

# Documents d'adhésion

2017



PRÉVOYANCE PH

## Offre Prévoyance Contrat Praticien Hospitalier

### ● Conseils pour remplir et nous retourner votre bulletin d'adhésion

- Nous vous remercions de compléter soigneusement tous les renseignements qui nous sont nécessaires pour votre adhésion. **Toute demande incomplète vous sera retournée.**
- N'oubliez pas de **dater et de signer votre bulletin d'adhésion et de joindre le questionnaire de santé, dûment complété, dans une enveloppe fermée à l'attention du médecin-conseil de Groupe Pasteur Mutualité.**
- Veuillez adresser **les premier et deuxième exemplaires de cette liasse ainsi que le questionnaire de santé à notre siège social** à l'adresse indiquée en bas de page. **Conservez le troisième exemplaire.**
- Ne joignez pas de règlement à votre demande. Vous recevrez votre appel de cotisation dès la prise en compte de votre dossier.

### ● Informations importantes

- Lorsque vous avez adhéré au contrat Praticien Hospitalier dans le cadre d'une vente à distance ou bien suite à une sollicitation d'un conseiller départemental à votre domicile ou sur votre lieu de travail, vous disposez d'un délai de trente (30) jours à compter de la prise d'effet de votre adhésion pour y renoncer, conformément aux dispositions de la notice d'information comportant les modalités d'exercice de ce droit et la lettre-type de renonciation.
- Votre adhésion au contrat collectif G00975080 implique votre adhésion préalable à la mutuelle nationale des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des Etablissements de Santé Publics et Privés (MNHPP), mutuelle souscriptrice du contrat.

A.CPH17.2 - 07/2017



- Cocher ci-après les cases choisies et remplir très lisiblement en lettres capitales.  
L'ensemble des champs du bulletin d'adhésion doit être complété.  
A défaut, votre dossier ne sera pas pris en compte.

## IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT/ASSURÉ

Êtes-vous déjà adhérent(e) au Groupe Pasteur Mutualité ?  NON  OUI Si oui N° d'adhérent : \_\_\_\_\_

Mme  M.

NOM : \_\_\_\_\_

NOM DE JEUNE FILLE (s'il y a lieu) : \_\_\_\_\_

PRÉNOM : \_\_\_\_\_

NÉ(E) LE : \_\_\_\_\_ A : \_\_\_\_\_

CODE POSTAL \_\_\_\_\_ PAYS : \_\_\_\_\_

NATIONALITÉ : \_\_\_\_\_

Carte d'identité  Passeport  Carte de séjour N° DE LA PIÈCE : \_\_\_\_\_

DATE ET LIEU DE DÉLIVRANCE : \_\_\_\_\_

**Conformément à la réglementation, tout adhérent doit impérativement joindre une copie recto/verso d'une pièce d'identité en cours de validité.**

**Personne politiquement exposée (PPE\*)**  Je déclare ne pas être une personne politiquement exposée.

\*PPE : Personne qui est exposée à des risques particuliers en raison des fonctions politiques, juridictionnelles ou administratives qu'elle exerce ou a exercées pour le compte d'un Etat ou de celles qu'exercent ou ont exercées des membres directs de sa famille ou des personnes connues pour lui être étroitement associées ou le devient en cours de relation d'affaires.

SITUATION DE FAMILLE :  Marié  Célibataire  Divorcé  Concubin  Veuf  Séparé  PACS

ADRESSE DOMICILE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

**Joindre un justificatif de domicile de moins de trois mois.**

TELEPHONE DE CONTACT : \_\_\_\_\_ AUTRE TELEPHONE : \_\_\_\_\_

ADRESSE PROFESSIONNELLE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

EMAIL DE CONTACT (adresse mail à laquelle vous avez accès et que vous consultez régulièrement) :

\_\_\_\_\_

J'accepte que mes données soient utilisées par les entités assurantielles de Groupe Pasteur Mutualité pour recevoir des propositions commerciales, informations ou animations.

J'accepte que mes données soient transmises aux partenaires contractuels et institutionnels des entités assurantielles de Groupe Pasteur Mutualité.

Nécessaires à la bonne gestion de votre dossier, les données à caractère personnel contenues dans ce document seront destinées à AGMF Prévoyance également responsable du traitement, ou à ses mandataires et partenaires contractuels et institutionnels ou aux entités assurantielles de Groupe Pasteur Mutualité. Conformément aux conditions prévues dans la loi n°78-17 dite "Informatique et Libertés" relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression ainsi qu'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, en écrivant à : AGMF Prévoyance, CL, 34 boulevard de Courcelles, 75809 Paris cedex 17. Vous disposez également 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. Pour plus d'informations, vous reporter à l'article "Informatique et libertés" des conditions contractuelles.

## STATUT ET MODE D'EXERCICE

**Profession**  Médecin  Chirurgien-Dentiste  Pharmacien

**Statut**  Praticien hospitalier (titulaire, probatoire ou universitaire)

**hospitalier \***  Praticien contractuel CDI

Praticien contractuel CDD pour assurer certaines missions spécifiques (article R.6152-403 du code de la santé publique)

Praticien contractuel CDD pour surcroît occasionnel d'activité ou remplacement de praticien hospitalier à temps plein ou à temps partiel (article R.6152-402 du code de la santé publique)

Praticien adjoint contractuel  Assistant des Hôpitaux

Assistant associé des Hôpitaux

Attaché des Hôpitaux  Attaché associé des Hôpitaux<sup>(1)</sup>

(1) Précisez le nombre de vacances hebdomadaires effectuées :  moins de 3 vacances hebdomadaires  au moins 3 vacances hebdomadaires

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier (PU - PH)

Maître de conférence des universités - Praticien Hospitalier (MCU - PH)

Chef de clinique des universités - Assistant Hospitalier Universitaire (CCU - AHU)

Médecin fonctionnaire territorial titulaire  Médecin territorial non titulaire (contractuel)

**Mode d'exercice**  Temps plein  Temps partiel  Avec secteur privé  Sans secteur privé

**Spécialité :** \_\_\_\_\_

**Activité extérieure à l'hôpital**  Oui  Non Si oui :  Libérale  Salarié cadre

\* en cas d'exercice sous un 2<sup>ème</sup> statut, remplir un autre bulletin d'adhésion.

## BASES DE GARANTIES ET COTISATIONS

Pour les garanties en cas de décès (hors rente éducation et rente en cas de décès), Incapacité temporaire totale de travail et Invalidité (hors capital invalidité perte de profession ou de reconversion)

### Modification

- Montant du traitement hospitalier (gardes, astreintes et indemnité d'engagement de Service Public exclusif comprises hors CET) perçu au cours de l'année civile précédente<sup>(1)</sup>

NET €                      BRUT €  
 \_\_\_\_\_ €                      \_\_\_\_\_ €

- Si vous êtes Professeur ou Maître de conférence des universités et si vous souhaitez être également garanti sur votre traitement universitaire, préciser ci-après le montant de votre traitement universitaire de l'année civile précédente<sup>(1)</sup>

NET €                      BRUT €  
 \_\_\_\_\_ €                      \_\_\_\_\_ €

(1) Joindre le justificatif : DAS ou photocopie du bulletin de paie du mois de décembre précédent.

## GARANTIES OBLIGATOIRES

### • GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS

#### Modification

En % du traitement brut de l'année civile précédente (gardes, astreintes et indemnité d'engagement de Service Public exclusif comprises hors CET). Le traitement pris en compte est **plafonné à 6 fois le plafond annuel de la Sécurité Sociale**.

Cochez ci-après l'option choisie :

Option choisie	<input type="checkbox"/>				
Capital décès toutes causes*	50 %	100 %	200 %	300 %	400 %
Rente orphelin (double effet conjoint)	3 %	7 %	13 %	20 %	27 %

\* Ce capital est doublé en cas de décès accidentel.

### DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES\* DU CAPITAL DÉCÈS

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

OU

Autres bénéficiaires

NOM - PRENOM - DATE ET LIEU DE NAISSANCE - ADRESSE

REPARTITION DU CAPITAL  
ENTRE LES BÉNÉFICIAIRES EN %

1. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* La désignation du (des) bénéficiaire(s) peut être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique.

### • GARANTIES EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL ET D'INVALIDITÉ

#### Modification

Franchise :  14 jours     30 jours

Prestations en % du traitement net de l'année civile précédente (gardes, astreintes et indemnités d'engagement de Service Public exclusif comprises hors CET). Le traitement pris en compte est **plafonné à 6 fois le plafond annuel de la sécurité sociale**.

80 %                       90 %                       100 %

## GARANTIES OPTIONNELLES

### • TRIPLEMENT<sup>(1)</sup> DU CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS PAR ACCIDENT DE LA CIRCULATION

Modification

OUI  NON

(1) sur la base de la garantie décès toutes causes souscrite ci-dessus.

### • RENTE ÉDUCATION

Modification

**FORMULE CHOISIE**  Rente fixe  Rente majorée selon l'âge de l'enfant

ENFANTS BÉNÉFICIAIRES

NOM - PRÉNOM - DATE ET LIEU DE NAISSANCE - ADRESSE

MONTANT DE LA  
RENTE ANNUELLE

1. \_\_\_\_\_ ➤ \_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ ➤ \_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ ➤ \_\_\_\_\_ €

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### • RENTE EN CAS DE DÉCÈS

Modification

RENTE VIAGÈRE IMMÉDIATE (versée à compter du décès de l'assuré jusqu'au décès du bénéficiaire).

Montant de la rente annuelle : \_\_\_\_\_ €

### DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE\* DE LA RENTE

NOM - PRÉNOM - DATE ET LIEU DE NAISSANCE - ADRESSE .....

.....

.....

.....

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

### • RENTE INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE PROFESSIONNELLE

Modification

OUI  NON

### • CAPITAL INVALIDITÉ PERTE DE PROFESSION OU DE RECONVERSION

Modification

Montant du capital souscrit : \_\_\_\_\_ €

## LEVÉE DES EXCLUSIONS DES RISQUES SPORTIFS

Souhaitez-vous solliciter la levée des exclusions des risques sportifs visées à la notice d'information ?

OUI  NON Si oui, remplir le questionnaire prévu à cet effet.

Nous vous préciserons alors nos conditions tarifaires après étude de votre dossier.

## RENSEIGNEMENTS SUR L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

L'assuré effectue-t-il, à titre professionnel, des travaux manuels avec utilisation d'outils dangereux ? <sup>(1)</sup>

OUI  NON Si oui, remplir le questionnaire prévu à cet effet.

L'assuré exerce-t-il, à titre professionnel, des activités dangereuses, ou très dangereuses ? <sup>(2)</sup>

OUI  NON Si oui, remplir le questionnaire prévu à cet effet.

(1) Sont considérés comme tels (classe III AIMA du GTA) :

- l'outillage mécanique servant à découper, broyer, trancher, déchiqueter, déformer par choc ou par pression les corps suivants : minéraux divers, métaux, papier et carton, matière plastique, viande ;  
- l'outillage mécanique à bois.

(2) Sont considérés comme tels (classe III du système AIMA du GTA) :

- marins-pêcheurs, dockers, personnes effectuant des travaux en mer ;  
- mineurs et personnes effectuant des travaux souterrains ;  
- personnes accomplissant des travaux en hauteur, sur les toits, ou des travaux en montagne ;  
- sapeurs-pompiers, membres des forces de l'ordre.

## MODE DE RÈGLEMENT DE LA COTISATION

Payeur de primes différent de l'adhérent/assuré

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

ADRESSE : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

Signature du payeur de primes différent de l'assuré :

Règlement annuel par chèque bancaire ou postal.

Prélèvement automatique<sup>(1)</sup> :  annuel  semestriel  trimestriel  mensuel

Date d'échéance des prélèvements :  le 1<sup>er</sup>  le 10  le 20 (du mois concerné)

*(1) Joindre un relevé d'identité bancaire (RIB) avec BIC et IBAN et remplir le mandat de prélèvement SEPA correspondant ci-après.*

*Sauf avis contraire de votre part, le paiement des prestations éventuelles sera effectué par virement sur ce compte.*

## SOUSCRIPTION À DISTANCE (à ne compléter que si vous n'avez pas rencontré votre conseiller pour la souscription de ce produit).

Je souhaite l'application du délai de renonciation de trente jours défini aux dispositions contractuelles.

Je demande à ce que mon contrat prenne effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion, sans attendre l'expiration du délai de renonciation de trente (30) jours défini aux dispositions contractuelles.

## DÉMATERIALIZATION

J'accepte de recevoir les informations, courriers de gestion, documents contractuels et pièces y afférentes émanant des entités assurantielles de GPM, par voie électronique plutôt que par courrier papier (y compris par automate).

Je n'accepte pas de recevoir les informations, courriers de gestion, documents contractuels et pièces y afférentes émanant des entités assurantielles de GPM par voie électronique.

## ATTESTATION DE L'ADHERENT

Je demande à adhérer au contrat collectif G00975080 souscrit entre la MNHPP, le SNAM-HP et AGMF Prévoyance, et reconnais avoir reçu la notice d'information et les tarifs correspondants, et le cas échéant, la politique de signature d'AGMF Prévoyance (si j'ai adhéré par tablette numérique).

Je déclare avoir pris connaissance de ces documents ainsi que des statuts d'AGMF Prévoyance.

Je certifie exactes et sincères les réponses faites ci-dessus, reconnais avoir été informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle dans ces réponses entraînera la nullité de l'assurance (article L.221-14 du code de la mutualité) et accepte que les données contenues dans ce document soient collectées, traitées et hébergées par AGMF Prévoyance.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature de l'adhérent/assuré précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"

Cadre réservé au Groupe Pasteur Mutualité





# BULLETIN D'ADHÉSION MUTUELLE D'ACTION SOCIALE

Adhérente à AGMF Prévoyance

Mutuelle régie par le Livre III du Code de la mutualité - n° .....

## Informations importantes

- **Votre mutuelle a pour objet de mener une action de solidarité et d'entraide, en apportant notamment à ses membres et à leurs ayants droit, par tous moyens mis à sa disposition, l'aide et le soutien nécessaires en cas de difficultés financières, sociales, familiales ou morales particulières.**
- **Le rattachement à votre mutuelle d'Action Sociale est effectué en prenant en compte votre profession et votre adresse professionnelle ou, à défaut, votre domicile personnel. Le code postal de rattachement est donc, en principe, celui de votre adresse professionnelle.**
- Nous vous invitons à prendre connaissance des documents mis à disposition par votre mutuelle. Ils vous renseignent sur les éléments essentiels du contrat mutualiste et les missions de votre mutuelle.
- N'oubliez pas de **dater et de signer votre bulletin d'adhésion.**
- Pour toute information complémentaire concernant la signature de ce bulletin, le rôle et les missions de votre mutuelle d'Action Sociale, vous pouvez vous rendre sur le site de Groupe Pasteur Mutualité [www.gpm.fr](http://www.gpm.fr).

*L'ensemble des champs doit être complété. A défaut, votre demande ne sera pas prise en compte.*

## IDENTIFICATION DE L'ADHÉRENT

NOM : .....

PRÉNOM : .....

Né(e) le : .....

PROFESSION (de rattachement) : .....

ADRESSE : .....

.....

.....

CODE POSTAL (professionnel ou personnel de rattachement) : .....

La souscription de ma (ou mes) garantie(s) assurée(s) par AGMF Prévoyance<sup>(1)</sup> implique au préalable mon adhésion à une mutuelle d'Action Sociale membre d'AGMF Prévoyance. En signant le présent bulletin, je sollicite mon adhésion à ma mutuelle d'Action Sociale de rattachement.

Je reconnais avoir été informé(e) de mes droits et obligations par la mise à disposition d'un exemplaire des statuts et du règlement mutualiste de ma mutuelle régie par le livre III du Code de la mutualité. Je déclare avoir pris connaissance de ces documents et en accepter les termes. Ils sont également disponibles et mis à jour sur le site Internet [www.gpm.fr](http://www.gpm.fr).

Je certifie l'exactitude des renseignements déclarés ci-dessus. Je m'engage à signaler, toute modification afférente aux renseignements fournis.

Fait à : .....

Signature de l'Adhérent :

Le : .....

Dans les limites des statuts des mutuelles, régies par le Livre III du Code de la mutualité, adhérentes à AGMF Prévoyance, je sollicite mon adhésion à une seconde mutuelle d'Action Sociale :

Dénomination sociale : .....

Immatriculation n° : .....

1 - AGMF Prévoyance, Union régie par le Livre II du Code de la mutualité, immatriculée sous le numéro 775 666 340.

Nécessaires à la bonne gestion de votre dossier, à la vie statutaire de votre mutuelle et à la réalisation des actions conformes à l'objet social de votre mutuelle, les données à caractère personnel contenues dans ce document seront destinées à AGMF Prévoyance également responsable du traitement et à votre mutuelle. Conformément aux conditions prévues dans la loi n°78-17 dite "Informatique et Libertés" relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression ainsi qu'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, en écrivant à : AGMF Prévoyance, CIL - LIII, 34 boulevard de Courcelles, 75809 Paris cedex 17.



# CONTRAT PRATICIEN HOSPITALIER

## DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ

Nous vous remercions de compléter, dater et signer la présente Déclaration d'état de santé.  
L'ensemble des champs doit être complété. A défaut, votre demande ne sera pas prise en compte.

### ASSURÉ

Mme  M.

N° D'ADHÉRENT \_\_\_\_\_

NOM \_\_\_\_\_

PRÉNOMS \_\_\_\_\_

NOM DE JEUNE FILLE (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

NÉ(E) le \_\_\_\_\_

Je réponds aux questions suivantes :

**1/** Les garanties souscrites au titre du présent contrat ou, le cas échéant, leur cumul avec les garanties en cours et de même nature, sont-elles supérieures aux seuils définis dans le tableau ci-dessous ?

	Vous êtes âgé de moins de 45 ans	Vous êtes âgé de 45 à 54 ans	Vous êtes âgé de 55 ans et plus
Garantie Décès	300 000 €	250 000 €	200 000 €
Indemnités journalières	250 €/jour	250 €/jour	250 €/jour
Rente invalidité	45 000 €/an	35 000 €/an	35 000 €/an

**2/** Au cours des 5 dernières années, avez-vous été en arrêt partiel ou total de travail ou avez-vous dû interrompre vos activités professionnelles ou non professionnelles pour raison de santé pendant plus de 30 jours consécutifs ?

**3/** Avez-vous été sous traitement, surveillance, ou contrôle médical pendant plus de 3 semaines au cours des 10 dernières années (en dehors de la médecine du travail, du suivi de grossesse normale, d'examens préventifs systématiques) ?

**4/** Avez-vous été hospitalisé(e) plus de 24 heures au cours des 10 dernières années :

- pour une intervention chirurgicale (hors appendicite, hémorroïdes, amygdalites, végétations, déviation de la cloison nasale, césarienne, varices, dents de sagesse, IVG, don d'organe),
- pour un bilan, un traitement, ou des examens ?

**5/** Au cours des 15 dernières années, avez-vous souffert de pathologie du rachis ?

**6/** Avez-vous subi un dépistage des sérologies VHB, VHC (virus des hépatites), VIH1 et 2 qui se soit révélé positif ?

**7/** Etes-vous atteint(e) d'une maladie de quelque nature que ce soit (hormis les affections saisonnières), d'un handicap ou d'une malformation congénitale ?

**8/** Etes-vous reconnu(e) en invalidité ?

**9/** Suivez-vous un traitement médical (hormis les traitements pour affections saisonnières et les traitements contraceptifs) ?

**10/** Etes-vous en cours d'investigation ou de suivi médical ?

**11/** A votre connaissance, devez-vous être hospitalisé, subir une intervention chirurgicale (hors appendicite, hémorroïdes, amygdalites, végétations, déviation de la cloison nasale, césarienne, varices, dents de sagesse, IVG, don d'organe), un examen médical spécialisé ou un traitement médical ?

**12/** En fonction de votre taille, votre poids dépasse-t-il la limite indiquée dans le tableau ci-après ?

Taille en centimètres (cm)	140-150	151-155	156-160	161-165	166-170	171-175	176-180	Plus de 180
Poids MAXIMUM en kilogrammes (kg)	60	65	75	80	85	90	95	100

J'ai pris connaissance des 12 questions qui m'ont été posées ci-dessus par l'assureur et j'ai répondu NON à l'ensemble des questions.

J'ai pris connaissance des 12 questions qui m'ont été posées ci-dessus par l'assureur, j'ai répondu OUI à au moins une des questions et je m'engage à remplir le questionnaire de santé, qui sera adressé au médecin-conseil d'AGMF Prévoyance sous pli confidentiel.

Je certifie exactes et sincères les réponses faites ci-dessus et reconnais avoir été informé(e) que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle dans ces réponses entraînera la nullité de l'assurance (article L.221-14 du Code de la mutualité), et accepte que les données contenues dans ce document soient collectées, traitées et hébergées par AGMF Prévoyance.

Fait à : \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature de la personne à assurer précédée de la mention "lu et approuvé"

En cas de tutelle ou curatelle, précisez le nom et le prénom du déclarant et signataire :

\_\_\_\_\_  
Signature précédée de la mention "lu et approuvé"

Nécessaires à la bonne gestion de votre dossier, les données à caractère personnel contenues dans ce document seront destinées à AGMF Prévoyance également responsable du traitement. Conformément aux conditions prévues dans la loi n°78-17 dite "Informatique et Libertés" relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression ainsi qu'un droit d'opposition, pour des motifs légitimes, en écrivant à : AGMF Prévoyance, CIL - DES, 34 boulevard de Courcelles, 75809 Paris cedex 17.

# QUESTIONNAIRE DE SANTÉ

*A compléter par l'assuré répondant positivement à au moins une des questions de la déclaration d'état de santé, ou ne l'ayant pas complétée.*

**Ce questionnaire de santé doit être transmis à l'attention du médecin-conseil d'AGMF Prévoyance sous pli cacheté, quelles que soient les réponses données aux questions posées afin de préserver la confidentialité des informations médicales communiquées.**

*Vous pourrez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire toute copie de document se rapportant à votre état de santé.*

**La réponse à l'ensemble des questions est obligatoire. A défaut de réponse de votre part, votre dossier ne sera pas pris en compte.**

## ASSURÉ

Mme  M.

N° D'ADHÉRENT \_\_\_\_\_

NOM \_\_\_\_\_

PRÉNOMS \_\_\_\_\_

NOM DE JEUNE FILLE (s'il y a lieu) \_\_\_\_\_

NÉ(E) le \_\_\_\_\_ Votre poids : \_\_\_\_\_ kg Votre taille : \_\_\_\_\_ cm

Veuillez nous indiquer le cas échéant les variations importantes récentes : \_\_\_\_\_

Professions et spécialités : \_\_\_\_\_

Consommez-vous des boissons alcoolisées ?  Non  Oui - Quantité : \_\_\_\_\_ Consommation tabagique ?  Non  Oui - Quantité : \_\_\_\_\_

		À compléter si oui
<b>1</b>	- Êtes-vous actuellement en arrêt de travail ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	- Avez-vous cessé le travail pour raison de santé plus de 3 semaines consécutives au cours de ces 5 dernières années ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<b>2</b>	- Êtes-vous ou avez-vous été suivi(e) ou été traité(e) pendant plus de 3 semaines consécutives pour raisons médicales ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	- Avez-vous été hospitalisé(e) plus de 24 heures au cours des 10 dernières années ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	- Vous a-t-on informé(e) que vous alliez être hospitalisé(e) ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<b>3</b>	- Avez-vous été traité(e) par chirurgie, radiothérapie chimiothérapie au cours des 10 dernières années ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	- Vous a-t-on informé(e) que vous alliez subir ce type de traitement ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<b>4</b>	Êtes-vous ou avez-vous été exonéré(e) du ticket modérateur (prise en charge à 100%) pour raisons de santé ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<b>5</b>	Bénéficiez-vous d'une rente d'incapacité ou d'une pension d'invalidité ? (si oui, joindre la notification)	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<b>6</b>	Êtes-vous atteint(e) de troubles graves de la vision ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<b>7</b>	Êtes-vous atteint(e) ou avez-vous été atteint(e) d'une maladie chronique, d'une infirmité, d'affections récidivantes ou de séquelles (accident - maladie) ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<b>8</b>	Êtes-vous atteint de maladies rhumatismales ou des os, de lésions articulaires, musculaires ou ligamentaires ou d'affections discovertébrales ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<b>9</b>	Avez-vous subi :	
	- un traitement pour troubles nerveux, dépression nerveuse ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	- un traitement pour troubles cardiaques ou vasculaires, hypertension artérielle ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	- Suivez-vous un traitement régulier ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<b>10</b>	Vous a-t-on informé(e) que vous alliez :	
	- Subir des examens de laboratoire ou d'autres examens (radio, scanner, IRM, ECG...) à l'exception de la médecine du travail ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	- Subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<b>11</b>	Avez-vous subi un test de dépistage des virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C ou du Sida (HIV) qui se serait révélé anormal (séropositif) ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<b>12</b>	Avez-vous fait des demandes d'assurances relatives à la prévoyance (décès, incapacité, etc...) ou à la couverture de prêts ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	Ont-elles été : - Acceptées avec surprimes ou avec exclusions ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	- Ajournées ou refusées ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Je certifie exactes et sincères les réponses faites ci-dessus et reconnais avoir été informé que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle dans ces réponses entraînera la nullité de l'assurance (article L.221-14 du Code de la mutualité) et accepte que les données contenues dans ce document soient collectées, traitées et hébergées par AGMF Prévoyance.

Fait à : \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ **En cas de tutelle ou curatelle, précisez** les nom et prénom du déclarant et signataire :

Signature de la personne à assurer précédée de la mention "lu et approuvé"

Signature précédée de la mention "lu et approuvé"

## NOTICE D'INFORMATION

### Contrat Praticien Hospitalier

#### A.CPH17.2

*Applicable aux adhésions prenant effet à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2017*

## NOTICE D'INFORMATION

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 G00975080 souscrit conjointement par le Syndicat National des Médecins, Chirurgiens, Spécialistes et Biologistes des Hôpitaux publics (S.N.A.M.- H.P.) et la Mutuelle Nationale des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des Établissements de santé Publics et Privés (M.N.H.P.P.).

## SOMMAIRE

### CHAPITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES ..... page 2

Article 1 - Objet du contrat .....	page 2
Article 2 - Définitions et modalités d'adhésion .....	page 2
Article 3 - Obligations déclaratives .....	page 2
Article 4 - Formation - date d'effet de l'adhésion - terme des garanties .....	page 3
Article 5 - Refus ou ajournement de l'adhésion .....	page 4
Article 6 - Acceptation sous réserve .....	page 4
Article 7 - Information des membres participants .....	page 5
Article 8 - Durée, renouvellement, résiliation de l'adhésion et du contrat collectif .....	page 5
Article 9 - Modification de l'adhésion au contrat collectif .....	page 5
Article 10 - Fausse déclaration .....	page 6
Article 11 - Forclusion, prescription et garantie des droits de l'assuré .....	page 6
Article 12 - Subrogation .....	page 6

### CHAPITRE II - COTISATIONS ..... page 6

Article 13 - Paiement de la cotisation et exonération .....	page 6
Article 14 - Non-paiement de la cotisation .....	page 7

### CHAPITRE III - PRESTATIONS GARANTIES ..... page 7

<b>SECTION 1 - Dispositions communes</b> .....	page 7
Article 15 - Risques exclus .....	page 7
Article 15 bis - Territorialité des garanties .....	page 8
Article 16 - Assiette de calcul des prestations Décès*, Incapacité temporaire totale de travail* et Invalidité* .....	page 8
Article 17 - Revalorisation des garanties .....	page 8
<b>SECTION 2 - Prestations garanties en cas de Décès*</b> .....	page 8
Article 18 - Montant du capital décès .....	page 8
Article 19 - Modalités de versement du capital décès .....	page 9
Article 20 - Garantie complémentaire rente orphelin (double effet-conjoint) .....	page 9
Article 21 - Option garantie rente en cas de décès .....	page 10
Article 22 - Option garantie rente éducation .....	page 10

### SECTION 3 - Prestations garanties en cas d'Incapacité temporaire totale de travail\* ou d'Invalidité\* .....

Article 23 - Prestations garanties en cas d'Incapacité temporaire totale de travail* .....	page 10
Article 24 - Prestations garanties en cas d'invalidité .....	page 11
Article 25 - Option garantie « capital invalidité - perte de profession ou de reconversion » .....	page 12
Article 26 - Principe indemnitaire .....	page 12
Article 27 - Maintien des garanties en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité .....	page 12

### CHAPITRE IV - CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS EN CAS DE SINISTRE ..... page 13

<b>SECTION 1 - En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie</b> .....	page 13
Article 28 - Déclaration du décès et pièces justificatives au titre de la garantie « capital décès » et de la garantie complémentaire « rente orphelin » (double effet-conjoint) .....	page 13
Article 29 - Déclaration du décès et pièces justificatives au titre des options rente en cas de décès et rente éducation .....	page 13
Article 30 - Bénéficiaire du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie .....	page 13
Article 31 - Déclaration de la perte totale et irréversible d'autonomie et pièces justificatives .....	page 13
<b>SECTION 2 - En cas d'Incapacité temporaire totale de travail* ou d'Invalidité*</b> .....	page 14
Article 32 - Déclaration de sinistre et pièces justificatives .....	page 14
Article 33 - Service des prestations .....	page 14
<b>SECTION 3 - Dispositions communes aux garanties Décès*, Incapacité temporaire totale de travail* et Invalidité*</b> .....	page 14
Article 34 - Examen médical et contrôle de l'assuré .....	page 14
Article 35 - Litiges médicaux .....	page 14
Article 36 - Participation aux bénéfices .....	page 15
Article 37 - Informatique et libertés .....	page 15

### ANNEXE I - PROTECTION JURIDIQUE VIE PRIVÉE ..... page 16

## Article 1 Objet du contrat

1/ Le contrat Praticien hospitalier dont la présente notice reprend les dispositions générales a pour objet de garantir à l'assuré le versement des prestations suivantes :

### Garantie Décès\* :

- Versement :
  - d'un capital au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès de l'assuré ou à l'assuré lui-même en cas de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA). Ce capital est doublé en cas d'accident,
  - d'une garantie complémentaire rente orphelin (double effet-conjoint) si les deux parents décèdent.
- En option, versement :
  - d'un capital décès supplémentaire en cas d'accident de la circulation,
  - d'une rente viagère immédiate au bénéfice d'un bénéficiaire désigné en cas de décès de l'assuré, nommée rente en cas de décès,
  - d'une rente éducation au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès ou de PTIA de l'assuré.

### Garantie Incapacité temporaire totale de travail\* :

- Versement à l'assuré d'indemnités journalières en cas de maladie ou d'accident entraînant une incapacité temporaire totale de travail ou en cas de maternité.
- Par dérogation, en cas de mi-temps thérapeutique, versement d'indemnités journalières à l'assuré.

### Garantie Invalidité\* :

- Versement à l'assuré d'une rente en cas d'invalidité permanente indemnisée par la Sécurité sociale.
- En option, versement à l'assuré :
  - d'une rente en cas d'invalidité permanente totale ou partielle sur la base de la seule incapacité professionnelle,
  - d'un capital invalidité-perte de profession ou de reconversion en cas d'incapacité de travail d'au moins 66 % non révisable, le plaçant définitivement dans l'impossibilité d'exercer sa profession ou sa spécialité.

Dans la présente notice d'information, lorsque l'astérisque (\*) est accolé aux mots Décès, Incapacité temporaire totale de travail et Invalidité, l'ensemble des garanties listées ci-dessus sont concernées par la disposition. En l'absence d'astérisque (\*), seule la garantie nommément désignée est concernée.

**Les garanties capital en cas de décès/PTIA, Incapacité temporaire totale de travail\* et la rente en cas d'invalidité permanente indemnisée par la Sécurité sociale sont indissociables et ne peuvent être souscrites isolément.**

Ce 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.

2/ En application d'une décision du Conseil d'Administration d'AGMF Prévoyance ratifiée par son Assemblée générale, est adjoind 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.

## 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;
- 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 "Contrat Praticien hospitalier"** : conjointement le Syndicat National des Médecins, Chirurgiens, Spécialistes et Biologistes des Hôpitaux publics (S.N.A.M.- H.P.), siège social : 15 rue Ferdinand Duval 75 004 Paris, et la Mutuelle Nationale des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des Établissements de santé Publics et Privés (M.N.H.P.P.), siège social : 34 boulevard de Courcelles 75 809 Paris cedex 17, mutuelle affiliée à AGMF-Prévoyance, soumise aux dispositions du livre III du Code de la mutualité et immatriculée sous le N° 442 864 112.

➤ **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,
- 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 :

#### Condition de souscription

La personne physique sur la tête de laquelle repose la garantie doit être **obligatoirement âgée de moins de 57 ans lors de la demande d'adhésion, appartenir à l'une des catégories de praticiens figurant sur le bulletin d'adhésion et ne pas être en incapacité temporaire de travail,**

Pour la souscription des options, l'adhérent doit être âgé :

De moins de 65 ans	- Rente en cas de décès - Rente éducation
De moins de 57 ans	- Capital invalidité-perte de profession ou de reconversion - Rente en cas d'invalidité permanente totale ou partielle sur la base de la définition professionnelle de l'incapacité - Capital décès en cas d'accident de la circulation

### ➤ Bénéficiaire :

Incapacité temporaire totale de travail* Invalidité* PTIA	L'assuré
Capital décès	La ou les personnes ayant fait l'objet d'une désignation écrite et formelle par l'assuré auprès de l'organisme assureur (cf article 19 § 2)
Capital décès transformé en rente	Le conjoint de l'assuré ou ses enfants encore à charge (cf article 19 § 2)
Rente orphelin (double effet-conjoint)	Les enfants à charge de l'assuré et du conjoint au moment du décès (définis à l'article 20)
Rente en cas de décès	La personne physique désignée au certificat d'adhésion (le conjoint tel que défini aux articles 19 et 20 ou la personne nommément désignée au certificat d'adhésion)
Rente éducation	Les enfants désignés au certificat d'adhésion (cf article 22)

## Article 3 Obligations déclaratives

### § 1

**Le membre participant 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.**

Concernant les garanties décès/perte totale et irréversible d'autonomie, Incapacité temporaire totale de travail\* et rentes invalidité, l'assuré doit faire connaître à l'organisme assureur, lors de la demande d'adhésion et annuellement avant le 28 février, le montant de son traitement brut défini à l'article 16. À défaut de déclaration dans ce délai, l'adhésion sera renouvelée sur les bases précédentes, sans que la prestation due en cas de sinistre ne puisse être supérieure à celle qui aurait été versée pour un traitement réel égal au traitement déclaré formant l'assiette des cotisations.

Il est expressément convenu que si le praticien communique dans le délai susvisé que le montant net de son revenu, le montant brut sera reconstitué forfaitairement par application au traitement net déclaré d'une majoration de 20% au titre des charges sociales. En cas de contestation éventuelle, le praticien devra justifier du montant de son traitement annuel brut en produisant tout justificatif de ses revenus bruts établi par son établissement.

## § 2 - En cours de contrat

Le membre participant a l'obligation de déclarer, par lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme assureur, tout changement de statut, toute modification dans les conditions d'exercice de la fonction ou la cessation définitive de son activité professionnelle ainsi que toute modification susceptible d'affecter les conditions de la garantie (article L.221-17 du Code de la mutualité).

Le membre participant 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 4 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 Décès\*, Incapacité temporaire totale de travail\* et Invalidité\*, 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 Décès\*, Incapacité temporaire totale de travail\* et Invalidité\*, 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.**

## § 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, 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 à la présente notice d'information.

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, 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'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 à la présente notice d'information.

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

› Sont garantis, dès la date de prise d'effet de l'adhésion au contrat :

- le Décès\*,
- l'incapacité temporaire totale de travail,
- l'invalidité\*,

résultant d'une maladie ou d'un accident au sens de l'article 18 § 2 ci-après, survenu à compter de cette date.

› Sont garanties, dès lors que la date de prise d'effet de la garantie précède d'un mois au moins la date présumée de la conception, dans les conditions prévues aux articles 15 § 1 E/ et 23 § 2 ci-dessous :

- l'incapacité temporaire totale de travail liée à une grossesse pathologique,
- l'indemnité journalière maternité.

#### § 5 – Terme des garanties

› Les garanties :

- capital en cas de décès,
- rente en cas de décès,
- Incapacité temporaire totale de travail\*,
- rente invalidité permanente totale,
- option rente invalidité permanente partielle sur la base de la définition professionnelle de l'incapacité,

cessent à la date de liquidation de la retraite du régime obligatoire dont dépend l'assuré et au plus tard à l'âge fixé en application de l'article L.351-8 du Code de la Sécurité Sociale (67<sup>e</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 5 années.

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

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

#### Prolongation d'activité

Pour les praticiens admis à poursuivre, en application de la réglementation hospitalière et/ou universitaire, leur activité au-delà du terme normal précité de leurs garanties, la cessation des garanties susvisées ci-dessus peut intervenir au moment de l'arrêt d'activité et au plus tard au 70<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré. **Le praticien doit formuler une demande en ce sens avant le terme normal précité de sa garantie.**

#### Dispositif cumul emploi-retraite

La liquidation de la retraite ne fait pas obstacle à la prorogation des garanties susvisées ci-dessus sauf pour la garantie Invalidité\*, jusqu'au 72<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré, lorsque cette liquidation et la poursuite d'activité interviennent, sans discontinuité entre elles, dans le cadre de ce dispositif.

› La garantie en cas de **perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)** cesse au plus tard au 60<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré.

› La garantie **rente éducation** cesse de plein droit au 70<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré.

En cas de versement de la rente, elle cesse au 25<sup>e</sup> anniversaire de l'enfant bénéficiaire, ou à son décès, sauf indication contraire portée au certificat d'adhésion.

› Les garanties optionnelles **rente invalidité permanente totale sur la base de la définition professionnelle de l'incapacité et capital invalidité-perte de profession ou de reconversion**, cessent à l'âge prévu par l'article L.351-1 du Code de la Sécurité Sociale (62<sup>ème</sup> anniversaire).

› Les garanties cessent en outre :

- en cas de résiliation 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 cessation, par l'assuré, de son activité de praticien hospitalier pour une cause autre qu'un sinistre garanti au présent contrat.

#### § 6 – Consentement à dématérialisation

En donnant son consentement à la dématérialisation, l'adhérent accepte expressément que les informations, documents contractuels et l'ensemble des pièces y afférentes adressés au cours de l'exécution du Contrat lui soient transmis par voie électronique. L'adhérent accepte également de recevoir les factures par voie électronique.

L'adhérent accepte expressément l'usage, dans le cadre de l'exécution du Contrat, des lettres recommandées par voie électronique.

Si l'adhérent et le payeur de primes utilisent la même adresse électronique, chacun déclare avoir un accès à ladite adresse électronique et lesdits adhérents et payeurs de primes se donnent pouvoir réciproque pour retirer la lettre recommandée électronique éventuelle.

L'adhérent reconnaît et garantit qu'il dispose de la maîtrise exclusive de l'adresse électronique qu'il a indiquée, tant pour son accès et sa gestion que la confidentialité et la sécurité des identifiants et mots de passe qui lui permettent d'y accéder. L'adhérent s'engage à notifier à l'Organisme assureur sans délai toute perte ou usage abusif de ses identifiants et mots de passe. Jusqu'à la date de réception d'une telle notification, toute action effectuée par l'adhérent au travers de son adresse électronique sera réputée effectuée par l'adhérent et relèvera de la responsabilité exclusive de ce dernier.

Par suite, l'adhérent reconnaît qu'il lui appartiendra de s'assurer, sous sa seule responsabilité, qu'il sera en mesure de recevoir, télécharger et éventuellement imprimer les pièces jointes des messages électroniques qui lui seront adressées sous format imprimable.

Chaque utilisation de son Compte Personnel par l'adhérent constitue l'acceptation de la dernière version de la Convention d'utilisation du Site Adhérent, disponible sur le Compte Personnel de l'adhérent en format imprimable.

#### § 7 – Convention sur la preuve

L'adhérent reconnaît à l'écrit sur support électronique la même force et valeur probante que l'écrit sur support papier.

L'adhérent reconnaît expressément et accepte que la preuve des opérations réalisées sur le Site Adhérent soit rapportée par tout support durable constatant lesdites opérations. L'adhérent s'engage à reconnaître comme support durable, notamment : le papier, les clés USB, les cartes à mémoire, les disques durs d'ordinateur, les courriels, ainsi que tout autre instrument permettant de conserver les informations d'une manière qui permet de s'y reporter aisément pendant un laps de temps adapté aux fins auxquelles les informations sont destinées et qui permet la reproduction identique desdites informations.

En conséquence, l'adhérent reconnaît et accepte expressément que les informations, documents contractuels et l'ensemble des pièces y afférentes puissent être établis et conservés sur tout support durable.

L'adhérent reconnaît expressément et accepte :

- l'enregistrement de sa navigation sur le Site Adhérent, et notamment ses « clics » de souris ou autre périphérique, comme mode de preuve des obligations souscrites via le Site Adhérent ;
- que ces enregistrements effectués par l'Organisme assureur ont pleine valeur probante à son égard ;
- qu'en cochant sur « J'accepte de recevoir les informations, courriers de gestion, documents contractuels et pièces y afférentes émanant des entités assurantielles de GPM, par voie électronique plutôt que par courrier papier (y compris par automate.) » il accepte la dématérialisation desdits documents.
- que toute opération effectuée, après s'être authentifié avec son mot de passe sur son Compte Personnel accessible sur le Site Adhérent, est réputée effectuée par lui-même.

#### 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 réserve

**L'acceptation de l'adhésion peut être assortie de réserves formulées par le médecin-conseil, pour les garanties Décès\*, Incapacité temporaire totale de travail\* et Invalidité\*, ayant pour objet d'exclure la prise en charge des suites d'affections déterminées et contractées antérieurement à l'adhésion.**

## Ces réserves peuvent aussi avoir pour objet de limiter les conditions d'indemnisation d'une garantie ou de l'exclure.

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 sa prise d'effet.

Elle est ensuite renouvelable annuellement par tacite reconduction pour une durée de douze mois, 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.

Ce droit de résiliation appartient au membre participant, à l'exclusion de ses ayants-droits ou des tiers.

**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 les bénéficiaires tels que définis aux articles 2, 19 § 2 et 30 de la présente notice, pour l'Incapacité temporaire totale de travail\*, l'Invalidité\*, le Décès\*, consécutifs 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.**

**Elle est cependant 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.**

### § 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.

## Dans ce cas, la résiliation du contrat fait cesser les admissions dans l'assurance.

Elle est sans effet sur les assurés qui y sont inscrits à la date d'effet de la résiliation qui bénéficient du maintien de leurs garanties, sous réserve du paiement de la cotisation.

En cas d'impossibilité pour l'organisme assureur de maintenir ces garanties dans le cadre du contrat collectif, dépourvu de souscripteur, en application de l'article 6 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989, dite « loi Evin », l'organisme assureur proposera à tout adhérent au présent contrat, 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.**

**Si l'organisme assureur décide de majorer les tarifs de l'une des formules de garanties qu'il propose, la hausse sera uniforme pour l'ensemble des membres participants ayant adhéré à la formule de garanties concernées.**

### § 4 – Suspension de l'adhésion

Les garanties Décès\*, Incapacité temporaire totale de travail\* et Invalidité\* du praticien hospitalier placé en situation de détachement, soit à sa demande, soit d'office et cessant de percevoir toute rémunération du corps professionnel dont il est détaché, **sont suspendues pendant la durée du détachement.**

Le praticien justifie auprès de l'organisme assureur de la fin de son détachement et de sa date de réintégration dans son corps professionnel d'origine, date à laquelle ses garanties reprennent de plein droit effet. **Les mêmes dispositions spécifiques s'appliquent en cas de mise en disponibilité sur demande du praticien.**

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

### § 1 – Dispositions générales

Toute modification du présent contrat à la demande de l'organisme assureur ou du groupement souscripteur dans les conditions prévues au paragraphe 2 et 3 ci-dessous, sera constatée par l'émission et la signature d'un avenant.

Dans ce cas, l'adhérent est informé des modifications intervenues par la remise d'une notice d'information. Il a alors la possibilité de dénoncer son adhésion au contrat collectif dans les conditions prévues à l'article 7 § 2 de la présente notice.

### § 2 – Modifications à la demande de l'organisme assureur

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 le groupement souscripteur et prennent effet à la date stipulée par celui-ci.

La cessation de la commercialisation des garanties assurées au titre du contrat collectif, fait l'objet d'un avenant actant sa fermeture à toute adhésion nouvelle.

### § 3 – Modifications à la demande du groupement souscripteur

Les modifications souhaitées par le groupement souscripteur sont 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), après la signature d'un avenant au contrat collectif.

### § 4 – À la demande du membre participant

Le membre participant peut demander à tout moment un aménagement de son contrat (adjonction d'une garantie en option, modification du niveau des garanties), sous réserve d'en formuler la demande par écrit.

La demande d'adjonction de garantie ou d'augmentation du niveau des garanties est soumise aux mêmes conditions de limite d'âge, et d'acceptation qu'une adhésion nouvelle. Les règles de prise d'effet des garanties, et notamment les délais de carence, visés à l'article 4 § 4 sont applicables sur le complément. En cas de refus, le contrat continue à s'appliquer sur ses anciennes bases.

**En cas de diminution du niveau des garanties ou de suppression d'une garantie optionnelle, la modification ne peut prendre effet avant le 1<sup>er</sup> janvier suivant la demande.**

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

## 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 dénature 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 aux articles 29, 31 et 32.

### § 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.

La prescription est portée à dix ans pour le paiement du capital dû versé au décès de l'assuré dès lors que le bénéficiaire n'est pas le membre participant.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fausse 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 règlement 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 :

- ▶ 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>,
- ▶ ou, 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.

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.

## Article 12 Subrogation

Pour le risque Incapacité temporaire de travail\* et Invalidité\*, 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 (article L.224-9 du Code de la mutualité).

## CHAPITRE II - COTISATIONS

### Article 13 Paiement de la cotisation et exonération

#### § 1

La cotisation annuelle est calculée :

- Pour le capital en cas de décès, la PTIA, l'Incapacité temporaire totale de travail\* et l'Invalidité\* (hors capital invalidité-perte de profession ou de reconversion) : **en pourcentage du traitement annuel brut, limité à six plafonds annuels de la Sécurité Sociale, tel que défini à l'article 16.**

**Le membre participant doit faire connaître à l'organisme assureur au moment de l'adhésion et annuellement au plus tard le 28 février,**

le montant du traitement défini ci-dessus et ce conformément à l'article 3 susvisé.

- Pour la rente en cas de décès, la rente éducation et le capital invalidité-perte de profession ou de reconversion : en pourcentage du montant garanti au certificat d'adhésion.

#### § 2

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.

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 4 § 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.

### § 3

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.

### § 4

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.

### § 5 - Exonération du paiement de la cotisation

Concernant les garanties du contrat en cas décès/PTIA, Incapacité temporaire totale de travail\* et rente invalidité permanente indemnisée par la Sécurité sociale, la cotisation cesse d'être due durant les périodes d'incapacité de travail et d'invalidité au cours desquelles l'assuré ne perçoit aucun traitement.

### 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

#### Article 15 Risques exclus

##### § 1 - Exclusions relatives aux garanties Décès\*, Incapacité temporaire totale de travail\* et Invalidité\*

A/ 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'adhésion au contrat ;
- > de l'homicide volontaire de l'assuré par le bénéficiaire ayant fait l'objet d'une condamnation pénale (l'exclusion ne joue qu'à l'égard de ce bénéficiaire).

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

- > de l'ivresse de l'assuré présentant un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux réglementaire en vigueur au jour du sinistre, défini à 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.

C/ L'organisme assureur ne prend pas en charge le Décès\*, l'Incapacité temporaire totale de travail\* ou l'Invalidité\* lorsque le sinistre résulte :

- 1/ des 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/ des faits de guerre civile ;
- 3/ du fait intentionnel causé ou provoqué par l'assuré ou les bénéficiaires, entraînant l'incapacité temporaire totale de travail, l'invalidité ou la perte totale et irréversible d'autonomie ;
- 4/ de luttres, 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 passage 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 appareil respiratoire ;

10/ de la pratique 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 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 l'alinéa précédent.

(par compétition normale, il faut entendre toute compétition organisée selon la pratique ou la coutume dans le sport considéré).

D/ Par dérogation aux dispositions qui précèdent, les exclusions de risques concernant les activités sportives non professionnelles visées au § 2 (8° à 12°) ci-dessus peuvent être levées (sauf pour la garantie complémentaire décès par accident de la circulation), sur demande expresse du membre participant, moyennant le paiement d'une cotisation annuelle supplémentaire.

Pour permettre à l'organisme assureur de se prononcer sur l'acceptation de la garantie sollicitée, le membre participant doit faire parvenir à l'organisme assureur 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 tout renseignement complémentaire nécessaire à une exacte appréciation du risque.

Les exclusions levées sont mentionnées au certificat d'adhésion.

E/ L'Incapacité temporaire totale de travail\* n'est pas prise en charge si elle résulte :

- > de la grossesse et ses suites normales hors dispositions prévues à l'article 23 § 2. 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 4 § 4 ci-dessus et sous déduction d'une période franche de huit semaines également réparties avant et après la date prévue de l'accouchement ;
- > 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.

Sont également exclues de la garantie "Incapacité temporaire totale 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 de trente jours.

L'incapacité temporaire totale de travail de l'assuré résultant d'un accident imputable à l'un des évènements énumérés au B. ci-dessus se verra appliquer le délai de franchise de quatorze ou trente jours visé à l'article 23 au point 1.3.1 et non celui réduit en cas d'accident.

## § 2

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 D. du § 1 et aucun remboursement de cotisation ne peut intervenir.

## Article 15 bis Territorialité des garanties

Les périodes d'incapacité temporaire de travail et d'invalidité pour lesquelles l'assuré se trouve hors du territoire français 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.

Les garanties Décès\*, Incapacité temporaire totale de travail\* et Invalidité\* s'exercent dans le monde entier sous réserve que la constatation médicale de l'état de santé soit faite 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 16 Assiette de calcul des prestations Décès\*, Incapacité temporaire totale de travail\* et Invalidité\*

### § 1

#### Garantie Décès\*

- Pour le calcul des prestations décès et perte totale et irréversible d'autonomie, le traitement pris en compte est le montant **brut** des émoluments, rémunérations et indemnités liés à la fonction hospitalière tels que définis aux articles R.6152-23 et D.6152-23-1 du Code de la Santé publique, perçus au cours de l'année civile précédente ;

Pour les médecins "bi-appartenants", s'ajoute au traitement de base défini ci-dessus, **sauf disposition contraire prévue au certificat d'adhésion, le traitement brut universitaire** perçu par eux.

- Pour la rente en cas de décès et la rente éducation, la prestation correspond au montant forfaitaire garanti au certificat d'adhésion.

#### Garantie Incapacité temporaire totale de travail\* et Invalidité\*

L'assiette de calcul des prestations **d'Incapacité temporaire totale de travail\* (hors maternité) et d'Invalidité\***(hors capital invalidité-perte de profession ou de reconversion) **est constituée des pourcentages** choisis à la souscription du traitement **net** hospitalier (y compris indemnités liées à l'activité hospitalière dont les gardes et astreintes) hors Compte Epargne Temps (CET) et du traitement net universitaire pour les médecins « bi-appartenants ».

- Pour le calcul des prestations maternité gardes et astreintes, le traitement pris en compte est le revenu net hospitalier perçu au titre des gardes et astreintes de l'année civile précédente.

- Pour le capital invalidité-perte de profession ou de reconversion, la prestation correspond au montant forfaitaire garanti au certificat d'adhésion.

Les revenus de remplacement versés à l'assuré, en cas d'arrêt de travail, par l'hôpital et/ou la sécurité sociale sont intégrés dans les traitements servant d'assiette au calcul de la cotisation.

**Quelle que soit la garantie, pour le calcul des prestations, le traitement de base est toujours plafonné à six plafonds annuels de la Sécurité sociale et limité au dernier traitement déclaré et soumis à cotisation.**

## § 2

Le traitement de base d'une personne n'ayant pas accompli dans la fonction, au moment de l'adhésion au contrat ou de son renouvellement, le temps d'activité nécessaire pour permettre le calcul du traitement de base dans les conditions prévues au § 1, est déterminé en fonction d'une rémunération reconstituée prorata temporis ou en l'absence de référence dans le statut, de la rémunération annuelle fixée réglementairement pour la fonction nouvelle exercée.

## Article 17 Revalorisation des garanties

### § 1 - Revalorisation du traitement de base prévu à l'article 16

Lorsque le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie définitive survient après une période d'incapacité de travail donnant lieu à un maintien de garantie dans les conditions prévues à l'article 27 ci-dessous, le traitement de base servant d'assiette au calcul des prestations prévues aux articles 18, 19 et 20 de la présente notice d'information, calculé à la date du premier jour de l'arrêt de travail de l'assuré est revalorisé, à la date du décès ou de la constatation de la perte totale et irréversible d'autonomie, sur la base de l'évolution constatée entre ces deux dates 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.

Ce même traitement de base servant au calcul des prestations en cas d'Incapacité temporaire totale de travail\* (article 23), perçu au cours de l'année civile précédant l'arrêt de travail initial, est éventuellement revalorisé dans les mêmes conditions prévues ci-dessus chaque 1<sup>er</sup> janvier.

En outre, le traitement servant de base de calcul de la rente orphelin (double effet-conjoint) garantie à l'article 20 est revalorisé au moment du décès du conjoint sur la base du taux de majoration de l'indice composite susvisé depuis la date du décès de l'assuré.

### § 2 - Revalorisation du capital décès

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.

### § 3 - Revalorisation du capital invalidité-perte de profession ou de reconversion

Le montant du capital prévu 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 publiée par l'INSEE.**

### § 4 - Revalorisation des prestations périodiques en cours de service

Les rentes prévues à l'article 19 § 2 (transformation du capital décès en rente), la rente orphelin (article 20), la rente en cas de décès (article 21), la rente éducation (article 22) ainsi que les prestations en cas d'Incapacité de travail\* et d'invalidité (articles 23 et 24) sont revalorisées au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année sur décision du Conseil d'Administration de l'organisme assureur ; le taux de revalorisation est fixé par référence à l'indice prévu au § 1, dans la limite de la provision pour participation aux bénéfices visée à l'article D.223-3 du Code de la mutualité.

La première revalorisation intervient le 1<sup>er</sup> janvier suivant la date du décès, de l'incapacité temporaire de travail ou de l'invalidité.

Les revalorisations attribuées restent acquises à titre définitif tant que les prestations sont dues.

En cas de résiliation du contrat, les prestations énumérées à l'alinéa 1<sup>er</sup> ci-dessus, maintenues ou en cours de service à la date de cessation de l'assurance, continuent à être versées jusqu'au terme contractuel sur la base des montants atteints à la date de la résiliation.

## SECTION 2 - Prestations garanties en cas de Décès\*

## Article 18 Montant du capital décès

### § 1 - Décès toutes causes

Le montant du capital décès est le pourcentage du traitement tel que défini à l'article 13 et mentionné au certificat d'adhésion.

Il s'agit du même montant en cas de perte totale et irréversible d'autonomie (Article 19 § 1 ci-après).

### § 2 - Majoration de garantie "accident"

Un capital supplémentaire égal à 100 % du capital garanti visé au § 1 est versé lorsque le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie est imputable à un accident, **à condition que le sinistre survienne dans un délai maximum d'un an après la date de l'accident.**

On entend d'une façon générale 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 irréversible d'autonomie de l'assuré ainsi que la preuve de l'accident incombent aux bénéficiaires.**

### § 3 – Majoration de garantie “accident de la circulation”

Si le membre participant a souscrit cette option, un capital supplémentaire, égal au capital défini au § 1, est versé lorsque le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie est imputable à un accident de la circulation à condition que le sinistre survienne dans un délai maximum d'un an après la date de l'accident.

Pour l'application de cette garantie complémentaire optionnelle, on entend par accident de la circulation, celui dont l'assuré 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 19 Modalités de versement du capital décès

### § 1 – En cas de perte totale et irréversible d'autonomie

La perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré médicalement constatée avant la date d'entrée en jouissance de la pension de vieillesse du régime obligatoire dont dépend l'assuré et au plus tard avant son 60<sup>e</sup> anniversaire ouvre droit au paiement du capital garanti en cas de décès, y compris les majorations de garantie “accident” et le cas échéant “accident de la circulation” visées à l'article 18.

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 professionnelle 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.

Le paiement du capital au titre de la perte totale et irréversible d'autonomie n'exclut pas le versement des prestations prévues en cas d'Incapacité temporaire totale de travail\* ou d'Invalidité\* dans les conditions prévues aux articles 23, 24 et 25 ci-après.

**Néanmoins, il met fin à la garantie en cas de décès.**

### § 2 – En cas de décès

#### Bénéficiaires

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, les coordonnées du(des) bénéficiaire(s), l'ordre de priorité de versement ou la répartition du capital.

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

**Si la désignation du (des) bénéficiaire(s) en cas de décès n'est pas faite sur le bulletin d'adhésion mais dans un acte séparé (acte sous seing privé ou acte authentique), il appartient à l'adhérent de le signaler par courrier recommandé avec accusé de réception à l'organisme assureur de façon à ce que celui-ci puisse d'une part, savoir qu'une désignation de bénéficiaire(s) a été faite, et d'autre part identifier le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès de l'assuré.**

Toute désignation de bénéficiaire(s) par un acte distinct du bulletin d'adhésion n'est valablement opposable à l'organisme assureur que pour autant qu'il ait normalement accusé réception du courrier de l'adhérent l'informant de cette modalité de désignation de bénéficiaire(s) en cas de décès.

**Afin de lutter contre la déshérence des capitaux décès, il peut être opportun pour l'adhérent d'informer l'un des bénéficiaires ou tout tiers de confiance de l'existence de ce contrat.**

La désignation du ou des bénéficiaire(s) peut, à tout moment, être modifiée par le membre participant.

Ce droit ne peut être exercé du vivant du membre participant 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 chaque bénéficiaire de sa désignation effectuée dans les conditions ci-après :

- ▶ tant que l'assuré est 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, 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.

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

#### Transformation du capital en rente

Le conjoint bénéficiaire du capital décès peut demander la transformation du capital en rente viagère. Son montant résulte, d'une part, du montant du capital garanti et d'autre part, de l'âge du conjoint à la date du décès de l'assuré.

Par ailleurs, en cas de décès de l'assuré laissant des enfants à charge, le conjoint bénéficiaire du capital, s'il n'a pas opté pour l'application du 1<sup>er</sup> alinéa ci-dessus, a la faculté de demander la conversion dudit capital en rente au profit de chacun des enfants de l'assuré.

**Ces options s'exercent selon les conditions en vigueur au moment de la demande de prestations. Le choix d'une des options prévues ci-dessus devient définitif avec la signature de la demande de prestation.**

#### Paiement des arrérages et terme du service des rentes

Les arrérages des rentes garanties sont dus à compter du jour du décès de l'assuré et versés :

- ▶ pour la rente viagère, jusqu'au décès du conjoint bénéficiaire ;
- ▶ pour la rente au profit des enfants, jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel le bénéficiaire ne remplit plus les conditions d'attribution stipulées ci-après pour les enfants à charge, celles-ci pouvant être contrôlées périodiquement par l'organisme assureur, et en tout état de cause jusqu'à son décès.

Ils sont payables par virement 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 et revalorisés dans les conditions prévues à l'article 17 § 4 ci-après.

Par conjoint, on entend :

Le conjoint survivant, non séparé de corps de l'assuré par un jugement définitif passé en force de chose jugée.

Par enfant à charge, on entend :

- ▶ l'enfant légitime, reconnu, adopté ou recueilli de l'assuré ou de son conjoint s'il est effectivement 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 26 ans, s'il justifie de la poursuite d'études ;
  - être atteint, quel que soit son âge, d'une infirmité permanente l'empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunératrice ayant entraîné, à ce titre, le bénéfice jusqu'à l'âge de 20 ans des avantages de la Sécurité Sociale en qualité d'ayant droit de l'assuré.
- ▶ 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.

## Article 20 Garantie complémentaire rente orphelin (double effet-conjoint)

Après le décès de l'assuré, son conjoint (tel que définit ci-après), 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 – Objet et bénéficiaires de la garantie

L'objet de cette assurance est de garantir le paiement d'une rente orphelin annuelle à chacun des enfants à charge de l'assuré en fonction de l'option choisie dans le bulletin d'adhésion calculée sur le capital décès toute cause (hors majoration accident ou accident de la circulation).

### § 2 – Entrée en jouissance

La garantie entre en jeu :

- ▶ au plus tard à la date anniversaire des 60 ans du conjoint ;
- ▶ 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 ;

- 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.

Par conjoint, on entend :

Le conjoint survivant, non séparé de corps de l'assuré par un jugement définitif passé en force de chose jugée.

Par enfant à charge, on entend :

- l'enfant légitime, reconnu, adopté ou recueilli de l'assuré ou de son conjoint s'il est effectivement 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 26 ans, s'il justifie de la poursuite d'études ;
  - être atteint, quel que soit son âge, d'une infirmité permanente l'empêchant de se livrer à une quelconque activité rémunératrice ayant entraîné, à ce titre, le bénéfice jusqu'à l'âge de 20 ans des avantages de la Sécurité Sociale en qualité d'ayant droit de l'assuré.
- 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.

### § 3 - Paiement des arrérages et terme du service des rentes

Le service de la rente due au titre de la garantie **cesse à la fin du trimestre civil au cours duquel le bénéficiaire ne remplit plus les conditions d'attribution stipulées ci-dessus pour les enfants à charge, celles-ci pouvant être contrôlées périodiquement par l'organisme assureur.**

Les arrérages sont dus au plus tard jusqu'à l'échéance qui précède le décès du bénéficiaire. Ils sont payables par virement 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 et revalorisés dans les conditions prévues à l'article 17 § 4.

## Article 21 Option garantie rente en cas de décès

### § 1 - Objet de la garantie

La présente garantie, si elle est souscrite, a pour objet d'assurer en cas de décès de l'assuré, une rente viagère immédiate, dont le montant est fixé au certificat d'adhésion, au profit du bénéficiaire désigné et jusqu'à son décès.

### § 2 - Bénéficiaire en cas de décès

Le bénéficiaire de la rente garantie en cas de décès de l'assuré est la personne physique désignée au certificat d'adhésion (le conjoint tel que défini aux articles 19 et 20 ou la personne nommément désignée au certificat d'adhésion).

La rente garantie 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 ou de modification de la clause bénéficiaire.

### § 3 - Entrée en jouissance de la rente et paiement des arrérages

L'entrée en jouissance de la rente viagère immédiate est fixée au jour du décès de l'assuré.

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 sur le compte bancaire ou postal du bénéficiaire désigné.

### § 4 - Terme du service de la rente

Le service de la rente viagère immédiate prend fin à l'échéance de paiement qui précède la date du décès du bénéficiaire.

## Article 22 Option garantie rente éducation

### § 1 - 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 et désignés au certificat d'adhésion.

### § 2 - 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.

Le montant de la rente garantie est fixe ou, 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 :

- une fois la rente annuelle de base souscrite jusqu'au dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'enfant bénéficiaire atteint son douzième anniversaire ;
- une fois et demie la rente annuelle de base souscrite à compter du premier jour du trimestre civil suivant celui au cours duquel l'enfant bénéficiaire atteint son douzième anniversaire et jusqu'au dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'enfant bénéficiaire atteint son 18<sup>e</sup> anniversaire ;
- deux 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>e</sup> anniversaire et jusqu'au terme de la prestation visé au § 5 ci-après.

La garantie joue au plus tard jusqu'au 70<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré. La perte totale et irréversible d'autonomie, médicalement constatée avant le 60<sup>e</sup> anniversaire de l'assuré et répondant aux conditions visées à l'article 19 ci-dessus, ouvre droit au paiement de la rente éducation.

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.

### § 3 - Modification de la garantie

#### • Cas particulier d'une demande d'extension du bénéfice de l'assurance à un nouvel enfant de l'adhérent

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.

### § 4 - Entrée en jouissance de la rente et paiement des arrérages

L'entrée en jouissance de la rente est fixée au jour du décès de l'adhérent 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 sur le compte bancaire ou postal du bénéficiaire.

### § 5 - 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>e</sup> anniversaire ou son 25<sup>e</sup> anniversaire, s'il justifie de la poursuite effective de ses études dans les conditions visées à l'article 29 § 3 ;
- 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 ;
- au dernier jour du trimestre civil qui précède le décès du bénéficiaire.

## SECTION 3 - Prestations garanties en cas d'incapacité temporaire totale de travail\* ou d'invalidité\*

### Article 23 Prestations garanties en cas d'incapacité temporaire totale de travail\*

#### § 1 - Garantie en cas d'incapacité temporaire totale de travail à la suite d'une maladie ou d'un accident

##### 1.1 - Définition de l'incapacité temporaire totale de travail

Pour être indemnisée, l'incapacité temporaire totale de travail de l'assuré :

- doit être médicalement constatée et résulter d'une maladie ou d'un accident (cf Article 18 § 2 alinéa 2),
- ne doit pas faire l'objet d'une exclusion mentionnée au certificat d'adhésion et à l'article 15 de la notice d'information,
- doit avoir son point de départ qui se situe postérieurement à la prise d'effet de l'adhésion et à l'écoulement du délai d'attente visé à l'article 4 § 4.

L'organisme assureur se réserve la possibilité d'apprécier l'état d'incapacité temporaire totale de travail de l'assuré et par conséquent l'ouverture des droits aux prestations, indépendamment de la décision des régimes obligatoires ou statutaires, en soumettant notamment l'assuré à tout examen médical, conformément à l'article 34 ci-après.

## 1.2 - Conditions d'ouverture du droit

➤ Est considéré comme atteint d'une incapacité temporaire totale de travail entraînant la cessation totale de son activité hospitalière et/ ou universitaire tout assuré qui perçoit des indemnités journalières de la Sécurité Sociale ou du régime spécial de la fonction publique, au titre de la branche maladie ou de la branche accidents du travail / maladies professionnelles, conformément aux Codes de la Santé publique, de la fonction publique et de la Sécurité Sociale,

## 1.3 - Étendue de la garantie - Délai de franchise

La période dénommée « délai de franchise » est calculée lors de chaque arrêt de travail.

### 1.3.1 - L'indemnité journalière est due :

En cas de maladie, selon la franchise choisie au certificat d'adhésion :

- Franchise 14 jours : après une période d'incapacité totale de travail supérieure à 14 (quatorze) jours continus ;
- Franchise 30 jours : après une période d'incapacité totale de travail supérieure à 30 (trente) jours continus.

En cas d'accident :

- dès le 1<sup>er</sup> jour d'arrêt de travail. Toutefois si l'accident ou l'accident de la circulation résulte de l'ivresse ou de l'usage de drogues de l'assuré tel que prévus à l'article 15 § 1 B/, le délai de franchise est de 14 (quatorze) ou 30 (trente jours) selon la franchise choisie ;

En cas d'hospitalisation continue supérieure à deux jours (et deux nuits) :

- Franchise 14 jours : dès le 3<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail et jusqu'à la fin de l'arrêt de travail,
- Franchise 30 jours : dès le 11<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail et jusqu'à la fin de l'arrêt de travail ;

En cas d'hospitalisation ambulatoire :

- Franchise 14 jours : dès le 8<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail ayant débuté par une hospitalisation ambulatoire et jusqu'à la fin de l'arrêt de travail,
- Franchise 30 jours : dès le 11<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail ayant débuté par une hospitalisation ambulatoire et jusqu'à la fin de l'arrêt de travail.

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

Le délai de franchise ne s'applique pas en cas de rechute dans les douze mois suivant la dernière période indemnisée dès lors qu'il s'agit de la même cause d'arrêt de travail.

1.3.2 - Le montant des indemnités journalières garanties, calculées en pourcentage du traitement net, est mentionné au certificat d'adhésion délivré au membre participant. Pour le calcul de l'indemnité journalière garantie, le traitement journalier pris en compte est égal au 1/360<sup>e</sup> du traitement de base défini à l'article 16 ci-dessus. Tous les mois sont considérés comme étant de trente jours pour le calcul de la franchise et du nombre de jours indemnisés.

### 1.3.3 - Terme du service des indemnités journalières

Le service des indemnités journalières prend fin :

- au jour de la cessation du versement des indemnités journalières par la Sécurité sociale
- à la reprise d'activité, même à temps partiel, sauf indemnisation du mi-temps thérapeutique dans les conditions définies au § 3 ci-dessous,
- au 1 095<sup>ème</sup> jour en cas de congé de maladie ordinaire, ou, au-delà de ce terme, jusqu'à la fin des congés longue maladie ou longue durée en cours,
- 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,
- au jour du décès de l'assuré bénéficiaire,
- et au plus tard au jour de la liquidation de la pension de retraite du régime obligatoire dont dépend l'assuré et, en tout état de cause, au plus tard jusqu'à l'âge défini à l'article 4 § 5 ci-dessus (ou 70<sup>e</sup> anniversaire en cas de report de cette limite d'âge ou au 72<sup>e</sup> anniversaire en cas de cumul emploi-retraite).

Toutefois, en cas d'incapacité temporaire totale de travail survenant pendant la période de prorogation de la garantie ou de cumul emploi-retraite (article 4 § 5), les indemnités journalières ne peuvent être versées au-delà du 365<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail.

## § 2 - Indemnité journalière maternité gardes et astreintes

Les adhérentes titulaires de la garantie Incapacité temporaire totale de travail\* du présent contrat, peuvent bénéficier, sous condition du délai d'attente prévu à l'article 4 § 4 ci-dessus, d'une indemnité journalière maternité, d'un montant égal à 100 % de la perte de revenus nets au titre des gardes et astreintes de l'année civile précédente, aux conditions suivantes :

- l'organisme assureur verse cette indemnité journalière à compter de l'autorisation de dispense de garde,
- le plafond global d'indemnisation par grossesse est fixé à 2 500 €, porté à 3 500 € en cas de grossesse multiple.

L'indemnité prend fin au plus tard à la fin du congé maternité ou lorsque le plafond global d'indemnisation par grossesse fixé ci-dessus est atteint et dans la limite de l'article 26 ci-après.

Pour les adhérentes prises en charge au titre d'une grossesse pathologique, la présente indemnité est suspendue et remplacée par l'indemnisation prévue en cas de maladie et dans les conditions prévues à l'article 15 § 1 E/.

En cas de reprise d'activité, l'indemnisation prévue en cas de maladie cesse et la présente indemnité journalière maternité prend le relais dans les conditions prévues ci-dessus.

La prestation est versée sur présentation des justificatifs définis à l'article 32.

## § 3 - Mi-temps thérapeutique

Par dérogation aux dispositions qui précèdent, le praticien hospitalier placé en service à mi-temps thérapeutique bénéficiera de la prise en charge, par l'organisme assureur, des gardes et astreintes sur la base du montant net perçu au cours de l'année civile précédant son adhésion au contrat puis son renouvellement et ayant donné lieu à cotisations. Cette indemnisation est limitée à une durée de six mois et au niveau de garantie mentionné au certificat d'adhésion.

## Article 24 Prestations garanties en cas d'invalidité

### § 1 - Garantie en cas d'invalidité permanente indemnisée par la Sécurité sociale

Cette garantie de base est acquise à tous les adhérents, sauf aux souscripteurs de l'option prévue au § 2 si celle-ci leur est plus favorable. En aucun cas cette garantie de base et la garantie prévue au § 2 ne peuvent se cumuler.

#### 1.1 - Définition de l'invalidité

Pour être indemnisée, l'invalidité permanente de l'assuré :

- doit être médicalement constatée et être reconnue par la Sécurité sociale,
- doit résulter d'une maladie ou d'un accident (cf Article 18 § 2 alinéa 2),
- ne doit pas faire l'objet d'une exclusion mentionnée au certificat d'adhésion et à l'article 15 de la notice d'information,
- doit avoir son point de départ qui se situe postérieurement à la prise d'effet de l'adhésion et à l'écoulement du délai d'attente visé à l'article 4 § 4.

L'organisme assureur se réserve la possibilité d'apprécier l'état d'invalidité de l'assuré et par conséquent l'ouverture des droits aux prestations, indépendamment de la décision des régimes obligatoires ou statutaires, en soumettant notamment l'assuré à tout examen médical, conformément à l'article 34 ci-après.

#### 1.2 - Conditions d'ouverture du droit

Est considéré comme atteint d'une invalidité permanente totale entraînant la cessation totale de son activité hospitalière et/ ou universitaire, conformément aux Codes de la Santé publique, de la fonction publique et de la Sécurité Sociale, tout assuré qui bénéficie soit :

- d'une pension d'invalidité de 1<sup>ère</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> catégorie de la Sécurité Sociale (art.L.341-4 du Code de la Sécurité Sociale) ;
- d'une rente d'incapacité permanente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles et d'avoir un taux d'incapacité reconnu par la Sécurité Sociale au moins égal à 66 %.

#### 1.3 - Montant de la rente versée

➤ Lorsque l'assuré bénéficie d'une pension d'invalidité de 1<sup>ère</sup>, 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> catégorie de la Sécurité Sociale, la rente garantie, selon le pourcentage choisi au certificat d'adhésion, est versée dans le respect du principe indemnitaire (article 26).

➤ Lorsque l'assuré bénéficie d'une rente d'incapacité permanente au titre des accidents du travail ou des maladies professionnelles, à condition d'avoir un taux d'incapacité reconnu par la Sécurité Sociale au moins égal à 66 %, la rente garantie, selon le pourcentage choisi au certificat d'adhésion, est versée dans le respect du principe indemnitaire (article 26).

## § 2 – Option Garantie en cas d'invalidité permanente totale ou partielle sur la base de la définition professionnelle de l'incapacité (cas du reclassement)

Cette garantie optionnelle intervient si la garantie de base prévue au § 1 est moins favorable à l'adhérent.

En aucun cas cette garantie et celle prévue au § 1 ne peuvent se cumuler.

### 1.1 – Définition et évaluation de l'invalidité

Pour être indemnisée, l'invalidité permanente totale ou partielle de l'assuré :

- doit être médicalement constatée et résulter d'une maladie ou d'un accident (cf Article 18 § 2 alinéa 2),
- ne doit pas faire l'objet d'une exclusion mentionnée au certificat d'adhésion et à l'article 15 de la notice d'information,
- doit avoir son point de départ qui se situe postérieurement à la prise d'effet de l'adhésion et à l'écoulement du délai d'attente visé à l'article 4 § 4.

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.

### 1.2 – Condition d'ouverture du droit

L'indemnisation intervient pour l'invalidité permanente partielle lorsque le taux reconnu par expertise est compris entre 33 % et 66%.

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

L'indemnisation intervient pour l'invalidité permanente totale lorsque le taux reconnu par expertise est supérieur ou égal à 66% et en tout état de cause supérieur au taux reconnu par la Sécurité sociale tel que prévu au point 1.2 du §1 du présent article.

### 1.3 – Montant de la rente versé

Lorsque le taux d'invalidité permanente, évalué comme indiqué au 1.1, est égal ou supérieur à 66%, la rente garantie, selon le pourcentage choisi au certificat d'adhésion, est versée dans le respect du principe indemnitaire (article 26).

Lorsque le taux d'invalidité permanente partielle, évalué comme indiqué au 1.1, est compris entre 33 % et 66 %, le pourcentage de la rente cité ci-dessus, se calcule sur la base du rapport T/66, T étant le taux d'invalidité de l'assuré. La rente, ainsi calculée, est versée dans le respect du principe indemnitaire (article 26).

## § 3 – Entrée en jouissance des rentes en cas d'invalidité

➤ **Garantie de base en cas d'invalidité permanente indemnisée par la Sécurité sociale :** 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 au titre d'une invalidité permanente totale.

➤ **Garantie optionnelle en cas d'invalidité permanente totale ou partielle sur la base de la définition professionnelle de l'incapacité :** l'entrée en jouissance de la rente est fixée à la reconnaissance par l'organisme assureur de la consolidation de l'état de santé et au plus tard au terme du versement des indemnités journalières par l'organisme assureur. 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.

## § 4 – Terme du service des rentes

➤ **Garantie de base en cas d'invalidité permanente indemnisée par la Sécurité sociale**

Le service de la rente prend fin :

- au jour de la cessation du versement de la rente par la Sécurité sociale
- au jour du décès de l'assuré bénéficiaire,
- au jour de la liquidation de la pension de retraite du régime obligatoire dont dépend l'assuré et, en tout état de cause, au plus tard jusqu'à l'âge défini à l'article 4 § 5 ci-dessus (ou 70<sup>e</sup> anniversaire en cas de report de cette limite d'âge).

➤ **Garantie optionnelle en cas d'invalidité permanente totale ou partielle sur la base de la définition professionnelle de l'incapacité**

Le service de la rente prend fin :

- 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,
- au jour du décès de l'assuré bénéficiaire,
- au jour de la liquidation de la pension de retraite du régime obligatoire dont dépend l'assuré et, en tout état de cause, au plus tard jusqu'à l'âge défini à l'article 4 § 5 ci-dessus (ou 70<sup>e</sup> anniversaire en cas de report de cette limite d'âge).

## Article 25 Option garantie « capital invalidité – perte de profession ou de reconversion »

### § 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 révisable, 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 fixé au certificat d'adhésion et peut être modifié à la demande de l'adhérent dans les conditions prévues à l'article 9 susvisé. Il est revalorisé selon les conditions prévues à l'article 17 § 3)

### § 3 – Paiement du capital

Au vu des pièces justificatives définies à l'article 32 § 2 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 chèque ou par virement.

**Le versement du capital met fin à la présente garantie.**

## Article 26 Principe indemnitaire

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

## Article 27 Maintien des garanties en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité

En cas d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité donnant lieu à prise en charge au titre des articles 23 et 24 ci-dessus, les garanties ci-après sont maintenues :

- garantie d'un capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie (article 19) ;
- majoration de garantie accident et le cas échéant "accident de la circulation" (articles 18) ;
- garantie complémentaire rente orphelin (article 20) ;
- option rente viagère immédiate en cas de décès (article 21),
- option rente éducation (article 22),
- option capital invalidité perte de profession (article 25).

Pour les trois premières garanties, l'assiette des cotisations et des prestations (pendant le service de la rente ou des indemnités journalières) est le dernier traitement, tel que défini à l'article 16, connu par l'organisme assureur à la date de son dernier arrêt de travail et revalorisé dans les conditions prévues à l'article 17 ci-dessus.

Le maintien des garanties est effectif à partir du premier jour de l'arrêt de travail, tant que l'assuré est reconnu en situation d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité et sous réserve du paiement des cotisations (cf Article 13 § 5).

Le maintien des garanties se poursuit en cas de résiliation du contrat, la clause de revalorisation jouant alors dans les conditions prévues à l'article 17 § 4 dernier alinéa.

### SECTION 1 - En cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie

#### Sous-section 1 - En cas de décès

#### Article 28 Déclaration du décès et pièces justificatives au titre de la garantie « capital décès » et de la garantie complémentaire « rente orphelin » (double effet-conjoint)

Au titre de ces garanties, en cas de décès de l'assuré, le ou les bénéficiaires transmettent à l'organisme assureur, dans un délai de deux ans à compter du décès, une demande de capital décès ou de rente orphelin en y joignant les pièces justificatives suivantes :

##### Pour la garantie « capital décès »

- 1/ un extrait d'acte de décès (bulletin de décès de l'assuré) ;
- 2/ un certificat médical indiquant que le décès de l'assuré est dû ou non à une cause naturelle ;
- 3/ une photocopie intégrale du livret de famille tenu à jour de l'assuré décédé, certifiée conforme par les(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 qualité : 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 ;
- 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/ s'il y a lieu, tout document à caractère fiscal exigé par la réglementation en vigueur ;
- 9/ un relevé d'identité bancaire ou postal du compte du bénéficiaire, ouvert en France ;
- 10/ les coordonnées du notaire.

En cas de demande d'émission d'une rente viagère au titre de la garantie capital en cas de décès, le bénéficiaire doit fournir, au moment de l'ouverture de la rente, les pièces mentionnées aux 1 à 3 ci-dessus et, chaque année, une copie intégrale de l'acte de naissance, au nom du bénéficiaire (certificat de vie).

En cas de demande d'émission d'une rente au profit des enfants au titre de cette même garantie, le bénéficiaire du capital doit fournir les pièces prévues ci-dessous pour la garantie rente orphelin, relatives à l'identité des enfants bénéficiaires, à la justification de la charge du ou des enfants bénéficiaires et si l'enfant a plus de 16 ans à la date du décès de l'adhérent, un certificat de scolarité et tout justificatif de la poursuite des études chaque année.

##### Pour la garantie rente orphelin (double effet-conjoint) :

- un justificatif 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 séparé de corps, 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>e</sup> anniversaire, certificat de scolarité ou d'apprentissage, 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 du bénéficiaire (certificat de vie) et, le cas échéant, le certificat de scolarité ou d'apprentissage.

#### Article 29 Déclaration du décès et pièces justificatives au titre des options rente en cas de décès et rente éducation

##### Rente en cas de décès

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 de l'assuré 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 ;
- 5/ chaque année : une copie intégrale de l'acte de naissance du bénéficiaire (certificat de vie).

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.

A l'ouverture et 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.

**L'organisme assureur est fondé à suspendre le service de la rente si les pièces justificatives demandées ne sont pas fournies par le bénéficiaire désigné.**

##### Rente éducation

En cas de décès/PTIA 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 de l'assuré 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 mentionné sur ce certificat (photocopie des diplômes obtenus, en cas d'échec : attestation de présentation à l'examen, etc.) ;
- 6/ chaque année : le certificat de scolarité ou d'apprentissage ;
- 7/ 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.

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>e</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.

#### Sous section 2 - En cas de perte totale et irréversible d'autonomie

#### Article 30 Bénéficiaire du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré, au sens de l'article 19 § 1, le bénéficiaire du capital garanti est l'assuré lui-même ou dans le cadre de la rente éducation, chacun des enfants désignés au certificat d'adhésion.

#### Article 31 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 un délai de six mois à compter de la date de reconnaissance

par la Sécurité Sociale d'une invalidité de 3<sup>e</sup> catégorie, une demande de capital "PTIA" en y joignant les pièces justificatives suivantes :

- une copie intégrale de l'acte de naissance ;
- un certificat médical délivré par le médecin traitant, 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 § 1 et précisant la nature et la date de l'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>. L'organisme assureur se réserve la possibilité de soumettre l'assuré à une expertise médicale ;
- le titre d'attribution, par la Sécurité Sociale, d'une pension d'invalidité, 3<sup>e</sup> catégorie (art. L.341-4 du Code de la Sécurité Sociale)<sup>(2)</sup> ;
- un relevé d'identité bancaire ou postal du compte du bénéficiaire, ouvert en France.

(1) On considère que l'état de santé est consolidé lorsque la pathologie n'est plus susceptible d'évolution ou encore lorsque les traitements médicaux et chirurgicaux ne sont plus capables d'apporter une amélioration supplémentaire.

(2) 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 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'assurance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie".

## SECTION 2 - En cas d'Incapacité temporaire totale de travail\* ou d'Invalidité\*

### Article 32 Déclaration de sinistre et pièces justificatives

#### § 1 - En cas d'Incapacité temporaire totale de travail\*

Pour faire valoir ses droits, l'assuré doit **dans les six mois au plus suivant la perception des prestations de toute nature par le régime obligatoire** :

- transmettre un arrêt de travail de type Cerfa, puis toute prolongation d'arrêt de travail ;
- adresser une demande de prestations et fournir, sous pli confidentiel à l'adresse du médecin-conseil, un certificat précisant la cause de l'arrêt de travail, la nature de la maladie et le traitement prescrit ;
- joindre les originaux des décomptes de prestations de toute nature du régime obligatoire ; ou attestation de subrogation de l'employeur ;
- transmettre une copie des douze bulletins de paie de l'année civile précédente, ou en cas de prise de fonction récente, tous les bulletins de paie existants depuis, du ou des centres hospitaliers employeurs et pour lesquels il est assuré ;
- transmettre tous les bulletins de salaire pendant l'arrêt de travail (hospitalier et/ou universitaire) ;
- transmettre une attestation de l'employeur mentionnant les périodes de maintien total ou partiel du traitement et précisant les périodes ;
- en cas d'hospitalisation, l'assuré doit, s'il y a lieu, transmettre un bulletin de situation précisant la date d'entrée et de sortie ;
- le cas échéant, transmettre une attestation de reprise de travail ;
- en cas de mi-temps thérapeutique, l'assuré doit transmettre l'arrêt préfectoral et le bulletin de salaire faisant figurer la rémunération perçue au titre du mi-temps,
- joindre un relevé d'identité bancaire ou postal du compte de l'assuré, ouvert en France, sur lequel sera versée le cas échéant la prestation.

Pour le médecin bi-appartenant, en addition des documents ci-dessus demandés :

- transmettre une copie des douze bulletins de paie de l'année civile précédente, ou en cas de prise de fonction récente, tous les bulletins de paie existants depuis, de l'université,

Pour le service de l'IJ maternité définie à l'article 23 § 2 ci-dessus, produire une demande de prestation précisant notamment le type de grossesse (simple ou gémellaire), un justificatif médical précisant la date présumée du début de grossesse et la date prévue de l'accouchement, ainsi que le justificatif de dispense des gardes émis par le médecin du travail ; les bulletins de salaire de l'année civile précédente, ou en cas de prise de fonction récente, les bulletins de paie existants depuis, du centre hospitalier, et le cas échéant, de l'université pour le personnel bi-appartenant, et le cas échéant les justificatifs émanant du régime obligatoire ; et attestation de sécurité sociale ou de l'employeur précisant les dates du congé maternité.

#### § 2 - En cas d'Invalidité\*

Pour faire valoir ses droits, l'assuré (mono-appartenant ou bi-appartenant) doit, lorsqu'il est reconnu en invalidité et au plus tard au 1 095<sup>ème</sup> jour d'arrêt

de travail en cas de congé de maladie ordinaire, ou, au-delà de ce terme, jusqu'à la fin des congés longue maladie ou longue durée en cours :

1/ Fournir, avant chaque échéance du versement des prestations (cf. article 33 ci-dessous), la copie des documents attestant du versement des prestations de toute nature pour la période d'arrêt de travail correspondant au trimestre civil écoulé, au titre du régime général de la Sécurité Sociale ou du statut de la fonction publique.

2/ Transmettre la copie des bulletins de paie.

3/ Joindre un relevé d'identité bancaire ou postal du compte de l'assuré, ouvert en France, sur lequel sera versée le cas échéant la prestation.

4/ Transmettre tous les ans une attestation sur l'honneur de non départ à la retraite et un certificat de vie.

#### Au titre de la Garantie « capital invalidité - perte de profession ou de reconversion »

En vue du règlement de la prestation, le bénéficiaire doit produire les justificatifs suivants :

- une demande de règlement présentée dans **un délai de 3 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 ;
- la copie intégrale de l'acte de naissance ;
- 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.

### Article 33 Service des prestations

Après ouverture des droits d'un assuré, les paiements sont effectués mensuellement par virement et à terme échu jusqu'au 1 095<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail en cas de congé de maladie ordinaire ou jusqu'à la fin des congés longue maladie ou longue durée en cours. Au-delà de cette limite, sous la forme d'une rente trimestrielle payable par virement 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.

## SECTION 3 - Dispositions communes aux garanties Décès\*, Incapacité temporaire totale de travail\* et Invalidité\*

### Article 34 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.**

**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.**

**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.**

**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 35 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.

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.**

### Article 36 Participation aux bénéfices

La participation aux excédents techniques prévue aux articles L. 223-25-5 et D. 223-3 du code de la Mutualité pourra être inscrite dans un compte de provisions pour participation aux excédents ou distribuée aux assurés, notamment sous la forme d'un financement d'une garantie « Aide Immédiate au Décès », et/ou d'une diminution des tarifs des garanties décès, et/ou d'une revalorisation des prestations périodiques et/ou d'une amélioration de la couverture décès et/ou d'un financement de toute prestation de prévention du risque décès. Le Conseil d'Administration est compétent pour en définir les modalités pratiques.

### Article 37 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 la durée de la relation contractuelle. Au terme de celle-ci, les données personnelles permettant d'établir la preuve d'un droit ou d'un contrat ou conservées au titre du respect d'une obligation légale sont archivées conformément aux dispositions en vigueur.

Dans le cadre de ses obligations légales, AGMF Prévoyance met également en œuvre des traitements de données à caractère personnel ayant pour finalité :

- la lutte contre la fraude pouvant notamment conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ;
- la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières.

Les données traitées pour les finalités précitées sont conservées conformément aux durées prescrites dans les autorisations uniques 003 et 039 pour lesquelles AGMF Prévoyance a réalisé un engagement de conformité.

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. Ont enfin accès aux données, les destinataires mentionnés dans les autorisations uniques pour lesquelles AGMF Prévoyance a réalisé un engagement de conformité.

Les données de santé à caractère personnel sont hébergées conformément à l'article L. 1111-8 du code de la santé publique au sein de notre établissement ou d'un établissement dûment autorisé (agrée ou certifié).

Conformément à la réglementation relative à la protection des données à caractère personnel, les adhérents et leurs bénéficiaires ou ayants droit bénéficient d'un droit d'accès aux informations qui les concernent et qui font l'objet d'un traitement ainsi que d'un droit de rectification de celles-ci. Ils disposent en outre du droit de définir des directives générales et particulières sur le sort de leurs données après leurs décès. Ils peuvent exercer leurs droits en s'adressant à : AGMF Prévoyance, CIL - 34, bd 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 sur [www.bloctel.gouv.fr](http://www.bloctel.gouv.fr).

Ils peuvent également, le cas échéant 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.

## EXERCICE DU DROIT DE RENONCIATION PRÉVU A L'ARTICLE 4 § 3 DE LA NOTICE D'INFORMATION

### MODÈLE DE LETTRE-TYPE DE RENONCIATION À L'ADHÉSION AU CONTRAT PRATICIEN HOSPITALIER 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 4 § 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 évènement 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)

Le présent document constitue :

- la notice d'information du contrat de prévoyance collective à adhésion facultative "Contrat Praticien hospitalier" n°G00975080 souscrit conjointement par le Syndicat National des Médecins, Chirurgiens, Spécialistes et Biologistes des Hôpitaux publics (S.N.A.M.-H.P.) et la Mutuelle Nationale des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des Établissements de santé Publics et Privés (M.N.H.P.P.) auprès d'AGMF Prévoyance.

## ANNEXE PROTECTION JURIDIQUE VIE PRIVÉE DISPOSITIONS APPLICABLES À PARTIR DU 1<sup>ER</sup> JUILLET 2016

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 au 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 bénéficie 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'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.*

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

*(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.*

**PROTECTION JURIDIQUE - Assistance téléphonique**  
**Du lundi au vendredi, de 9h à 18h**  
**Tél : 01 40 54 54 54 - Email : [protection.juridique@gpm.fr](mailto:protection.juridique@gpm.fr)**

Garanties souscrites auprès de PANACEA ASSURANCES, Société anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 50 000 000 €, entreprise régie par le Code des Assurances, siège social : 34, boulevard de Courcelles 75809 PARIS Cedex 17, 507 648 087 RCS Paris.

# 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 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.

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 de 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 L116-3 du Code de la mutualité et à l'article 2 V 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 collègue 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 collègue en fonction de l'évolution du critère ci-dessus, pour autant que la variation constatée impacte la répartition du chiffre d'affaires par collègue d'au moins trois points pour au moins un collègue. 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 par tiers 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 par tiers 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 par tiers 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 adresse 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 RÉGLEMENTÉES**

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.