dissolution avec dévolution de l'actif et du passif à une autre mutuelle, le nombre de délégués issus de ce regroupement ne pourra pas être inférieur au nombre total de délégués auquel chacune des mutuelles avait droit à l'Assemblée Générale précédant le regroupement. Cette disposition transitoire s'appliquera jusqu'à la tenue de la troisième Assemblée Générale d'approbation des comptes qui suivra le regroupement. À l'expiration de ce délai, il sera fait application des alinéas 1 à 4 du présent article.

### SECTION II - RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

#### ARTICLE 18 - CONVOCATIONS

L'Assemblée Générale se réunit au moins une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'Administration, ou dans les conditions prévues à l'article L. 114-8 du Code de la mutualité.

#### ARTICLE 19 - ORDRE DU JOUR

L'ordre du jour de l'Assemblée Générale est fixé par l'auteur de la convocation. Il est joint à celle-ci.

Les délégués peuvent demander l'inscription à l'ordre du jour de projets de résolutions dans les conditions déterminées comme suit conformément aux articles L. 114-8-III et D. 114-6 du Code de la mutualité : tout projet de résolution adressé par lettre recommandée avec accusé de réception au Président du Conseil d'Administration cinq jours au moins avant la date de la réunion de l'Assemblée Générale, par le quart au moins des délégués titulaires, est obligatoirement inscrit à l'ordre du jour.

L'Assemblée Générale ne peut délibérer que sur une question inscrite à l'ordre du jour. Néanmoins, elle peut en toutes circonstances révoquer un ou plusieurs membres du Conseil d'Administration et procéder à leur remplacement. Elle prend en outre, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier de l'Union et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la mutualité.

#### ARTICLE 20 - PROCÈS-VERBAUX

Il est établi sous la responsabilité du Secrétaire Général un procès verbal de chaque réunion de l'Assemblée Générale. Ce procès-verbal est signé par le Secrétaire Général et le Président.

#### ARTICLE 21 - QUORUM ET MAJORITÉ

1/ Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité renforcés pour être adoptées.

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, les délégations de pouvoir au Conseil d'Administration, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution de l'Union, la création d'une nouvelle Union, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si les délégués présents sont en nombre au moins égal à la moitié du nombre des délégués titulaires.

Si, lors de la première convocation, l'Assemblée Générale n'a pas réuni le quorum fixé à l'alinéa précédent, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée qui délibère valablement si les délégués présents sont en nombre au moins égal au quart du nombre des délégués titulaires.

Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

#### 2/ Autres délibérations de l'Assemblée Générale

Pour l'exercice des attributions autres que celles mentionnées au § 1/ ci-dessus, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si les délégués présents sont en nombre au moins égal au quart du nombre des délégués titulaires. Si, lors de la première convocation, l'Assemblée Générale n'a pas réuni ce quorum, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée, qui délibère valablement quel que soit le nombre de délégués présents et de groupements représentés.

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés.

### SECTION III - ATTRIBUTIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

#### ARTICLE 22 - COMPÉTENCES RÉSERVÉES À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée Générale de l'Union procède à l'élection des membres du Conseil d'Administration et, le cas échéant, à leur révocation.

Elle est seule compétente pour statuer sur :

- 1°) la modification des statuts ;
  - 2°) la dissolution de l'Union, sa scission ou sa fusion avec une autre Union ;
  - 3°) l'adhésion à une Union, à une fédération ou à une SGAM ;
  - 4°) la création d'une autre Union ;
  - 5°) les activités exercées ;
  - 6°) la nature des prestations offertes ;
  - 7°) la conclusion d'une convention de substitution ;
  - 8°) les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession de réassurance ;
  - 9°) le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'Union agisse comme cédante ou cessionnaire ;
  - 10°) la ratification de toute décision de souscription d'un contrat collectif dans les conditions prévues par l'article L. 221-3 du Code de la mutualité ;
  - 11°) l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations ;
  - 12°) la désignation des Commissaires aux comptes ;
  - 13°) les principes que doivent respecter les délégations de gestion des contrats collectifs prévues à l'article L.116-3 du Code de la mutualité et à l'article 2V des présents statuts ;
- et plus généralement sur toutes les matières pour lesquelles la loi impose la consultation de l'Assemblée Générale.

#### ARTICLE 23 - COMPÉTENCES À EXERCER CHAQUE ANNÉE

L'Assemblée Générale statue chaque année sur :

- 1°) la modification, si elle est nécessaire, des montants ou taux de cotisations, ou la délégation donnée au Conseil d'Administration aux fins de fixer ces montants ou ces taux ;
  - 2°) la modification, si elle est nécessaire, des montants ou taux des prestations offertes, ou la délégation donnée au Conseil d'Administration pour fixer ces montants ou ces taux ;
  - 3°) le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;
  - 4°) les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe auquel elle appartient, dès lors qu'elle en aurait l'obligation réglementaire ;
  - 5°) le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionné à l'article L. 114-34 du Code de la mutualité ;
  - 6°) les indemnités à attribuer aux Administrateurs, dans les conditions prévues à l'article L. 114-26 du Code de la mutualité et le rapport spécial sur les indemnités versées au cours de l'année écoulée, certifié par le Commissaire aux comptes, tel qu'il est prévu par l'article L. 114-17 du Code de la mutualité ;
  - 7°) le rapport du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers entre l'Union et d'autres groupements mutualistes, auquel est joint le rapport du Commissaire aux comptes prévu par l'article L. 114-39 du Code de la mutualité ;
  - 8°) le rapport présenté par le Conseil d'Administration sur les opérations d'intermédiation et les délégations de gestion, mentionné à l'article L.116-4 du code de la mutualité ;
- et plus généralement sur toutes les matières pour lesquelles la loi impose un vote annuel de l'Assemblée Générale.

#### ARTICLE 24 - CLAUSE GÉNÉRALE DE COMPÉTENCE

L'Assemblée Générale peut valablement délibérer sur toute autre question inscrite à son ordre du jour. Les membres et les organes de l'Union se conforment à ses décisions.

## CHAPITRE 2 - CONSEIL D'ADMINISTRATION

### SECTION I - COMPOSITION, ÉLECTION

#### ARTICLE 25 - COMPOSITION

1/ L'Union est administrée par un Conseil d'Administration de 45 membres élus parmi les délégués à l'Assemblée Générale de l'Union, dans les conditions fixées aux articles 26 à 28. Les sièges sont répartis en quatre collèges dans les conditions suivantes :

- collège des médecins : 36 sièges ;
- collège des professions médicales autres que médecins : 4 sièges ;
- collège des auxiliaires médicaux : 3 sièges ;
- collège des autres professions : 2 sièges.

2/ À compter du renouvellement du tiers sortant 2016, les 45 postes seront répartis entre chaque collège en proportion du chiffre d'affaires généré par les membres participants dudit collège, arrondi à l'entier le plus proche. Le Conseil d'Administration déterminera à chaque renouvellement du tiers sortant le nombre de postes à pourvoir dans chaque collège en fonction de l'évolution du critère ci-dessus, pour autant que la variation constatée impacte la répartition du chiffre d'affaires par collège d'au moins trois points pour au moins un collège. Pour l'application du présent article, le chiffre d'affaires retenu est celui défini à l'article 17 ci-dessus.

#### ARTICLE 26 - CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ

Nul ne peut être élu au Conseil d'Administration :

- s'il n'est âgé de dix-huit ans révolus au jour de l'élection ;
- s'il a exercé, dans les trois années précédant le jour de l'élection, des fonctions salariées au sein de l'Union, de l'un des groupements membres de l'Union, ou de la fédération à laquelle appartient l'Union ;
- s'il est inéligible à raison de l'une des condamnations mentionnées à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité ;
- s'il n'a pas participé aux formations qui pourraient être proposées par l'Union avant l'élection.

#### ARTICLE 27 - DÉCLARATIONS DE CANDIDATURES

Les formulaires de candidature aux fonctions d'Administrateur sont adressés par tout moyen par le Président ou le Secrétaire Général du Conseil d'Administration aux délégués désignés dans les conditions fixées à l'article 17.

Les formulaires de candidature doivent parvenir à l'Union 21 jours francs au moins avant la date de l'Assemblée Générale dans les conditions suivantes :

- par pli recommandé avec accusé de réception ou déposés contre récépissé au siège de l'Union.
- par télécopie ou courrier électronique aux numéros ou adresse indiqués à cet effet.

Les candidats doivent s'assurer de la bonne réception de leurs candidatures.

#### ARTICLE 28 - MODALITÉS DE L'ÉLECTION

10 jours francs avant la date de l'Assemblée Générale, le Président ou le Secrétaire Général du Conseil d'Administration met à disposition des délégués désignés dans les conditions fixées à l'article 17 les professions de foi des candidats aux fonctions d'Administrateur et éventuellement le matériel de vote.

L'élection a lieu au scrutin uninominal à deux tours. Les membres de l'Assemblée Générale votent à bulletin secret.

Sont élus au premier tour les candidats qui ont réuni la majorité des suffrages exprimés. Au deuxième tour, l'élection a lieu à la majorité relative.

Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

#### ARTICLE 29 - LIMITE D'ÂGE

Le Conseil d'Administration ne peut comprendre plus d'un tiers de membres âgés de soixante-dix ans ou plus.

Le dépassement de la part maximale que peuvent représenter les Administrateurs ayant dépassé la limite d'âge entraîne la démission d'office de l'Administrateur le plus âgé.

#### ARTICLE 30 - DURÉE NORMALE DU MANDAT

Les membres du Conseil d'Administration sont élus pour six ans. Leur mandat expire le jour de la réunion du Conseil d'Administration qui suit l'Assemblée Générale au cours de laquelle il a été pourvu à leur remplacement.

Le renouvellement du conseil a lieu par tiers tous les deux ans. Les membres sortants sont rééligibles.

Lors de la constitution initiale du Conseil d'Administration et en cas de renouvellement complet, le conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection.

Il est procédé de la même manière entre les nouveaux élus à chaque fois que sont pourvus des sièges qui n'étaient pas antérieurement pourvus.

#### ARTICLE 31 - FIN ANTICIPÉE DU MANDAT

Les membres du Conseil d'Administration perdent leur mandat :

- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, conformément aux dispositions de l'article 29 ;
- lorsqu'ils perdent leur qualité de délégué à l'Assemblée Générale par suite d'une décision du groupement mutualiste auquel ils appartiennent ;
- en cas de démission, radiation ou exclusion du groupement mutualiste dont ils sont délégués ;
- lorsqu'ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office en application de l'article L. 114-23 du Code de la mutualité.
- lorsqu'ils sont frappés d'une quelconque incapacité d'exercer des fonctions d'Administrateur par application de la loi, et notamment de l'article L. 114-21 du Code de la mutualité,
- dans le délai visé par la réglementation suite à une décision d'opposition de l'autorité en charge du contrôle des mutuelles prise en application de l'article L. 612-23-1 du code monétaire et financier.

#### ARTICLE 32 - VACANCE

En cas de vacance d'un siège d'Administrateur (y compris lorsque la vacance est consécutive à une décision d'opposition de l'autorité en charge du contrôle des mutuelles prise en application de l'article L. 612-23-1 du code monétaire et financier), et à la condition que cette vacance n'ait pas pour effet de faire tomber le nombre d'Administrateurs en dessous du nombre minimum prévu par l'article L. 114-16 du Code de la mutualité, il est pourvu provisoirement par le Conseil d'Administration à la désignation d'un nouvel administrateur au siège devenu vacant jusqu'à la prochaine Assemblée générale au cours de laquelle une nouvelle élection est organisée.

Chaque administrateur ainsi élu achève le mandat de son prédécesseur.

Si un Administrateur nommé à titre provisoire par le Conseil d'Administration n'est pas ensuite élu par l'Assemblée générale, les délibérations prises avec la participation de cet Administrateur et les actes qu'il aura accomplis n'en seront pas moins valables.

Dans le cas où la vacance a pour effet de faire tomber le nombre d'Administrateurs en dessous du nombre minimum prévu par l'article L. 114-16 du Code de la mutualité, il est procédé sans délai à la convocation d'une Assemblée Générale.

#### ARTICLE 33 - REPRÉSENTATION DES SALARIÉS

Deux représentants des salariés de l'Union assistent avec voix consultative aux réunions du Conseil d'Administration. Ils sont élus de la manière indiquée ci-après.

Les représentants du personnel sont élus par collèges : un pour le collège des cadres, un pour le collège des employés ainsi qu'un suppléant par collège. Les agents d'encadrement font partie du collège des cadres. Les agents de maîtrise font partie du collège des employés. Peuvent participer au vote tous les salariés de l'Union, à temps complet ou partiel, ayant au moins un an d'ancienneté au jour du scrutin. Le mandat des représentants du personnel est soumis à élection à chaque renouvellement du Conseil d'Administration de l'Union. Les élections des représentants du personnel ont lieu le premier jour ouvrable de la semaine précédant la date de l'Assemblée Générale. L'appel de candidatures a lieu 20 jours avant cette date et est clos 14 jours avant. Les représentants ainsi élus siègeront lors du premier Conseil qui suivra l'Assemblée Générale.

Les salariés votent à bulletin secret. Le scrutin comprend un tour. Sont élus en qualité de titulaires, dans chaque collège, le candidat qui a eu le plus de voix et, en qualité de suppléant, le candidat immédiatement placé ensuite.

### SECTION II - RÉUNIONS

#### ARTICLE 34 - CONVOCATIONS

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président et au moins trois fois par an. Sauf en cas d'urgence, la convocation est adressée aux membres du Conseil d'Administration, au dirigeant opérationnel et aux représentants des salariés dix jours francs au moins avant la date prévue pour la réunion. L'ordre du jour, établi par le Président, est joint à la convocation. Le Président est tenu de convoquer le Conseil d'Administration lorsque cela lui est demandé par le quart au moins des membres du Conseil.

#### ARTICLE 35 - DÉLIBÉRATIONS

Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents.

Les membres du Conseil ne peuvent ni se faire représenter, ni voter par correspondance. Le Conseil peut décider d'entendre à titre consultatif, les personnes dont il lui paraîtrait utile de recueillir les avis en raison de leur compétence.

Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents.

Sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité, les membres du Conseil d'Administration qui participent au Conseil d'Administration par des moyens de visioconférence ou de télécommunication dans les conditions visées au règlement intérieur.

#### ARTICLE 36 - PROCÈS-VERBAUX

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est signé par le Président et le Secrétaire Général et approuvé par le Conseil d'Administration lors de la séance suivante.

### SECTION III - ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

#### ARTICLE 37 - ATTRIBUTIONS DE PLEIN DROIT

Le Conseil dispose, pour l'administration et la gestion de l'Union, de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'Assemblée Générale par le Code de la mutualité et les présents statuts.

Il veille scrupuleusement à accomplir toutes les missions qui lui sont confiées par les lois et règlements, spécialement par l'article L. 114-17 du Code de la mutualité.

#### ARTICLE 38 - DÉLÉGATIONS D'ATTRIBUTIONS

Le Conseil d'Administration peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, partie de ses attributions soit au Bureau, soit au Président, soit à un ou plusieurs Administrateurs, soit au dirigeant opérationnel.

Seules peuvent être ainsi déléguées des attributions qui ne sont pas spécialement réservées au Conseil d'Administration par le Code de la mutualité.

Les décisions par lesquelles le Conseil d'Administration délègue ses attributions doivent être réitérées à chaque renouvellement partiel du Conseil d'Administration. Elles peuvent être révoquées à tout moment.

#### ARTICLE 39 - COMMISSIONS

Des commissions temporaires ou permanentes, dont les membres sont choisis parmi les Administrateurs, peuvent être chargées d'examiner certains aspects du fonctionnement de l'Union et de faire des propositions au Conseil d'Administration.

## CHAPITRE 3 - PRÉSIDENT ET BUREAU

### SECTION I - ÉLECTION, COMPOSITION

#### ARTICLE 40 - COMPOSITION DU BUREAU

Le Bureau est composé de la façon suivante :

un Président, un Premier Vice-président, six Vice-présidents dont trois issus de chacun des trois collèges hors médecins, un Secrétaire Général, un Secrétaire Général Adjoint, un Trésorier Général, un Trésorier Général Adjoint.

L'ordre des six Vice-présidents est déterminé en fonction du nombre de suffrages obtenus ; en cas d'égalité, la priorité est donnée au plus ancien dans la fonction et, en cas d'égalité d'ancienneté, au plus âgé.

#### ARTICLE 41 - DURÉE DU MANDAT

Les membres du Bureau sont élus pour deux ans par le Conseil d'Administration parmi ses membres au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale au cours de laquelle a eu lieu le renouvellement total ou partiel du Conseil d'Administration. Leur mandat expire le jour de la première réunion du Conseil d'Administration qui suit l'Assemblée Générale au cours de laquelle il a été procédé à un nouveau renouvellement total ou partiel du Conseil d'Administration.

Ils peuvent à tout moment être révoqués de leurs fonctions par le Conseil d'Administration.

#### ARTICLE 42 - MODALITÉS D'ÉLECTION AU BUREAU

Les membres du Bureau sont élus à bulletin secret, à l'issue d'un scrutin uninominal à deux tours, dans les conditions de majorité énoncées à l'article 28.

Les candidatures doivent parvenir à l'Union, selon les cas :

- huit jours francs avant la date prévue pour le premier Conseil d'Administration suivant l'Assemblée Générale au cours de laquelle a eu lieu le renouvellement total ou partiel du Conseil d'Administration ;



- huit jours francs avant la date prévue pour la réunion du Conseil d'Administration appelé à pourvoir un siège devenu vacant.

Elles peuvent être adressées par pli recommandé avec accusé de réception ou être déposées contre récépissé au siège de l'Union.

Elles peuvent être également adressées par télécopie ou courrier électronique aux numéros ou adresses indiqués à cet effet. Les candidats doivent s'assurer de la bonne réception de leurs candidatures.

#### **ARTICLE 43 - VACANCE D'UN POSTE DU BUREAU**

I - Lorsque le poste de Président devient vacant (y compris lorsque la vacance est consécutive à une décision d'opposition de l'autorité en charge du contrôle des mutuelles prise en application de l'article L 612-23-1 du code monétaire et financier), le premier Vice-président convoque sans délai le Conseil d'Administration aux fins de procéder à une nouvelle élection.

Le premier Vice-président exerce toutes les attributions du Président, y compris celles qui avaient été déléguées à celui-ci par le Conseil d'Administration, jusqu'à ce qu'un nouveau Président soit élu.

À défaut, pour le premier Vice-président, de convoquer le Conseil d'Administration, tout Administrateur peut saisir le Président du Tribunal de Grande Instance, statuant en référé, aux fins d'être autorisé à procéder à cette convocation.

II - Si un autre poste devient vacant il est pourvu à son remplacement par le plus prochain Conseil d'Administration. L'Administrateur élu au poste vacant achève le mandat de celui qu'il remplace.

### **SECTION II - RÉUNIONS DU BUREAU**

#### **ARTICLE 44 - CONVOCATIONS**

Le Bureau se réunit sur convocation du Président et au moins trimestriellement. Le dirigeant opérationnel assiste aux réunions du Bureau sans voix délibérative.

La convocation est obligatoire quand elle est demandée par la moitié au moins des membres du Bureau.

Sauf en cas d'urgence, la convocation est adressée aux membres du Bureau et au dirigeant opérationnel dix jours francs au moins avant la date prévue pour la réunion. L'ordre du jour, établi par le Président, est joint à la convocation.

#### **ARTICLE 45 - DÉLIBÉRATIONS**

Le Bureau ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents.

Les membres du Bureau ne peuvent ni se faire représenter, ni voter par correspondance.

Le Bureau peut décider d'entendre à titre consultatif les personnes dont il lui paraîtrait utile de recueillir les avis en raison de leur compétence.

Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents.

#### **ARTICLE 46 - PROCÈS-VERBAUX**

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le Bureau lors de la séance suivante.

### **SECTION III - ATTRIBUTIONS DES MEMBRES DU BUREAU**

#### **ARTICLE 47 - ATTRIBUTIONS DU PRÉSIDENT**

Le Président veille à la régularité du fonctionnement de l'Union, conformément au Code de la mutualité et aux statuts.

Il représente l'Union en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il peut décider d'agir en justice, soit en demande soit en défense, au nom de l'Union.

Il exerce les attributions qui lui sont confiées par le Conseil d'Administration, y compris dans l'engagement des dépenses.

Il préside les réunions du Bureau, du Conseil d'Administration et des Assemblées Générales.

#### **ARTICLE 48 - ATTRIBUTIONS DES VICE-PRÉSIDENTS**

Les Vice-présidents secondent le Président, qu'ils suppléent en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions, dans l'ordre de leur élection (Premier Vice-président, autres Vice-présidents).

#### **ARTICLE 49 - ATTRIBUTIONS DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ET DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ADJOINT**

Le Secrétaire Général est responsable de la rédaction des procès-verbaux, de la conservation des archives ainsi que de la tenue du fichier des adhérents.

Le Secrétaire Général Adjoint seconde le Secrétaire Général. En cas d'empêchement de celui-ci, il le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

#### **ARTICLE 50 - ATTRIBUTIONS DU TRÉSORIER GÉNÉRAL ET DU TRÉSORIER GÉNÉRAL ADJOINT**

Le Trésorier Général effectue les opérations financières dans le cadre du Comité Financier ainsi que les opérations comptables de l'Union.

Conformément aux lignes directrices de la politique des placements arrêtées par le Conseil d'Administration, il supervise l'achat, la vente et, d'une façon générale, toutes les opérations sur les titres et valeurs.

Il présente à l'Assemblée Générale un rapport annuel sur la situation financière de l'Union.

Le Trésorier Général peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, déléguer sa signature à des salariés de l'Union, pour des objets nettement déterminés.

Le Trésorier Général Adjoint seconde le Trésorier Général. En cas d'empêchement de celui-ci, il le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

### **CHAPITRE 4 - DIRIGEANT OPERATIONNEL ET DIRIGEANTS EFFECTIFS**

#### **ARTICLE 51 - DIRIGEANT OPERATIONNEL**

Le dirigeant opérationnel, qui ne peut être un administrateur, est nommé par le Conseil d'Administration, sur proposition du Président du Conseil d'Administration. Il est mis fin aux fonctions du dirigeant opérationnel dans les mêmes conditions.

Le Conseil d'Administration approuve les éléments du contrat de travail du dirigeant opérationnel et fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la

direction effective de l'Union. Le dirigeant opérationnel exerce ses fonctions sous le contrôle du Conseil d'Administration et dans le cadre des orientations arrêtées par celui-ci conformément aux dispositions de l'article L. 114-17 du Code de la mutualité.

Le dirigeant opérationnel assiste à toutes les réunions du Conseil d'Administration.

Le dirigeant opérationnel veille à accomplir toutes les missions qui lui sont spécialement confiées par la loi ou la réglementation. Le dirigeant opérationnel exerce ses pouvoirs dans la limite de l'objet social de l'Union, de la délégation mentionnée au deuxième alinéa du présent article et sous réserve de ceux que la loi attribue expressément à l'Assemblée Générale, au Président et au Conseil d'Administration.

#### **ARTICLE 52 - DIRIGEANTS EFFECTIFS**

Conformément à l'article R. 211-15 du code de la mutualité, le Président du Conseil d'Administration et le dirigeant opérationnel dirigent effectivement l'Union au sens de l'article L. 211-13 du code de la mutualité.

Le Conseil d'Administration peut également, sur proposition de son Président, désigner comme dirigeant effectif une ou plusieurs personnes physiques, autres que le Président du Conseil d'Administration et le dirigeant opérationnel.

Ces personnes doivent disposer d'un domaine de compétence et de pouvoirs suffisamment larges sur les activités et les risques de l'Union, faire preuve d'une disponibilité suffisante au sein de l'Union pour exercer ce rôle, et être impliquées dans les décisions ayant un impact important sur l'Union, notamment en matière de stratégie, de budget ou de questions financières. Sur proposition de son Président, le Conseil d'Administration peut leur retirer cette fonction.

Les dirigeants effectifs sont tenus d'informer l'Union des poursuites pénales ou administratives diligentées contre eux pour l'un des faits mentionnés à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité.

### **CHAPITRE 5 - STATUT DES ADMINISTRATEURS ET DU DIRIGEANT OPERATIONNEL**

#### **SECTION I - DISPOSITIONS COMMUNES AUX ADMINISTRATEURS ET DIRIGEANT OPERATIONNEL**

##### **ARTICLE 53 - OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS ET DU DIRIGEANT OPERATIONNEL**

Les Administrateurs et le dirigeant opérationnel sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles au cours des Conseils d'Administration et des Bureaux et, plus largement, au respect du secret professionnel tel qu'il est entendu par le Code pénal.

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de l'Union ou des organismes mutualistes adhérents ne peut être allouée à un Administrateur ou à un dirigeant opérationnel.

Les Administrateurs et le dirigeant opérationnel sont tenus d'informer l'Union des poursuites pénales ou administratives diligentées contre eux pour l'un des faits mentionnés à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité.

##### **ARTICLE 54 - CONVENTIONS INTERDITES OU RÈGLEMENTÉES**

Toute convention envisagée entre d'une part l'Union ou un organisme appartenant au même groupe que l'Union et, d'autre part, un Administrateur ou un dirigeant opérationnel ne peut être passée que dans les conditions prévues aux articles L. 114-32 à L. 114-37 du Code de la mutualité.

Il en est de même des conventions auxquelles un Administrateur ou un dirigeant opérationnel est directement ou indirectement intéressé, de celles dans lesquelles il traite par personne interposée et de celles passées avec une personne morale dont il est propriétaire, associé indéfiniment responsable, dirigeant de droit ou de fait.

Les conventions courantes, telles que définies à l'article L. 114-33 du Code de la mutualité, ne sont pas régies par les dispositions des deux alinéas qui précèdent. Elles sont toutefois soumises aux règles énoncées à l'article L. 114-33 et au décret pris pour son application.

Les Administrateurs et dirigeant opérationnel ne peuvent contracter des emprunts auprès de l'Union, sauf dans les conditions mentionnées à l'article L. 114-37 du Code de la mutualité.

#### **SECTION II - STATUT SPÉCIFIQUE DES ADMINISTRATEURS**

##### **ARTICLE 55 - INDEMNISATION DES ADMINISTRATEURS**

Les fonctions d'Administrateur sont gratuites sous réserve des dispositions des articles L. 114-26 et L. 114-27 du Code de la mutualité.

Il leur est interdit de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, toute rémunération ou avantage qui ne serait pas spécialement prévu par le Code de la mutualité.

##### **ARTICLE 56 - ACTIVITÉS INTERDITES AUX ADMINISTRATEURS**

Les Administrateurs ne peuvent exercer de fonctions salariées au sein de l'Union, d'un des groupements membres de l'Union ou de la Fédération à laquelle adhère l'Union avant l'expiration d'un délai d'un an à compter de l'achèvement de leur mandat.

Il leur est également interdit de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des statuts.

##### **ARTICLE 57 - OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS**

Sitôt leur prise de fonction, les Administrateurs font connaître à l'Union les mandats d'Administrateurs qu'ils exercent dans une autre Union, dans une mutuelle ou dans une fédération. Ils l'informent également de tout mandat de cette nature qui vient à leur être ultérieurement confié.

##### **ARTICLE 58 - HONORARIAT**

Le Conseil d'Administration peut conférer aux anciens membres du Conseil d'Administration qui ont rendu des services signalés à l'Union l'honorariat de leur fonction.

Les Administrateurs honoraires peuvent être invités aux séances, où ils ont voix consultative.

#### **SECTION III - STATUT SPÉCIFIQUE DU DIRIGEANT OPERATIONNEL**

##### **ARTICLE 59 - DÉCLARATIONS**

Le dirigeant opérationnel fait connaître à l'Union, avant sa nomination, les activités professionnelles et les mandats électifs qu'il entend conserver. Il est de même tenu, lorsqu'il est en fonction, de faire connaître à l'Union les activités professionnelles nouvelles ou les mandats électifs nouveaux qu'il souhaite exercer.

Il appartient au Conseil d'Administration de décider si ces activités ou mandats sont ou non compatibles avec les fonctions de dirigeant opérationnel de l'Union.

## TITRE III - ORGANISATION FINANCIÈRE

### CHAPITRE 1<sup>er</sup> - PRODUITS ET CHARGES

#### ARTICLE 60 - PRODUITS

Les produits de l'Union comprennent :

- 1°) Les contributions annuelles des groupements adhérents à l'Union,
- 2°) Les produits résultant de l'activité de l'Union telle que définie à l'article 2 des présents statuts,
- 3°) Plus généralement toutes autres recettes non interdites par la loi.

#### ARTICLE 61 - CHARGES

Les charges de l'Union comprennent :

- 1°) Les diverses prestations dues dans le cadre des activités définies à l'article 2 des présents statuts,
- 2°) Les dépenses nécessitées par l'activité de l'Union,
- 3°) Plus généralement toutes autres dépenses non interdites par la loi et conformes à l'objet de l'Union.

#### ARTICLE 62 - ENGAGEMENT, PAIEMENT ET CONTRÔLE DES DÉPENSES

Les dépenses de l'Union sont engagées par le Président et payées par le Trésorier Général ou par les personnes habilitées dans les conditions prévues aux articles 47 et 50 des présents statuts.

Le responsable de la mise en paiement s'assure préalablement de la régularité des opérations et notamment de leur conformité avec les statuts de l'Union et les délibérations de ses instances.

### CHAPITRE 2 - RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRE

#### ARTICLE 63 - FONDS D'ÉTABLISSEMENT

Le fonds d'établissement de l'Union est fixé à 1.000.000 Euros.

#### ARTICLE 64 - RÈGLES PRUDENTIELLES

L'Union veille à se conformer scrupuleusement aux règles prudentielles, comptables et financières fixées par la loi.

#### ARTICLE 65 - RÉASSURANCE DES RISQUES

Conformément aux prévisions de l'article L. 211-4 du Code de la mutualité, l'Union peut se réassurer contre les risques qu'elle couvre.

L'Union peut se réassurer auprès d'un organisme non régi par le présent Code, à la condition que cet organisme dispose d'un agrément pour la couverture du risque en cause. Lorsqu'il ne les a pas spécialement approuvés préalablement, le Conseil d'Administration est informé au plus tôt des contrats souscrits auprès de ces organismes.

#### ARTICLE 66 - COMMISSAIRE AUX COMPTES

Un Commissaire aux comptes et un suppléant sont nommés pour 6 ans par l'Assemblée Générale sur la liste mentionnée à l'article L. 822-1 du Code de commerce. L'Assemblée Générale peut librement décider de désigner un deuxième Commissaire aux comptes pour la même durée.

Le Commissaire aux comptes est chargé d'effectuer l'ensemble des missions de contrôle qui lui sont dévolues par le Code de la mutualité. Il reçoit toutes les informations et les documents prévus par la loi et est convoqué aux Assemblées Générales.

## TITRE IV - OBLIGATIONS DE L'UNION ET DE SES ORGANISMES ADHÉRENTS

### CHAPITRE 1<sup>er</sup> - OBLIGATIONS DES ADHÉRENTS ENVERS L'UNION

#### ARTICLE 67 - CONTRIBUTIONS DES GROUPEMENTS ADHÉRENTS

Les groupements adhérents sont astreints au paiement d'une contribution annuelle exprimée en pourcentage des cotisations versées à l'Union au titre des membres qui leur sont affiliés dans le cadre des contrats santé et prévoyance, individuels et collectifs et des traités de réassurance.

L'assiette ainsi définie est majorée pour les mutuelles locales d'un tiers des cotisations apportées aux mutuelles nationales par les membres en situation de multiple appartenance ; ce tiers est déduit de l'assiette retenue pour lesdites mutuelles nationales.

L'assiette ainsi définie est majorée pour les mutuelles dites professionnelles d'un tiers des cotisations apportées aux mutuelles nationales par les membres en situation de multiple appartenance ; ce tiers est déduit de l'assiette retenue pour lesdites mutuelles nationales.

Les cotisations prises en compte sont celles comptabilisées au titre de l'exercice précédent. Le taux de la contribution et, le cas échéant, son montant minimum sont fixés par l'Assemblée Générale ou, sur délégation de celle-ci, par le Conseil d'Administration.

#### ARTICLE 68 - INFORMATIONS DONNÉES À L'UNION

Les groupements adhérents doivent adresser chaque année à l'Union toute documentation utile sur leur activité et en particulier un état de leurs effectifs au 31 décembre.

Le fichier des souscripteurs et bénéficiaires des contrats de garanties proposés par l'Union est sa propriété.

Les groupements adhérents doivent informer l'Union de toute mesure de radiation ou d'exclusion d'un de leurs adhérents.

#### ARTICLE 69 - ADHÉSION À AGMF ACTION SOCIALE

Les organismes admis à AGMF Prévoyance, autres que les membres honoraires, s'engagent à adhérer à l'Union AGMF Action Sociale.

#### ARTICLE 70 - ADHÉSION À UNE AUTRE UNION

Un groupement adhérent ne peut souscrire un contrat collectif auprès d'un organisme extérieur à l'Union sans avoir préalablement obtenu l'accord du Conseil d'Administration de l'Union.

Les groupements adhérents à AGMF Prévoyance s'engagent à n'adhérer à aucune autre Union régie par le Livre II du Code de la mutualité sans avoir préalablement obtenu l'accord du Conseil d'Administration de l'Union.

### CHAPITRE 2 - OBLIGATIONS DE L'UNION ENVERS LES ADHÉRENTS

#### ARTICLE 71 - DROIT À L'ACCÈS AUX PRESTATIONS

Les services apportés par l'Union sont ceux visés à l'article 2 des présents statuts.

Les membres participants des groupements adhérents peuvent, dès l'adhésion de ces groupements, souscrire aux garanties proposées par l'Union.

#### ARTICLE 72 - INFORMATION DES GROUPEMENTS ADHÉRENTS

Chaque groupement adhérent reçoit un exemplaire des statuts et règlements. Les modifications statutaires sont portées à sa connaissance.

Il est informé des garanties et des services proposés par l'Union.

Il est également informé des organismes auxquels l'Union adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent.



# Statuts de l'association ARPAG

Statuts adoptés par l'Assemblée Générale constitutive du 18 avril 2007  
Modifiés par l'Assemblée Générale du 24 septembre 2010 (articles 1, 9, 18 et 20)  
Modifiés par l'Assemblée Générale du 14 septembre 2012 (articles 1, 2, 7, 8, 11 et 19)  
Refondus par l'Assemblée Générale du 18 décembre 2013  
Modifiés par l'Assemblée Générale du 11 décembre 2015 (articles 2, 7, 9 et 18)

## ARTICLE 1<sup>er</sup> - CONSTITUTION – DÉNOMINATION

Il est constitué entre toutes les personnes qui adhèrent aux présents statuts et ceux qui y adhéreront ultérieurement une association dénommée :

« ARPAG »

(Association pour la retraite et la prévoyance des  
adhérents de Groupe Pasteur Mutualité)

L'association est régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901, le décret du 16 août 1901 et le Code des assurances.

## ARTICLE 2 - OBJET

La présente association a pour objet :

- de souscrire et de faire bénéficier ses membres des contrats collectifs d'assurance-vie et de capitalisation, des frais de santé, de prévoyance et de retraite complémentaires, de perte d'emploi subie, en application des dispositions du Code des assurances (notamment l'article L. 144-1) et des textes réglementaires pris pour son application, conclus auprès des structures assurantielles de Groupe Pasteur Mutualité ainsi que tout autre organisme d'assurances, quel que soit son statut ;
  - de fournir toutes informations à ses membres concernant lesdits contrats ;
  - d'assurer la défense des intérêts de ses membres dans les domaines évoqués ci-dessus ;
- plus généralement, de mener toute activité compatible avec les buts qui précèdent ;

## ARTICLE 3 - DURÉE

La durée de l'association est illimitée.

## ARTICLE 4 - SIÈGE

Le siège de l'association est fixé à Paris 17<sup>ème</sup>, 34 boulevard de Courcelles.

Il pourra être transféré dans toute autre localité par décision du Conseil d'Administration.

## ARTICLE 5 - MEMBRES

Sont membres de l'association :

- les membres fondateurs : les personnes ayant constitué l'Association (annexe 1) et toutes les personnes ultérieurement cooptées par les membres fondateurs ;
- les membres participants : les personnes physiques bénéficiant de contrats collectifs visés à l'article 2 des présents statuts.

## ARTICLE 6 - PERTE DE LA QUALITÉ DE MEMBRE

La qualité de membre cesse :

- 1°/ en cas de rupture du lien qui unit le membre à l'Association ;
- 2°/ en cas de non-paiement de la prime ;
- 3°/ en cas de non-paiement de la cotisation.

## ARTICLE 7 - RESSOURCES

Les ressources de l'Association sont toutes celles qui ne sont pas interdites par les lois et règlements en vigueur et qui sont utiles à la réalisation de l'objet social notamment :

- Les dons manuels ;
- Subventions ;
- Les cotisations périodiques versées par les membres de l'Association, fixées par le Conseil d'administrations ;

Droits d'adhésions acquittés par les membres de l'Association, fixées par le Conseil d'administrations.

## ARTICLE 8 - CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'ASSOCIATION

- Composition :

L'Association est administrée par un Conseil d'Administration composé de 5 membres élus par l'Assemblée Générale parmi les membres fondateurs et participants dans le respect des dispositions du Code des assurances.

Conformément à l'article L. 141-7 du Code des assurances, parmi les membres composant le Conseil d'Administration, trois membres au moins ne détiennent pas ou n'ont pas détenu au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans les organismes signataires des contrats d'assurance et ne reçoivent ou n'ont reçu aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes ou sociétés au cours de la même période. Le membre ne remplissant pas ces conditions est réputé démissionnaire d'office. Le membre dont la situation viendrait à évoluer s'engage à en informer le Président du Conseil d'Administration.

Les deux autres membres sont élus parmi les membres fondateurs définis à l'article 5 ci-dessus.

Les Administrateurs ne peuvent avoir fait l'objet d'une condamnation visée à l'article L. 322-2 du Code des assurances.

Les Administrateurs sont élus pour une période de six exercices comptables, leur mandat prenant fin à l'issue de l'Assemblée Générale appelée à examiner les résultats du dernier de ces exercices. Ils sont rééligibles.

Le renouvellement du Conseil d'Administration a lieu par moitié lors de l'Assemblée Générale suivant la clôture de trois exercices comptables (une moitié de 2 membres et une moitié de 3 membres).

Lors de la constitution initiale du Conseil d'Administration, le Conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer les modalités de composition des moitiés sortantes pour le 1<sup>er</sup> renouvellement du Conseil d'Administration.

- Élection des Administrateurs :

Les déclarations de candidatures doivent être adressées par lettre recommandée avec accusé de réception, au siège de l'Association visé à l'article 4 des présents statuts, et ce au moins dix jours avant l'élection.

L'élection a lieu à la majorité des suffrages exprimés. Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages exprimés, l'élection est acquise au plus jeune.

- Cooptation :

En cas de vacance d'un siège d'Administrateur, le Conseil d'Administration procède à la nomination à titre provisoire d'un Administrateur pour le siège devenu vacant, pour la durée du mandat restant à courir de son prédécesseur sous réserve de ratification par la prochaine Assemblée Générale.

- Cessation des fonctions :

Les fonctions d'Administrateur prennent fin automatiquement :

- au terme de leur mandat ;
- en cas de décès ou de démission de leur fonction ;
- en cas de non-respect des conditions fixées pour exercer les fonctions d'Administrateur ;
- en cas de perte de la qualité de membre de l'Association ;
- en cas de révocation par l'Assemblée Générale.

- Rémunération des Administrateurs :

Les fonctions d'Administrateurs sont gratuites. Le Conseil d'Administration peut toutefois décider d'allouer des indemnités et avantages dans les conditions prévues à l'article R 141-9 du Code des assurances.

## ARTICLE 9 - CONVOCATION ET DÉLIBÉRATIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration se réunit aussi souvent que nécessaire sur convocation du Président ainsi qu'en cas de demande de la moitié de ses membres.

Le Conseil d'Administration est convoqué, sans délai, par le Président, par tous moyens sauf verbalement.

Il ne peut délibérer valablement qu'en présence de la moitié de ses membres et ses décisions sont prises à la majorité des suffrages exprimés.

Sont réputés présents pour le calcul du quorum et de la majorité, les Administrateurs qui participent à la réunion du Conseil d'Administration par des moyens de visioconférence ou d'autres moyens de télécommunication permettant l'identification des participants et garantissant leur participation effective. Cette disposition n'est pas applicable pour l'établissement des comptes annuels et du rapport de gestion.

En cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante.

Tout Administrateur empêché peut se faire représenter par un autre Administrateur dans la limite de trois pouvoirs par Administrateur.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé lors de la séance suivante.

## ARTICLE 10 - POUVOIRS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Le Conseil d'Administration est investi des pouvoirs les plus étendus pour prendre toutes décisions sur l'administration, la gestion et le fonctionnement de l'Association, dès lors qu'ils ne sont pas réservés à l'Assemblée Générale.

## ARTICLE 11 - BUREAU

- Composition :

Le bureau est composé d'un Président, d'un Secrétaire Général et d'un Trésorier Général.

- Élection du bureau :

Les membres du bureau sont élus pour trois ans par le Conseil d'Administration parmi ses membres au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale au cours de laquelle a eu lieu le renouvellement par moitié du Conseil d'Administration, dans les conditions prévues à l'article 8 ci-dessus.

Leur mandat expire le jour de la première réunion du Conseil d'Administration qui suit l'Assemblée Générale au cours de laquelle il a été procédé à un renouvellement par moitié du Conseil d'Administration.

## ARTICLE 12 - CONVOCATIONS ET DÉLIBÉRATIONS DU BUREAU

Le bureau se réunit aussi souvent que nécessaire sur convocation du Président ainsi qu'en cas de demande de la moitié de ses membres.

Il ne peut délibérer valablement qu'en présence de la moitié de ses membres et ses décisions sont prises à la majorité simple des suffrages exprimés.

En cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante.

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé lors de la séance suivante.

## ARTICLE 13 - POUVOIRS DU BUREAU

Le Bureau assure la gestion courante de l'Association, sur délégation du Conseil d'Administration.



#### ARTICLE 14 - POUVOIRS DU PRÉSIDENT

Le Président veille au fonctionnement régulier de l'Association. Il représente l'Association dans tous les actes de la vie civile et en justice. Il peut décider d'agir en justice, soit en demande, soit en défense, au nom de l'Association. Il engage les dépenses.

Il convoque et préside les réunions du Conseil d'Administration, du bureau et de l'Assemblée Générale.

Il peut, pour un acte précis, déléguer son pouvoir à un autre membre du Conseil d'Administration.

#### ARTICLE 15 - POUVOIRS DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Le Secrétaire Général est chargé de la correspondance et de la tenue des archives. Il rédige les procès-verbaux des réunions et, en général, toutes les écritures concernant le fonctionnement de l'Association, à l'exception de celles qui concernent la comptabilité.

#### ARTICLE 16 - POUVOIRS DU TRÉSORIER GÉNÉRAL

Le Trésorier Général effectue les opérations financières et tient la comptabilité. Il procède au paiement des dépenses engagées par le Président et reçoit les sommes dues à l'Association.

Il présente à l'Assemblée Générale un rapport annuel sur la situation financière de l'Association.

#### ARTICLE 17 - DÉLÉGATIONS DE POUVOIRS

Le Conseil d'Administration ou chacun des membres le composant peuvent consentir les délégations de pouvoirs nécessaires en vue d'assurer, sous leur contrôle, le fonctionnement de l'Association dans le respect des dispositions de l'article L. 141-7 du Code des assurances.

#### ARTICLE 18 - COMPOSITION DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée Générale est composée de tous les membres de l'Association.

Chaque membre dispose d'une voix.

Il peut se faire représenter soit par un autre membre, soit par son conjoint, soit par un tiers.

Un membre peut disposer de plusieurs pouvoirs, dans la limite de 5% des droits de vote.

Les mandataires peuvent remettre les pouvoirs qui leur ont été conférés à d'autres mandataires ou membres dans la limite ci-dessus.

#### ARTICLE 19 - CONVOCATION ET ORDRE DU JOUR DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée Générale se réunit au moins une fois par an sur convocation individuelle du Président du Conseil d'Administration et par tous moyens (lettre, fax, mail...) 30 jours au moins avant la date de l'Assemblée Générale.

Le Président du Conseil d'Administration doit convoquer dans les mêmes conditions une Assemblée Générale Extraordinaire si 10% au moins des adhérents le sollicite.

Les convocations doivent mentionner l'ordre du jour et contenir les projets de résolution présentés par le Conseil d'Administration ainsi que ceux qui lui auraient été communiqués 60 jours au moins avant la date fixée pour la réunion de l'Assemblée Générale par le dixième au moins des adhérents ou par 100 adhérents si le dixième est supérieur à 100.

#### ARTICLE 20 - QUORUM ET MAJORITÉ À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si 1000 membres ou un trentième des membres au moins sont présents, représentés ou ont fait usage de la faculté de vote par correspondance telle que prévue à l'article 18. Si, lors de la première convocation, l'Assemblée n'a pas réuni ce quorum, une seconde Assemblée est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre de membres présents, représentés ou ayant fait usage de la faculté de vote par correspondance telle que prévu à l'article 18.

Les décisions sont prises à la majorité des suffrages exprimés, sauf en ce qui concerne les décisions prévues à l'article 21 b) et c) qui requièrent la majorité des 2/3 des suffrages exprimés.

Pour tout pouvoir d'un membre sans indication de mandataire, tout membre émet un vote favorable à l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le Conseil d'Administration et un vote défavorable à l'adoption de tous les autres projets de résolutions.

Il est établi un procès-verbal de chaque Assemblée qui est approuvé lors de l'Assemblée suivante.

Les procès-verbaux sont conservés et consultables par les membres au siège de l'Association. Les membres peuvent également à tout moment demander par lettre recommandée avec accusé de réception à l'Association la communication desdits procès-verbaux.

#### ARTICLE 21 - POUVOIRS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée Générale a seule qualité pour :

- élire les Administrateurs et le cas échéant les révoquer ;
- modifier les statuts de l'Association ;
- se prononcer sur la fusion, scission ou dissolution de l'Association ;
- approuver les comptes de l'exercice ;
- autoriser la signature d'avenants aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association ; elle peut toutefois déléguer au Conseil d'Administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder 18 mois le pouvoir de signer un ou plusieurs avenants dans les matières que la résolution définit.  
Le Conseil d'Administration exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'Assemblée Générale et en cas de signature d'un ou de plusieurs avenants, en fait rapport à l'Assemblée Générale.
- plus généralement, statuer sur les questions inscrites à l'ordre du jour comme indiqué ci-dessus.

#### ARTICLE 22 - DISSOLUTION DE L'ASSOCIATION

La dissolution de l'Association est décidée par l'Assemblée Générale qui désigne la personne morale à laquelle sera dévolu l'actif de l'Association et désigne le liquidateur chargé de procéder aux opérations nécessaires à la liquidation.

#### ARTICLE 23 - RÈGLEMENT DE L'ASSOCIATION

Le Conseil d'Administration peut établir un règlement intérieur pour préciser et compléter les règles de fonctionnement de l'Association.

## Annexe 1 - Liste des membres fondateurs de l'association

1. Docteur Bruno GAUDEAU, né le 20 février 1941 à Dijon (21), de nationalité française, domicilié 52000 CHAUMONT – 8 avenue Lisse, Médecin Interniste ;

2. Docteur Jean-Pierre BELON, né le 11 septembre 1946 à Isle sur le Doubs (25), de nationalité française, domicilié 25110 Baume les Dames – 1 rue des Frères Grenier, Médecin Généraliste Gériatrie.



Je soussigné(e),

Nom et prénom du proposant : .....

Né(e) le : .....

Demeurant au : .....

Atteste sur l'honneur que :

- Le niveau des garanties souscrites est adapté à mes charges et revenus en respect du principe indemnitaire (voir encadré).

### Principe indemnitaire :

- Je reconnais qu'en application du principe indemnitaire, je ne pourrai pas recevoir un montant d'indemnités journalières ou de rente d'invalidité qui, compte tenu des prestations en espèces versées par les régimes d'assurance obligatoire et/ou par tout autre régime de prévoyance facultatif, me ferait bénéficier de revenus nets supérieurs à ceux dont je disposais en période d'activité.

### Mode de calcul :

- Pour les indemnités journalières frais professionnels : ligne 33 (2035 - volet A) / 365.
- Pour les indemnités journalières longue durée : ligne 38 (2035 - volet B) / 365 - indemnité forfaitaire du régime obligatoire.
- Pour la rente invalidité : ligne 38 (2035 - volet B).

Et confirme être informé qu'en cas :

- D'arrêt de travail, Groupe Pasteur Mutualité me réclamera un justificatif fiscal afin de s'assurer du respect du principe indemnitaire dans le cadre du versement de la prestation et pourra le cas échéant plafonner mon indemnisation sans qu'aucun recours ne soit possible.
- De modification de mes revenus à la hausse ou à la baisse, il est important de régulièrement faire un point sur mes contrats pour actualiser mes garanties s'il y a lieu. À défaut de mise à jour, je serai soit insuffisamment indemnisé dans le cas où mes revenus ont augmenté, soit indemnisé à hauteur de mes revenus réels si mes revenus ont diminué.

Fait à ..... le ..

Signature :