

# CERAMIK PRO

Conditions générales valant notice d'information

# SOMMAIRE

LEXIQUE	page 3
ARTICLE 1 - NATURE DU CONTRAT	page 4
ARTICLE 2 - PARTIES AU CONTRAT	page 4
ARTICLE 3 - OBJET DU CONTRAT	page 4
ARTICLE 4 - FISCALITÉ APPLICABLE AU CONTRAT	page 4
ARTICLE 5 - PERSONNES ASSURABLES	page 4
ARTICLE 6 - FORMALITÉS D'ADHÉSION	page 5
ARTICLE 7 - DATE DE CONCLUSION ET DURÉE DE L'ADHÉSION	page 5
ARTICLE 8 - DATE D'EFFET DES GARANTIES	page 5
ARTICLE 9 - CESSATION DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES	page 5
ARTICLE 10 - MODIFICATION DES GARANTIES	page 6
ARTICLE 11 - CHANGEMENT DANS LA SITUATION DE L'ASSURÉ	page 6
ARTICLE 12 - TERRITORIALITÉ DES GARANTIES	page 6
ARTICLE 13 - INDEXATION DES GARANTIES ET DES COTISATIONS	page 6
ARTICLE 14 - RISQUES GARANTIS	page 6
ARTICLE 14.1 - DÉCÈS - P.T.I.A.	page 6
Article 14.1.1 - Objet de la garantie	page 6
Article 14.1.2 - Bénéficiaire de la garantie	page 6
Article 14.1.3 - Montant et modalités de versement de la rente	page 6
Article 14.1.4 - Formalités en cas de sinistre	page 7
ARTICLE 14.2 - ARRÊT DE TRAVAIL	page 7
Article 14.2.1 - Objet et montant des garanties	page 7
Article 14.2.2 - Plafond des prestations	page 8
Article 14.2.3 - Formalités en cas de sinistre	page 8
Article 14.2.4 - Frais d'Exploitation Permanents	page 9
Article 14.2.5 - Revalorisation des prestations en cours de service	page 9
ARTICLE 15 - EXCLUSIONS	page 9
ARTICLE 16 - COTISATIONS	page 10
ARTICLE 16-1 - MONTANT DE LA COTISATION	page 10
ARTICLE 16-2 - MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA COTISATION	page 10
ARTICLE 16-3 - RÉVISION DE LA COTISATION	page 10
ARTICLE 16-4 - NON-PAIEMENT DES COTISATIONS	page 10
ARTICLE 17 - CONTRÔLE - EXPERTISE	page 10
ARTICLE 17-1 - CONTRÔLE	page 10
ARTICLE 17-2 - EXPERTISE	page 11
ARTICLE 18 - PROTECTION DES INTERÊTS DE L'ASSURÉ	page 10
ARTICLE 18-1 - FACULTÉ DE RENONCIATION	page 10
ARTICLE 18-2 - PRESCRIPTION	page 10
ARTICLE 18-3 - EXAMEN DES RÉCLAMATIONS	page 11
ARTICLE 18-4 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS [LOI N°78-17 DU 6 JANVIER 1978 MODIFIÉE PAR LA LOI DU 6 AOÛT 2004 – LOI N°2016-1321 DU 7 OCTOBRE 2016 POUR UNE RÉPUBLIQUE NUMÉRIQUE (CI-APRÈS DÉSIGNÉE LA « RÉGLEMENTATION »)]	page 11

# LEXIQUE

## ACCIDENT

Toute atteinte ou lésion corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine, brutale, directe et exclusive d'une cause extérieure et étrangère à la volonté de l'Assuré. Le risque n'est pas considéré comme accidentel s'il est la conséquence directe d'une intervention chirurgicale. Il est également précisé que ne sont pas considérés comme un Accident :

- le suicide ;
- l'infection nosocomiale ;
- les accidents cardio-vasculaires et les accidents vasculaires cérébraux.

## ACTE AUTHENTIQUE

Acte écrit, établi par un officier public (en général un notaire) dont les affirmations font foi.

## ACTE SOUS SEING PRIVÉ

Acte écrit, daté, rédigé par un particulier et comportant sa signature.

## ASSURÉ

Personne physique ayant signé la demande d'adhésion sur la tête de laquelle repose le risque. Il est responsable des obligations définies aux présentes, notamment le paiement de cotisations.

## AVENANT

Document contractuel constatant toute modification liée aux garanties et apportée au contrat.

## BÉNÉFICIAIRE(S)

Personne(s) physique(s) choisie(s) par l'Assuré pour recevoir les prestations en cas de décès.

## BÉNÉFICIAIRE ACCEPTANT

### Modalités de l'acceptation du Bénéficiaire

Le Bénéficiaire du contrat ne peut devenir Bénéficiaire acceptant que lorsque l'Assuré y consent et lui donne expressément son accord. L'acceptation peut être faite par un Acte authentique ou sous seing privé, signé par l'Assuré et par le Bénéficiaire et n'a alors d'effet à l'égard de l'entreprise d'assurance que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit. Lorsque la désignation du Bénéficiaire est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir qu'après l'expiration du délai de trente jours calendaires révolus suivant l'édition du certificat d'adhésion.

### Conséquences de l'acceptation du Bénéficiaire

L'acceptation du Bénéficiaire rend la désignation du Bénéficiaire irrévocable : cela signifie que la modification de la stipulation au profit du Bénéficiaire n'est possible qu'avec l'accord du Bénéficiaire acceptant.

Dispositions prévues à l'article L.132-9 du Code des assurances.

## CARENCE

Période pendant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date de conclusion de l'adhésion portée au certificat d'adhésion. Tout arrêt de travail suite à une maladie survenu avant ou pendant ce délai est définitivement exclu des garanties.

## CONJOINT

Personne à laquelle l'Assuré est uni par les liens du mariage. C'est uniquement en cas de prononcé de divorce que le conjoint perd cette qualité. En cas de séparation de corps ou de procédure de divorce en cours mais non aboutie, les conjoints conservent cette qualité. Si l'Assuré souhaite exclure son conjoint en cas de séparation de corps ou de procédure de divorce, il devra le préciser expressément lors de la rédaction de sa clause bénéficiaire.

## CONJOINT COLLABORATEUR

Personne travaillant bénévolement dans l'Entreprise de son Conjoint, marié ou pacsé avec ce dernier, exerçant une activité professionnelle régulière dans l'entreprise commerciale, artisanale ou libérale, et ayant choisi le statut de collaborateur non rémunéré défini par le décret n° 2006-966 du 1<sup>er</sup> août 2006 (les Conjoints salariés ou associés ne peuvent prétendre à ce statut).

Le Conjoint Collaborateur doit remplir les conditions suivantes :

- collaborer à l'entreprise régulièrement et effectivement,
- ne pas percevoir de rémunération
- être inscrit au registre du commerce et des sociétés (pour les commerçants), au répertoire des métiers (pour les artisans), ou au registre des entreprises (Alsace/Moselle).

## CRÉATEUR

Personne qui crée une société dont il assure, à la date de conclusion de l'adhésion, la gérance ou la direction depuis moins d'un an.

## (DATE DE) CONSOLIDATION

Date à laquelle l'état de santé de l'Assuré s'est stabilisé, les conséquences de l'accident ou de la maladie deviennent permanentes et présumées définitives.

## ÉCHÉANCE ANNIVERSAIRE

Date de renouvellement de l'adhésion pour laquelle une nouvelle cotisation annuelle d'assurance est due.

## HÉRITIER(S)

Au sens large, personne(s) qui succède(nt) au défunt par l'effet soit de la loi, soit du testament. Pour information, en cas de désignation des héritiers comme Bénéficiaires, le conjoint de l'Assuré, non divorcé, non séparé de corps au moment du décès, fera partie des héritiers.

## FRANCE

En application de l'article L.100-1 du Code des assurances, le terme « France » désigne la France métropolitaine et les collectivités territoriales visées à l'article 73 de la constitution (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte) ainsi que Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon.

## FRANCHISE

Quelle que soit la catégorie dont il relève, l'Assuré peut opter pour une :

- Franchise absolue de 7 jours en cas d'Accident, 15 jours en cas de Maladie, et 3 jours en cas d'hospitalisation.
- Franchise relative de 30 jours en cas d'Accident ou de Maladie.

La Franchise est décomptée à partir du premier jour d'arrêt de travail justifié par un certificat médical initial de prescription.

Il existe deux catégories de Franchises pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail :

### 1) Franchise absolue

Les indemnités sont versées à partir du 1<sup>er</sup> jour suivant la durée de Franchise indiquée sur le Certificat d'adhésion.

En cas d'hospitalisation continue de plus de 3 jours, l'indemnité journalière est versée à compter du 4<sup>ème</sup> jour d'hospitalisation, la Franchise d'hospitalisation se substituant alors à la Franchise 7 jours en cas d'Accident / 15 en cas de Maladie. Il n'est pas fait application du délai de Franchise hospitalisation lorsque l'hospitalisation intervient en cours d'arrêt de travail indemnisé par l'Assureur.

### 2) Franchise relative

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail suite à un Accident ou une Maladie selon la version choisie, les indemnités sont versées à l'Assuré à partir du 1<sup>er</sup> jour d'arrêt de travail si l'incapacité totale de travail est supérieure à la durée de Franchise applicable.

## HOSPITALISATION

Tout séjour, d'au moins 24 heures, dans un établissement hospitalier de soins public ou privé, résultant d'une Maladie ou de la conséquence d'un Accident garanti. Les séjours hospitaliers hors du territoire métropolitain ou hors des DROM-COM ne sont indemnisés au titre de la garantie que s'ils sont consécutifs à un accident.

## MALADIE

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente. Une grossesse pathologique est assimilée à la Maladie.

## REPRENEUR

Personne qui reprend une société dont il assure, à la date de conclusion de l'adhésion, la gérance ou la direction depuis moins d'un an.

## REVENU PROFESSIONNEL

Le revenu professionnel s'entend dans tous les cas comme celui tiré de l'activité professionnelle mentionnée au Certificat d'adhésion ou l'avenant. Il correspond :

- Pour les TNS : au bénéfice professionnel, à l'exclusion des plus-values, figurant sur l'avis d'imposition sur le revenu de l'exercice précédant l'adhésion pour la 1<sup>ère</sup> année d'assurance ou précédant le renouvellement pour les années suivantes ; peu importe la nature du régime d'imposition.
- Pour les "gérants majoritaires" : à la rémunération figurant sur la déclaration commune des revenus en matière de cotisations sociales de l'exercice précédant l'adhésion pour la 1<sup>ère</sup> année d'assurance ou précédant le renouvellement pour les années suivantes.
- Pour les Créateurs : au revenu professionnel annuel prévisionnel établi dans son plan de financement initial (hors dividendes) pour la 1<sup>ère</sup> année d'assurance,
- Pour les Repreneurs : au revenu annuel net voté par l'Assemblée de la société, ou alloué par une décision des associés, ou indiqué dans le plan de développement (hors dividendes) pour la 1<sup>ère</sup> année d'assurance.

## SOUSCRIPTEURS DE LA CONVENTION D'ASSURANCE DE GROUPE

L'Association pour la Promotion de l'Épargne (APER), l'Association des sociétaires de SOCAMA (ASSOCAMA) et BPCE, souscripteurs du contrat d'assurances de groupe auprès des Assureurs. L'Assuré au présent contrat adhère simultanément à l'une des deux associations.

# CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION

## CONTRAT CERAMIK PRO

RÉFÉRENCES 109 X01.113

Le contrat de prévoyance est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative. Il est régi par les articles L.141-1 et suivants et L.144-1, R.144-2 et R.144-3 du Code des assurances et les articles 62 et 154 bis du Code Général des Impôts.

### ARTICLE 1 - LA NATURE DU CONTRAT

Le contrat CERAMIK PRO est co-souscrit par l'Association pour la Promotion de l'Épargne et de la Retraite (APER), l'Association des Sociétaires de SOCAMA (ASSOCAMA) et BPCE auprès de BPCE Vie et BPCE Prévoyance.

Le contrat CERAMIK PRO est un contrat d'assurance de groupe d'assurance à adhésion facultative. Il est régi par les articles L.141-1 et suivants et L.144-1, R.144-2 et R.144-3 du Code des assurances et les articles 62 et 154 bis du Code Général des Impôts. Il est soumis à l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution - 61, rue Taitbout 75436 Paris Cedex 09 et relève des branches 1 (Accident), 2 (Maladie) et 20 (vie-décès) de l'article R. 321-1 du Code des assurances.

Le contrat CERAMIK PRO est soumis à la loi française.

### ARTICLE 2 - LES PARTIES AU CONTRAT

#### Assureur

L'assureur intervenant dans le cadre des garanties Décès et P.T.I.A. en version « Accident/Maladie » est BPCE Vie

L'assureur intervenant dans le cadre des garanties Décès et P.T.I.A. en version « Accident », et I.T.T., I.P.P. et I.P.T. est BPCE Prévoyance.

#### Souscripteurs

Le contrat CERAMIK PRO est co-souscrit par l'Association pour la Promotion de l'Épargne et de la Retraite (APER), l'Association des Sociétaires de SOCAMA (ASSOCAMA) et BPCE.

BPCE détient indirectement une partie du capital de BPCE Vie et de BPCE Prévoyance.

L'APER a pour objet la création et le développement de tout produit d'épargne de retraite et de prévoyance.

L'ASSOCAMA a pour objet de faciliter l'accès de ses membres aux produits et services proposés par un établissement bancaire du groupe BPCE dans les domaines bancaires et financiers.

#### Assuré

Personne physique sur laquelle repose le risque, cliente d'un établissement bancaire du groupe BPCE, ayant rempli et signé le bulletin d'adhésion, et s'engageant à payer les cotisations.

L'Assuré doit être affilié à un régime d'assurance vieillesse de base obligatoire de travailleurs non salariés non agricoles et être à jour du paiement des cotisations dues au titre de ce régime et du régime d'assurance maladie de base obligatoire.

Il peut s'agir du travailleur non salarié non agricole ou de son Conjoint Collaborateur.

### ARTICLE 3 - L'OBJET DU CONTRAT

Les présentes Conditions générales valant notice d'information ont pour objet d'accorder aux clients du groupe BPCE, membres d'une des associations souscriptrices, selon le choix retenu par ces derniers précisé au Certificat d'adhésion, une, ou plusieurs des garanties suivantes :

- en cas de Décès/P.T.I.A., une rente de 50 mensualités ;
- en cas d'Arrêt de travail :
  - une garantie **Incapacité Temporaire Totale de travail** (I.T.T) ouvrant droit au versement d'une indemnité journalière ;
  - une garantie **Incapacité Permanente Totale de travail** (I.P.T) ;
  - une garantie **Incapacité Permanente Totale ou Partielle de travail** (I.P.P).

Ces deux dernières garanties sont souscrites obligatoirement conjointement à la garantie I.T.T. Elles ouvrent droit au versement d'une rente mensuelle. Un capital complémentaire est versé en cas d'Incapacité Permanente Totale consécutive à un Accident.

- une garantie **Frais d'Exploitation Permanents**, ouvrant droit au versement d'une indemnité au bénéfice de la personne morale, exclusivement réservée aux personnes ayant souscrits la garantie I.T.T. et exerçant une activité professionnelle depuis au minimum deux années d'exercice. Elle ne peut pas être souscrite par les Conjoints Collaborateurs.

Toute adhésion au Contrat nécessite au préalable d'adhérer à l'ASSOCAMA ou l'APER dont la cotisation annuelle en vigueur sera prélevée une fois à la date d'adhésion.

La résiliation du Contrat d'assurance par le Souscripteur ou l'Assureur entraîne le refus de toute nouvelle adhésion. La résiliation du Contrat entraîne de plein

droit la cessation de toutes les garanties, mais les prestations relatives à des sinistres survenus antérieurement à la date de résiliation restent acquises.

Cependant, les Assurés qui ont bénéficié, pendant au moins deux années consécutives, des garanties incapacité de travail et invalidité permanente au jour de la résiliation pourront être maintenus dans l'effectif assurable, sous réserve de l'article 9 relatif à la cessation de l'adhésion.

### ARTICLE 4 - LA FISCALITÉ APPLICABLE AU CONTRAT

Le Contrat CERAMIK PRO bénéficie de la fiscalité applicable aux contrats d'assurance de groupe à adhésion facultative pour les travailleurs non salariés non agricoles, pour lequel l'Assuré est une personne physique, dont l'objet est au choix de l'Assuré une garantie Décès/P.T.I.A. ouvrant droit au versement d'une rente et/ou ou une garantie arrêt de travail. Cette fiscalité est détaillée dans l'annexe « Fiscalité applicable au contrat CERAMIK PRO » qui sera nécessairement remise à l'Assuré lors de son adhésion.

### ARTICLE 5 - PERSONNES ASSURABLES

Peuvent adhérer au Contrat les clients du Groupe BPCE, remplissant les conditions cumulatives suivantes :

- être âgé de 18 ans au moins et de 60 ans au plus pour la garantie Arrêt de travail et de 65 ans au plus pour la garantie Décès/Perte Totale et Irréversible d'Autonomie à la date de demande d'adhésion, (l'âge du demandeur se calcule par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance).
- avoir la qualité de Travailleur Non Salarié (TNS) non agricole et exercer une activité professionnelle rémunérée, régulière et continue, hors emploi saisonnier, en tant qu'artisan, commerçant, profession libérale ou Conjoint Collaborateur. Un TNS peut être un Entrepreneur Individuel, un gérant majoritaire de SARL, SELARL, SELURL, un associé unique d'une EURL, un gérant associé d'une SNC ou d'une SCP. Les garanties ne pourront s'appliquer que si l'Assuré exerce son activité de TNS ou de Gérant Majoritaire au moment du sinistre.
- avoir une profession non exclue des catégories professionnelles assurables. **Ne peuvent adhérer les personnes qui exercent les professions suivantes au moment de la demande d'adhésion :** artificier, bûcheron, carrier, cascadeur, constructeur de galerie, constructeur de tunnel, métiers de la construction métallique, dompteur, foreur, forestier, granitier, guide de haute montagne, homme grenouille, marbrier, moniteur de ski, monteur (ou démonteur) de plate-forme, puisatier, scaphandrier, sportif professionnel, tailleur de pierres. **Les garanties cessent automatiquement si l'Assuré change de profession au cours de l'assurance pour une des professions ci-dessus.**

- être affilié au régime obligatoire d'assurance maladie et vieillesse français ;
- relever du régime fiscal de l'impôt sur le revenu au titre des Bénéfices Industriels et Commerciaux ou des Bénéfices Non Commerciaux ou des traitements et salaires en application des dispositions de l'article 62 du Code Général des Impôts ;
- ne pas être en arrêt de travail au jour de la demande d'adhésion ; le congé légal de maternité n'est pas assimilé à un arrêt de travail ;
- être résident fiscal en France et exercer son activité en France métropolitaine ou dans les DROM-COM ;
- avoir satisfait aux formalités médicales.

L'adhésion est également ouverte au Conjoint Collaborateur du travailleur non salarié déjà assuré à condition qu'il :

- déclare, avec le TNS, collaborer effectivement à l'activité professionnelle de celui-ci sans être rémunéré et sans avoir la qualité d'associé ou de salarié,
- adhère obligatoirement et à titre personnel au régime de retraite de son conjoint chef d'entreprise ou professionnel libéral,
- répond aux dispositions du Code de Commerce.

Toutes les garanties sont éligibles au dispositif Madelin codifié à l'article L. 144-1 du Code des assurances.

Toutefois, pour bénéficier des avantages prévus par ce régime spécifique, l'Assuré doit, à la date d'adhésion ainsi que lors de chaque renouvellement, fournir à l'Assureur une attestation du paiement des cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse.

## ARTICLE 6 - FORMALITÉS D'ADHÉSION

L'acceptation de l'adhésion par l'Assureur est établie d'après les déclarations de l'Assuré à l'adhésion et les cotisations fixées en conséquence.

Le montant des garanties est choisi par le demandeur en fonction du montant de ses Revenus professionnels lors de l'adhésion, sans que ce montant n'ait pour effet de procurer à l'Assuré un revenu de remplacement supérieur au revenu net imposable déclaré à l'administration fiscale.

L'Assuré doit déclarer sa profession exacte ainsi que le secteur de son activité par le code NAF de sa société. L'acceptation des garanties prend en considération les réponses aux différents questionnaires mais aussi les activités professionnelles des demandeurs (profession comportant un travail manuel et/ou un outillage mécanique et manipulation d'explosifs, travail sur échafaudage, des déplacements professionnels).

Les Assurés sont répartis en trois groupes pour prendre en compte le niveau de risque correspondant à leur activité professionnelle. A l'adhésion, l'Assureur indique la catégorie tarifaire dont le demandeur relève.

**Les formalités d'adhésion varient en fonction de l'état de santé du demandeur, de son âge, du montant de la rente garantie, en tenant compte le cas échéant du montant cumulé des capitaux garantis au titre des adhésions aux contrats conclus pour le même risque auprès de l'Assureur.**

**Lorsque la version « Accident seul » est choisie, aucune formalité médicale n'est requise pour une demande de garantie d'un montant inférieur ou égal à 2 500 € par mois. Au-delà de ce montant, le demandeur doit compléter un Questionnaire de Santé Simplifié.**

**Lorsque le demandeur opte pour la version « Accident/Maladie », il doit répondre à un Questionnaire de Santé Simplifié pour une garantie d'un montant inférieur ou égal à 1 500 € par mois. Au-delà de ce montant, le demandeur doit compléter un Questionnaire de Santé Complet.**

- Lorsque le demandeur est en mesure de signer et de répondre positivement à l'ensemble des questions, l'acceptation du risque par l'Assureur est immédiate.
- Lorsque le demandeur n'est pas en mesure de signer le Questionnaire de Santé Simplifié, ou si la garantie demandée l'exige, il remplit et signe un Questionnaire de Santé Complet. Le Médecin conseil procède à l'examen du dossier qui peut conduire :
  - A l'acceptation du risque à des conditions normales ;
  - Au refus d'assurance ;
  - A l'acceptation du risque à des conditions spéciales (application d'un complément de cotisation et/ou limitation du champ d'application des garanties).

Dans ce cas, l'Assureur adresse au demandeur une contre-proposition d'assurance. Le demandeur dispose, dès l'émission de cette contre-proposition, d'un délai de 30 jours calendaires pour accepter les conditions spéciales en renvoyant un exemplaire daté et signé de cette contre-proposition à l'Assureur. En cas de non-retour de cette contre-proposition d'assurance signée dans ce délai ou en cas de refus des conditions spéciales de la part du demandeur, l'adhésion est considérée comme non acceptée par l'Assureur.

Le Questionnaire de Santé Simplifié ou Complet peut être remis sous enveloppe portant la mention « confidentiel – secret médical », à l'attention du Médecin conseil de l'Assureur. Cette procédure s'applique également pour l'envoi de tout document médical à l'initiative du demandeur. La durée de validité du Questionnaire de Santé Simplifié ou Complet est fixée à 6 mois à compter de la date de signature. Si le questionnaire n'est pas reçu dans ce délai, le demandeur doit en remplir un nouveau.

L'Assureur s'engage à prendre toutes dispositions pour préserver la confidentialité des informations transmises.

Si le demandeur souhaite faire appel de cette décision, il peut solliciter la révision de son dossier auprès du Médecin-conseil de l'Assureur.

L'acceptation de l'adhésion est matérialisée par la remise à l'Assuré d'un certificat d'adhésion faisant foi des garanties qui lui sont accordées.

Compte tenu du montant cumulé des capitaux garantis en cas de Décès au titre de l'ensemble des adhésions contractées auprès de l'Assureur et de la demande d'adhésion au Contrat, le demandeur peut être amené à remplir un questionnaire financier et technique dès lors que le montant cumulé est supérieur à 1 000 000 € quels que soient l'âge de l'Assuré et la formule choisie.

Chaque Assuré est affilié au contrat sur la foi des déclarations effectuées lors de l'adhésion. L'Assureur ne se trouve engagé que par les déclarations et pièces transmises par celui-ci.

**Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'adhésion, conformément aux dispositions de l'article L. 113-8 du Code des assurances, qui s'applique dans tous les cas, quelle que soit la garantie mise en jeu.**

**Les cotisations payées demeurent acquises à l'Assureur qui a droit au paiement des cotisations échues à titre de dommages et intérêts.**

Il ne peut être conclu qu'une seule adhésion sur la tête d'un même Assuré.

Si une évolution de l'état de santé survient avant la date de conclusion de l'adhésion et modifie les réponses apportées sur le Questionnaire de Santé Simplifié ou Complet lors de la demande d'adhésion, l'Assuré est tenu d'en informer l'Assureur, sous peine de nullité de l'adhésion.

## ARTICLE 7 - DATE DE CONCLUSION ET DURÉE DE L'ADHÉSION

### Date de conclusion de l'adhésion

- Si l'acceptation est donnée sans réserve, l'adhésion est conclue au jour de la signature du Bulletin d'Adhésion. Si l'Assuré remplit un Questionnaire de Santé Complet et qu'un délai de plus de 3 mois s'est écoulé entre la date de signature du Bulletin d'adhésion et la date d'acceptation du risque par l'Assureur aux conditions normales, l'adhésion est conclue à la date de notification de l'acceptation du risque par l'Assureur.
- Si l'acceptation est donnée avec réserves et/ou au tarif majoré, l'adhésion est conclue à la date de signature par le demandeur de la notification des dispositions particulières d'assurance.

### Durée de l'adhésion

L'adhésion au contrat est conclue pour une période allant de la date mentionnée sur le Certificat d'adhésion jusqu'au 31 décembre de l'année en cours. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sous réserve du paiement des cotisations. Il peut y être mis fin dans les conditions définies au paragraphe « Cessation de l'adhésion » des présentes.

## ARTICLE 8 - DATE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet, sous réserve de l'encaissement de la première cotisation, à la date de conclusion de l'adhésion définie à l'article 7 et lorsqu'il en existe un, à l'issue du délai de carence.

La date de prise d'effet des garanties est indiquée sur le certificat d'adhésion transmis à l'Assuré. La prise d'effet de la garantie ne peut être antérieure à la date de conclusion de l'adhésion.

Le Décès et la P.T.I.A. d'origine accidentelle sont garantis sous réserve de la complétude du dossier dès la date de signature du bulletin d'adhésion pendant un délai maximum de 90 jours. La couverture cesse automatiquement à la date de conclusion de l'adhésion ou à la date de refus de l'Assureur de la demande d'adhésion. Le capital garanti au titre de cette couverture provisoire est égal au montant du capital décès indiqué sur le bulletin d'adhésion.

## ARTICLE 9 - CESSATION DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES

### Cessation de l'adhésion et des garanties

L'adhésion et les garanties prennent fin pour l'Assuré :

- en cas de résiliation par l'Assuré sous réserve d'adresser une lettre recommandée avec avis de réception 2 mois avant la date d'échéance anniversaire de l'adhésion ;
- en cas de cessation ou de changement de sa profession déclarée lorsque ce changement entraîne une modification dans la nature et la portée des garanties. La résiliation intervient conformément aux dispositions de l'article 11 ;
- en cas de révision des cotisations selon les dispositions de l'article 16.3 ;
- en cas de modification du Contrat d'assurance par l'Assureur si refus de l'Assuré par l'envoi d'une lettre recommandée adressée à l'Assureur dans les 30 jours suivant la date de réception de la lettre d'information de la modification du contrat d'assurance de groupe ;
- lorsque la limite d'âge prévue pour chaque garantie est atteinte, soit :
  - 70<sup>ème</sup> anniversaire pour les garanties Décès et P.T.I.A.,
  - 65<sup>ème</sup> anniversaire pour les garanties Arrêt de travail.

En tout état de cause, les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail, Frais d'Exploitation Permanents et Invalidité Permanente Totale ou Partielle cessent à la date de mise à la retraite ou de préretraite de l'Assuré quelle qu'en soit la cause (y compris les mises à la retraite pour invalidité, inaptitude ou autre), excepté pour les Assurés bénéficiant des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi-Retraite.

L'Assureur peut résilier l'adhésion à la date d'échéance annuelle, suite à l'envoi d'une lettre recommandée à l'Assuré avant le 31 octobre précédent. Lorsque l'adhésion couvre les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente, l'Assuré a un droit au maintien de ses garanties après les deux premières années d'adhésion jusqu'au terme des garanties indiquées au Certificat d'adhésion conformément à l'article 6 de la loi EVIN, sauf pour les motifs suivants :

- non-paiement de la cotisation ;
- réticence ou fausse déclaration du risque à l'adhésion ou en cours d'adhésion ;

- fausse déclaration de sinistre ou fourniture de tout document inexact et/ou falsifié ;
- aggravation du risque en cours d'adhésion (non lié à l'état de santé), si l'Assuré n'accepte pas le tarif proposé ;
- non réception de l'attestation annuelle délivrée par le régime obligatoire prouvant que l'Assuré est à jour de ses cotisations.

La résiliation est de plein droit :

- en cas de perte de la qualité d'adhérent à l'Association APER ou ASSOCAMA ;
- en cas de Décès/P.T.I.A. de l'Assuré.

Les garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Frais d'Exploitation Permanents sont résiliées lorsque l'Assuré est en Invalidité Permanente.

### Effets de la cessation de l'adhésion sur les prestations en cours

En cas de résiliation de l'adhésion de plein droit ou par l'Assureur pour, omission ou inexactitude dans la déclaration du risque, fraude ou tentative de fraude, la garantie et le versement des prestations éventuellement en cours cessent à la date de la prise d'effet de la résiliation.

Dans les autres cas, la garantie cesse à la date de prise d'effet de la résiliation, mais les prestations en cours sont maintenues tant que l'Assuré répond aux conditions prévues pour ces prestations.

## ARTICLE 10 - MODIFICATION DES GARANTIES

En cours d'adhésion, l'Assuré peut, avant l'âge limite d'adhésion pour chaque garantie, solliciter le changement du niveau de garanties à la baisse ou à la hausse ou la souscription d'une garantie supplémentaire pour une prise d'effet au 1<sup>er</sup> jour du mois suivant la demande.

**L'augmentation des garanties, le changement de version, de Franchise ou d'ajout d'une garantie supplémentaire implique le renouvellement des formalités médicales. L'acceptation de l'Assureur est matérialisée par l'émission d'un avenant.**

**Le délai de carence s'appliquera si la version « Accident/Maladie » est souscrite en cours d'adhésion et débutera à la date d'effet des garanties. Le délai de carence s'appliquera également si l'Assuré augmente ses garanties en cours d'adhésion et débutera à la date de modification. Il portera sur le différentiel des montants garantis.**

L'Assuré veillera à ce que le montant de la garantie retenu par lui n'excède, en aucun cas, le montant de ses Revenus professionnels et dividendes mentionnés sur le dernier avis d'imposition sur le revenu servant de référence à son appréciation.

L'Assureur se réserve la possibilité, à l'adhésion ou lors d'une demande de modification concernant les garanties Incapacité Temporaire Totale, Frais d'Exploitation Permanents et Invalidité Permanente, de demander les justificatifs concernant les éléments comptables servant de référence à la détermination du montant des garanties.

## ARTICLE 11 - CHANGEMENT DANS LA SITUATION DE L'ASSURÉ

En cours d'adhésion, l'Assuré doit aviser l'Assureur dans les 15 jours où il en a connaissance et par lettre recommandée de toute modification apportée ou à venir aux éléments spécifiés au Certificat d'adhésion ou au dernier avenant et notamment :

- un changement de profession et/ou des modalités d'exercice de la profession et/ou de l'activité professionnelle, y compris en cas de déplacement ou de séjour temporaire de plus de trois mois dans un pays hors de France ;
- en cas de liquidation de la retraite quelle qu'en soit la cause.

**Si la nouvelle situation entraîne une modification du ou des risques Assuré(s), conformément à l'article L. 113-4 du Code des assurances :**

- l'Assureur a la possibilité d'augmenter la cotisation ou de résilier l'adhésion en cas d'aggravation du risque en cours d'adhésion ; dans le cas d'une augmentation de la cotisation, l'Assuré pourra refuser dans les 30 jours qui suivent la proposition, l'adhésion sera alors résiliée.
- l'Assuré a la possibilité de résilier son adhésion en cas de diminution du risque en cours d'adhésion, si l'Assureur refuse de réduire la cotisation en conséquence. La résiliation prend effet 30 jours après la dénonciation.

Conformément à l'article L. 113-16 du Code des assurances, l'Assureur et l'Assuré ont la faculté de résilier l'adhésion en cas de changement de situation professionnelle ou de cessation d'activité professionnelle, ou encore en cas de changement de domicile, de situation ou de régime matrimonial lorsque ces changements entraînent une modification dans la nature et la portée des garanties.

La résiliation ne peut intervenir que dans les trois mois suivant la date de survenance de l'évènement. La résiliation prend effet un mois après que l'autre partie ait reçu notification.

## ARTICLE 12 - TERRITORIALITÉ DES GARANTIES

Les garanties s'exercent dans le monde entier à condition que les séjours hors de France métropolitaine, Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, Réunion ainsi que Saint-Barthélemy et Saint-Pierre-et-Miquelon n'excèdent pas trois mois continus. En cas d'Accident ou de Maladie survenu hors de France métropolitaine, Guadeloupe, Guyane, Martinique, Mayotte, Réunion ainsi que Saint-Barthélemy et Saint Pierre et Miquelon, l'Assureur se réserve la possibilité de contrôle dans les conditions prévues à l'article 17 « Contrôle – Expertise ».

**A défaut, les garanties seraient maintenues mais le droit aux prestations serait suspendu jusqu'au retour en France métropolitaine ou dans les DROM-COM.**

## ARTICLE 13 - INDEXATION DES GARANTIES ET DES COTISATIONS

A chaque échéance annuelle, les garanties et les cotisations sont réévaluées selon l'indice du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale constaté au 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice précédant la date anniversaire de l'adhésion. L'Assuré ne peut refuser cette indexation.

## ARTICLE 14 - RISQUES GARANTIS

### ARTICLE 14.1 - DÉCÈS – PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (P.T.I.A.)

#### Article 14.1.1 - Objet de la garantie

**En cas de Décès ou de P.T.I.A. de l'Assuré, suite à un Accident ou une Maladie (suivant la version choisie par l'Assuré), il est versé à l'Assuré ou aux Bénéficiaires désignés une rente, dont le montant est fixé au Certificat d'adhésion.**

L'Assuré est couvert en cas de Décès ou de P.T.I.A. suite à un Accident si le sinistre survient dans un délai de 12 mois suivant la date de l'Accident.

La P.T.I.A. est reconnue si les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

- l'invalidité dont l'Assuré est atteint le place dans l'impossibilité totale et définitive de se livrer à la moindre activité lui procurant gain ou profit,
- l'invalidité met l'Assuré définitivement dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les quatre actes ordinaires de la vie (s'alimenter, se laver, se déplacer, s'habiller),
- la P.T.I.A. reconnue par l'Assureur doit être survenue en cours d'assurance et avant le 70<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré.

#### Article 14.1.2 - Bénéficiaire de la garantie

Si l'Assuré a souscrit à la garantie Décès-P.T.I.A., l'Assureur verse les montants garantis :

- **En cas de Décès :** au(x) Bénéficiaire(s) que l'Assuré aura indiqué(s) sur le certificat d'adhésion ou le dernier Avenant ou par Acte sous seing privé ou par Acte authentique ou, à défaut de Bénéficiaire expressément désigné, au conjoint de l'Assuré non séparé de corps à la date du décès, à défaut à son (ses) enfant(s) né(s) ou à naître, vivant(s) ou représenté(s), en cas de pré-décès, à défaut à son (ses) héritier(s) selon les règles de la dévolution successorale.
- **En cas de P.T.I.A. :** à l'Assuré.

L'Assuré peut désigner le(s) Bénéficiaire(s) en cas de décès de son choix sur le Bulletin d'adhésion ou y annexer une lettre manuscrite de désignation (acte sous seing privé), ou encore y stipuler l'existence d'un acte authentique (testament ou dépôt de la clause bénéficiaire au rang des minutes d'un notaire).

**Lorsqu'un Bénéficiaire est nommément désigné, nous recommandons à l'Assuré de porter ses coordonnées au bulletin d'adhésion, afin qu'en cas de décès, l'Assureur informe le Bénéficiaire de la désignation effective à son profit.**

En cours d'adhésion, il est recommandé à l'Assuré de modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée. Cette modification est constatée par Avenant.

**Toutefois, si l'Assuré a consenti à l'acceptation d'un(des) Bénéficiaire(s), sa(leur) désignation devient irrévocable. La modification de la clause bénéficiaire ne sera alors possible qu'avec l'accord d'un (des) Bénéficiaire(s) acceptant(s).**

L'Assureur attire l'attention de l'Assuré sur les modalités et conséquences de l'acceptation du contrat par le(s) Bénéficiaire(s), détaillées dans le lexique au terme « Bénéficiaire acceptant ».

#### Article 14.1.3 - Montant et modalités de versement de la rente

La rente versée en cas de Décès ou de P.T.I.A. est égale au montant indiqué sur le Certificat d'adhésion ou le dernier Avenant (de 500 à 5 000 €), ajusté, à chaque échéance annuelle principale, selon l'indice du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS) en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier précédent.

La rente est versée mensuellement à terme échu et cesse à l'issue de la 50<sup>ème</sup> mensualité.

En cas de décès de l'Assuré en cours de paiement de la prestation suite à la P.T.I.A., la rente continue à être versée, jusqu'au terme initialement prévu, au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès. **La garantie du présent titre est limitée, en tout état de cause, à 50 mensualités.**

### Pour les prestations en cas de décès :

A compter de la réception de l'acte de décès et de la prise de connaissance des coordonnées du ou des Bénéficiaire(s), l'Assureur dispose d'un délai de quinze jours afin de demander au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) de lui fournir l'ensemble des pièces nécessaires au règlement des capitaux, telles que listées ci-avant.

Si, au-delà dudit délai de quinze jours, l'Assureur a omis de demander au(x) Bénéficiaire(s) l'une des pièces nécessaires au paiement, cette omission n'est pas suspensive du délai de versement mentionné ci-avant.

Le paiement du capital décès sous forme de rente est effectué après accord par l'Assureur dans un délai maximal de trente jours à compter de la réception par ce dernier des pièces et accomplissement des formalités prévues aux présentes Conditions Générales valant notice d'information.

Au-delà de ce délai de trente jours, le capital non versé produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux mois puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au triple du taux légal.

En cas de pluralité de Bénéficiaires, les sommes dues peuvent être versées en une seule fois au mandataire désigné par les Bénéficiaires.

Les sommes dues au(x) Bénéficiaire(s) qui ne font pas l'objet d'une demande de versement sont déposées à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de prise de connaissance par l'Assureur du décès de l'Assuré. Le dépôt intervient dans le mois suivant l'expiration de ce délai. Le dépôt des sommes à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L. 132-27-2 du Code des assurances est libératoire de toute obligation pour l'Assureur et le souscripteur, à l'exception des obligations en matière de conservation d'informations et de documents.

### Pour les prestations en cas de P.T.I.A. :

Le paiement de la rente en cas de P.T.I.A. est effectué dans un délai d'un mois à compter de la reconnaissance par l'Assureur de la consolidation de la P.T.I.A.. La consolidation est la date à laquelle l'état de santé de l'Assuré s'étant stabilisé, les conséquences de l'Accident ou de la Maladie deviennent permanentes et présumées définitives, cet état n'évoluant ni vers une amélioration ni vers une aggravation.

### Évolution de la rente garantie après le Décès/la P.T.I.A. de l'Assuré :

La rente garantie en cas de Décès ou de P.T.I.A. de l'Assuré fait l'objet d'une revalorisation à compter du Décès ou de la P.T.I.A. de l'Assuré. Elle cesse pour chaque Bénéficiaire concerné le jour où toutes les pièces nécessaires au paiement des prestations ont été reçues par l'Assureur. Le taux de revalorisation annuel ne pourra être inférieur au taux défini à l'article R. 132-3-1 du Code des assurances, soit au moins élevé des deux taux suivants :

- la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1<sup>er</sup> novembre de l'année précédente ;
- le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1<sup>er</sup> novembre de l'année précédente.

En cas d'option pour la version « Accident seul », la revalorisation du capital versé sous forme de rente ne s'applique pas.

### Article 14.1.4 - Formalités en cas de sinistre

Pour recevoir le capital décès garanti sous forme de rente, le(s) Bénéficiaire(s) en cas de décès devra (devront) déclarer le décès à l'Assureur dans les meilleurs délais, par l'intermédiaire de l'établissement bancaire dont dépendait l'Assuré défunt ou directement auprès de l'Assureur.

Le(s) Bénéficiaire(s) ou l'Assuré doit(doivent) remettre à l'Assureur par l'intermédiaire de l'établissement bancaire ou directement à l'Assureur :

#### • dans tous les cas :

- le Certificat d'adhésion et ses Avenants éventuels ainsi que les conditions spéciales acceptées par l'Assuré,
- L'Assureur se réserve le droit de demander des documents complémentaires et de faire procéder à toute enquête qu'il jugera nécessaire pour lui permettre d'apprécier les conditions de la mise en jeu de la garantie.

#### • en cas de décès :

- un extrait de l'acte de décès de l'assuré ;
- une attestation selon le modèle fourni par l'Assureur à remplir par le médecin traitant de l'Assuré et remis à l'ayant-droit ;
- à défaut, un certificat médical précisant si le décès de l'assuré ne résulte pas d'un risque exclu par le contrat et s'il est d'origine accidentelle ou non ;
- l'identification européenne du compte bancaire de chaque Bénéficiaire (IBAN) ;
- les documents justifiant de l'identité, de la qualité et des droits de chaque Bénéficiaire et/ou de son représentant légal ;
- une copie recto/verso de la carte nationale d'identité en cours de validité, datée et signée par eux,
- une copie d'un extrait d'acte de naissance si le Bénéficiaire est le conjoint, le partenaire de PACS ou d'un acte de notoriété dans les autres cas et le cas échéant, toutes autres pièces requises par la législation en vigueur et plus particulièrement l'administration fiscale.

#### • en cas de P.T.I.A. :

- une attestation selon le modèle fourni par l'Assureur à remplir par l'Assuré ;
  - une attestation selon le modèle fourni par l'Assureur à remplir par le médecin traitant ;
  - à défaut, le certificat médical attestant la P.T.I.A. de l'Assuré et précisant en outre, la date de survenance, la date à laquelle cette invalidité a revêtu la forme permanente et absolue et la nature de la maladie ou de l'accident dont elle résulte ;
- La preuve de la P.T.I.A. incombe à l'Assuré.

#### • en cas d'accident ayant provoqué le décès ou la P.T.I.A. :

- un procès-verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre document établissant le caractère accidentel du décès ou de la P.T.I.A. et décrivant les circonstances de l'accident ;
- en l'absence d'enquête ou de constatation par une autorité compétente, une attestation sur l'honneur précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'accident, la preuve du lien de causalité incombant à l'Assuré ou au(x) Bénéficiaire(s).

## ARTICLE 14.2 - ARRÊT DE TRAVAIL

### Article 14.2.1 - Objet et montant des garanties

#### Incapacité Temporaire Totale de travail (I.T.T.)

##### Définition

Un Assuré est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail médicalement par le Médecin-conseil lorsqu'à la suite d'un Accident ou d'une Maladie (selon la version choisie), il se trouve temporairement, au-delà de la durée de Franchise choisie par l'Assuré, dans l'impossibilité absolue, complète et continue d'exercer l'activité professionnelle mentionnée dans le Certificat d'adhésion.

##### Carence

Il n'est appliqué aucun délai de carence lorsque l'arrêt de travail est consécutif à un Accident.

**Un délai de carence de 3 mois est appliqué lorsque l'arrêt de travail est consécutif à une Maladie.**

##### Montant

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré d'une durée continue supérieure à la Franchise retenue, il lui est versé, en prenant en compte la durée de cette Franchise, une indemnité journalière dont le montant mensuel est choisi par l'Assuré (de 500 à 5 000 € par mois par tranche de 100 €).

Le montant de l'indemnité, pour le Conjoint collaborateur, doit par ailleurs être au plus égal à 50 % du montant retenu par son Conjoint pour son propre compte.

##### Franchise et modalité de versement

L'indemnité journalière est versée mensuellement à terme échu à l'expiration du délai de Franchise. **En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail d'une durée inférieure ou égale à la Franchise absolue retenue, aucune indemnité journalière n'est due.**

**En cas d'option de l'Assuré pour la Franchise relative, si la durée de l'arrêt de travail est supérieure à la durée du délai de Franchise, l'indemnité journalière est versée dès le 1<sup>er</sup> jour d'arrêt de travail.**

##### Prolongation - reprise d'activité

Toute prolongation de l'arrêt de travail accordé par le Médecin traitant de l'Assuré devra être signalée dans un délai de 15 jours à l'Assureur. La durée maximale d'indemnisation inclut le délai de Franchise.

Si l'Assuré, après avoir repris son travail pendant une durée inférieure à 60 jours, est victime d'une rechute due au même accident ou à la même maladie que l'arrêt initial, il n'y aura pas application d'un nouveau délai de Franchise et les indemnités seront versées immédiatement dans la limite du nombre maximum de jours indemnifiables. La période d'indemnisation se décompte à partir du premier jour du premier arrêt de travail.

En revanche, en cas de rechute après une reprise de travail d'une durée supérieure à 60 jours, le délai de Franchise sera à nouveau appliqué quel que soit le motif du nouvel arrêt de travail. La période d'indemnisation se décompte à partir du premier jour du premier arrêt de travail.

**On entend par rechute un arrêt de travail imputable à une maladie ou un accident ayant donné lieu à une prise en charge par l'Assureur sous forme d'indemnité journalière ou de rente et qui survient dans un délai maximum de deux mois suivant la date de fin d'indemnisation.**

##### Cessation des prestations :

En complément des causes de cessation des garanties prévues à l'article 9 des présentes (sauf en cas de non paiement des cotisations), **l'indemnité cesse d'être due :**

- en cas de reprise de travail à temps partiel ou à temps complet,
- dès que l'Assuré ne se trouve plus en état d'Incapacité Temporaire et Totale de travail tel que défini à l'article 14.2.1,
- à la date d'attribution de pension de retraite à taux plein et au plus tard, au 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré,

- à la date de consolidation de l'état de santé après expertise médicale et
  - au plus tard au 365<sup>ème</sup> jour d'indemnisation pour une même Maladie ou un même Accident en cas de souscription à l'Incapacité Temporaire Totale de travail seule ou
  - au plus tard au 1 095<sup>ème</sup> jour d'indemnisation pour une même Maladie ou un même Accident en cas de souscription à l'Invalidité Permanente.

Le versement des indemnités journalières est suspendu pendant la période correspondant aux congés « légaux » de maternité ou paternité du régime social dont relève l'Assuré.

Il n'est pas tenu compte de ces périodes dans le calcul :

- du nombre de jours de Franchise,
- du nombre maximum de jours indemnisables dans le cadre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail.

## Invalidité Permanente Totale ou Partielle de travail (I.P.T. ou I.P.P.)

### Définition

A l'expiration de la période de paiement de l'indemnité d'Incapacité Temporaire Totale de travail, l'Assuré qui a opté pour la garantie I.P.T. ou I.P.P. peut bénéficier du versement d'une rente s'il est en état d'Invalidité Permanente.

Un assuré est considéré en état d'**Invalidité Permanente Totale** lorsqu'il présente une réduction de ses capacités physique et professionnelle, à la suite d'un Accident ou d'une Maladie (selon l'option choisie), et qu'il a été reconnu par le Médecin conseil de l'Assureur, après consolidation de son état, en incapacité définitive d'un taux d'au moins 66 %.

Au-dessous de ce seuil, l'Assuré est considéré en **Invalidité Permanente Partielle** pour autant que le degré d'invalidité permanente après consolidation de son état soit d'un taux supérieur ou égal à 33 %.

Le taux de cette invalidité appelé N est déterminé par voie d'expertise médicale, en dehors de toute considération du régime obligatoire auquel est affilié l'Assuré, en fonction du taux d'invalidité permanente fonctionnelle et du taux d'invalidité permanente professionnelle sur la base du tableau ci-dessous.

### Le taux d'incapacité fonctionnelle :

Ce taux est apprécié en dehors de toute considération professionnelle. Il tient compte uniquement de la diminution de la capacité physique ou mentale de l'Assuré, suite à son accident ou à sa maladie, par référence au barème d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du concours médical la plus récente au jour de l'expertise).

### Le taux d'incapacité professionnelle :

Ce taux est apprécié en fonction du degré et de la nature de l'incapacité totale de l'Assuré par rapport à sa profession. Il tient compte de la capacité de l'Assuré à l'exercer antérieurement à l'accident ou à la maladie (suivant la formule choisie), des conditions d'exercice normales de sa profession et de ses possibilités d'exercice restantes, sans considération des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Taux d'invalidité permanente professionnelle	Taux d'invalidité permanente fonctionnelle									
	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
10 %						33%	37%	40%	43%	46%
20 %					37%	42%	46%	50%	55%	58%
30 %				36%	42%	48%	53%	58%	62%	67%
40 %			33%	40%	46%	52%	58%	64%	69%	74%
50 %			36%	43%	50%	56%	63%	68%	74%	79%
60 %			38%	46%	53%	60%	66%	73%	79%	84%
70 %			40%	48%	56%	63%	70%	77%	83%	89%
80 %			42%	50%	58%	66%	73%	80%	87%	93%
90 %		33%	43%	52%	61%	69%	76%	83%	90%	97%
100 %		34%	45%	54%	63%	71%	79%	86%	93%	100%

Le taux d'invalidité est inférieur à 33 % : l'assuré n'est pas en invalidité permanente au titre de ce contrat.

Le taux d'invalidité est égal ou supérieur à 33 % et inférieur à 66 % : l'assuré est en invalidité permanente partiel.

Le taux d'invalidité est égal ou supérieur à 66 % : l'assuré est en invalidité permanente totale.

La garantie Invalidité Permanente Partielle ou Totale intervient en relais de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail : le service de la rente d'invalidité intervient en lieu et place du service d'indemnités journalières.

### Montant

Le montant de la rente mensuelle est égal à :

- 100 % du montant mensualisé des indemnités journalières figurant sur le Certificat d'adhésion, revalorisé selon l'évolution du Plafond de la Sécurité Sociale, pour l'Assuré dont le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 66 %,

- 50 % de ce montant, revalorisé selon l'évolution du Plafond de la Sécurité Sociale, pour celui dont le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 %,

Aucune rente n'est versée si le taux d'invalidité est inférieur à 33 %.

Les prestations versées par l'Assureur peuvent être révisées en cas d'évolution de l'état de santé de l'Assuré. L'Assureur se réserve le droit de procéder à tout contrôle selon les modalités décrites à l'article 17 « Contrôle – Expertise » à réception de l'attestation annuelle selon le modèle fourni par l'Assureur à remplir par le médecin traitant certifiant la persistance de son état d'invalidité.

La rente versée en cas d'Invalidité Permanente ne peut en aucun cas se cumuler avec les indemnités journalières accordées au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail.

Lorsque l'Invalidité Permanente Totale est d'origine accidentelle, un capital complémentaire est versé dans les deux mois qui suivent la date de reconnaissance de l'I.P.T.. Le montant du capital correspond à 12 mensualités du montant de la rente d'invalidité.

### Modalité de versement

La rente est versée mensuellement à terme échu.

### Cessation des prestations :

En complément des causes de cessation des garanties prévues à l'article 9 des présentes (sauf en cas de non-paiement des cotisations), les rentes d'Invalidité Permanente cessent d'être dues :

- lorsque l'Assuré n'est plus en mesure de fournir le certificat médical demandé par l'Assureur chaque année attestant de la persistance de son état d'invalidité,
- lorsque l'Assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension de retraite (excepté pour les Assurés bénéficiant des dispositions légales applicables en matière de cumul Emploi-Retraite) et au plus tard au jour du 65<sup>ème</sup> anniversaire de l'Assuré,
- en cas de décès/P.T.I.A. de l'Assuré.

En outre, les prestations cessent

Pour l'Invalidité Permanente Totale :

- le jour de la reprise d'une activité professionnelle par l'Assuré, totale ou partielle,
- dès que le taux d'invalidité constaté par le Médecin conseil de l'Assureur est inférieur à 66 %.

Pour l'Invalidité Permanente Partielle :

- le jour de la reprise d'une activité professionnelle à temps plein,
- dès que le taux d'invalidité permanente constaté par le Médecin conseil de l'Assureur est inférieur à 33 %,
- à la date de versement de la rente d'Invalidité Permanente Totale.

Le versement de la rente est suspendu pendant la période correspondant aux congés « légaux » de maternité ou paternité du régime social dont relève l'Assuré.

### Article 14.2.2 - Plafond des prestations

L'objet des garanties en cas d'arrêt de travail étant d'indemniser l'Assuré pour sa perte de revenu consécutive à un Accident ou une Maladie garanti(e), le total des prestations versées au titre du(ou) contrat(s) d'assurance et des régimes obligatoires est plafonné au montant des Revenus professionnels et des dividendes. Sur demande de l'Assureur, l'Assuré devra justifier des Revenus professionnels et/ou dividendes lui ayant servi à la détermination du montant des prestations lors de l'adhésion ou lors d'une demande de modification des garanties.

Le montant de l'indemnité journalière, pour le Conjoint Collaborateur, ne peut être inférieur à 500 € et excéder 2 500 € par mois.

Pour les Créateurs et les Repreneurs, pour la 1<sup>ère</sup> année d'adhésion, le montant de l'indemnité journalière est limité à 3 000 € par mois. Tant pour les Créateurs que pour les Repreneurs, le montant de la garantie pourra être modifié au terme de la 1<sup>ère</sup> année d'adhésion, en fonction de leurs revenus de l'exercice écoulé.

### Article 14.2.3 - Formalités en cas de sinistre

Les sinistres doivent être déclarés dans un délai de 15 jours suivant la fin du délai de Franchise. Après ce délai, le sinistre sera pris en charge à compter du jour de la réception de la déclaration si le dépassement du délai de déclaration a porté préjudice à l'Assureur, conformément à l'article L. 113-2 du Code des assurances.

En cas de réalisation de l'un des risques garantis, l'Assuré doit adresser à l'Assureur les originaux de toutes les pièces ci-après énumérées :

- en cas d'I.T.T. :
  - une attestation selon le modèle fourni par l'Assureur à remplir par l'Assuré ;
  - une attestation selon le modèle fourni par l'Assureur à remplir par son médecin traitant ;



- à défaut, un certificat médical attestant de l'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré et précisant en outre, la date de survenance, la durée médicalement prescrite de l'état d'incapacité et la nature de la maladie ou de l'accident dont elle résulte ;
- tout document permettant à l'assureur de vérifier que le montant de la garantie I.T.T. et Frais d'Exploitation Permanents le cas échéant est en adéquation avec les déclarations faites au jour de l'adhésion ou de l'augmentation des garanties.
- en cas d'accident :
  - outre les pièces visées ci-dessus, un procès-verbal de police ou de gendarmerie ou tout autre document établissant le caractère accidentel de l'I.T.T. et décrivant les circonstances de l'accident.
  - en l'absence d'enquête ou de constatation par une autorité compétente, une attestation sur l'honneur précisant la nature, les circonstances, la date et le lieu de l'accident, la preuve du lien de causalité incombant à l'Assuré.
- en cas d'hospitalisation :
  - un bulletin de situation avec la date d'entrée et la date de sortie de l'hôpital, accompagné d'un compte-rendu d'hospitalisation.
- en cas de prolongation de l'I.T.T. :
  - les certificats de prolongation indiquant les causes et la durée médicalement prescrite,
- en cas d'I.P.T. ou d'I.P.P. :
  - une attestation selon le modèle fourni par l'Assureur à remplir par l'Assuré;
  - une attestation selon le modèle fourni par l'Assureur à remplir par le médecin-traitant ;
  - à défaut, un certificat médical attestant de l'I.P.T. ou de l'I.P.P. de l'Assuré et précisant en outre :
    - o la date de survenance, la nature des désordres de santé à l'origine de l'invalidité,
    - o la date de consolidation de l'invalidité,
    - o les conséquences de l'état de l'Assuré sur sa profession et sur toute activité professionnelle,
    - o l'éventuelle notification du régime obligatoire d'un classement en Invalidité Permanente Totale si elle est fournie.
  - en cours d'indemnisation : chaque année sous pli confidentiel une attestation selon le modèle fourni par l'Assureur à remplir par le médecin traitant certifiant la persistance de l'état d'invalidité. Cette procédure est rappelée à l'Assuré par courrier, adressé tous les ans, à la date d'anniversaire du premier versement de la rente. En cas de non réception par l'Assureur à la date convenue, le versement de la rente est suspendu et ne reprendra qu'après réception des justificatifs.

L'Assureur se réserve, à tout moment, le droit de réclamer tout document complémentaire et notamment tous justificatifs comptables et fiscaux permettant de contrôler le montant de la prestation et de faire procéder à tout contrôle ou enquête qu'il jugera nécessaire.

La preuve de l'incapacité ou de l'invalidité incombe à l'Assuré.

#### Article 14.2.4 - Frais d'Exploitation Permanents

##### Définition

Si l'Assuré est considéré en état I.T.T. selon la définition de l'article 14.2.1 et sous réserve des exclusions définies à l'article 15, la personne morale (ou la personne physique dans le cas d'une entreprise individuelle), bénéficiaire de la garantie, perçoit une indemnité journalière visant à couvrir les frais professionnels encourus. Le montant de l'indemnité journalière est indiqué sur le certificat d'adhésion. La mise en jeu de la garantie est conditionnée par l'exercice effectif, à la date du sinistre, d'une activité professionnelle.

Par Frais d'Exploitation Permanents, il faut entendre la moyenne des frais figurant sur les déclarations fiscales de l'Assuré au cours des deux derniers exercices civils précédant la date de l'Incapacité Temporaire Totale de travail. Les Frais d'Exploitation Permanents pris en charge sont les frais généraux permanents, notamment :

- les loyers et/ou charges relatifs aux locaux professionnels,
- les dépenses d'eau, gaz, électricité, chauffage, téléphone, loyers et charges, entretien et réparation des locaux professionnels.
- salaires et charges sociales personnelles et obligatoires,
- taxe professionnelle,
- les intérêts et taxes payés sur les traites de financement des locaux professionnels,
- le cout des locations de matériel et mobilier (y compris le crédit-bail),
- cotisations aux organismes professionnels et sociaux obligatoires, abonnements, assurances professionnelles, les mensualités d'emprunts ou de crédits-bails professionnels à condition qu'ils ne soient pas pris en charge par une autre assurance.

Les frais sont pris en considération hors TVA lorsque celle-ci est récupérable par l'Assuré.

Ne sont pas considérés comme des Frais d'Exploitation Permanents :

- le salaire de l'Assuré,
- les achats de marchandises, de matières premières ou d'approvisionnements,
- les amortissements et les provisions,
- les charges sociales personnelles facultatives,
- les impôts et taxes.

##### Carence

Un délai de carence s'applique si l'Assuré a choisi la version « Accident-Maladie ». Le délai de carence est identique à celui défini pour la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail.

Le délai de carence s'appliquera également si l'Assuré augmente le montant de la garantie en cours d'adhésion. Il débutera à la date de prise d'effet de la modification et portera sur le différentiel des montants garantis.

##### Montant des indemnités journalières

Le montant assuré, indiqué dans le Certificat d'adhésion, est déterminé à partir des frais de fonctionnement annuels constatés lors des deux derniers exercices qui précède la demande d'adhésion ou la demande de modification du montant de la garantie. Le montant quotidien assuré ne peut excéder 1/365<sup>e</sup> des frais de fonctionnement constatés dans la limite des montants plafonds indiqués pour la garantie I.T.T.

En cas de baisse ou d'augmentation des Frais d'exploitation en cours d'adhésion, il appartient à l'Assuré de prendre contact avec l'Assureur pour demander un réajustement de ses garanties. Sur demande expresse de l'Assureur, l'Assuré devra justifier des revenus professionnels et/ou des dividendes pris en compte pour la détermination du montant des garanties.

##### Durée de versement

L'indemnisation débute à partir de l'expiration du délai de franchise indiqué sur le certificat d'adhésion, et s'achève, au plus tard, au 365<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail, pour une même Maladie ou un même Accident.

Le versement de ces indemnités s'interrompt pour les mêmes cas de cessation des indemnités journalières de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail (article 14.2.1 des présentes).

##### Franchise et Modalité de versement

Les indemnités sont versées mensuellement à terme échu à la personne morale (ou l'Assuré dans le cas d'un Entrepreneur Individuel), à l'expiration du délai de Franchise, dans les mêmes conditions que la garantie Incapacité Temporaire et Totale de travail.

#### Article 14.2.5 - Revalorisation des prestations en cours de service

Les prestations servies en Incapacité Temporaire Totale de travail et en Invalidité Permanente Totale/Partielle sont revalorisées chaque année au 1<sup>er</sup> janvier sur la base d'un taux égal à l'évolution annuelle du Plafond de la Sécurité Sociale et dans la limite des disponibilités d'un fonds de revalorisation créé à cet effet. Le fonds de revalorisation est alimenté au moyen des produits financiers dégagés par les provisions mathématiques, à hauteur de 90 % de leur montant et après déduction des intérêts techniques définis pour le tarif.

En cas de besoin, un pourcentage des cotisations fixé chaque année par le conseil d'administration de BPCE Prévoyance est également affecté au fonds de revalorisation.

## ARTICLE 15 - EXCLUSIONS

### LE DÉCÈS OU LA P.T.I.A. DE L'ASSURÉ N'EST PAS GARANTI(E) S'IL (ELLE) RÉSULTE :

- DU SUICIDE OU TENTATIVE DE SUICIDE DE L'ASSURÉ AU COURS DE LA PREMIÈRE ANNÉE QUI SUIT LA DATE D'EFFET DE LA GARANTIE OU D'UNE AUGMENTATION DE GARANTIE DEMANDÉE PAR L'ASSURÉ, POUR LA PART SUPPLÉMENTAIRE,
- DE L'USAGE, PAR L'ASSURÉ, DE STUPÉFIANTS OU DE PRODUITS MÉDICAMENTEUX NON PRESCRITS MÉDICALEMENT OU À DES QUANTITÉS NON PRESCRITES MÉDICALEMENT,
- D'UNE EXPLOSION ATOMIQUE OU DES EFFETS DIRECTS OU INDIRECTS DE LA RADIOACTIVITÉ,
- DE LA GUERRE ÉTRANGÈRE OU CIVILE OU DE LA PARTICIPATION ACTIVE DE L'ASSURÉ À DES ÉMEUTES, GRÈVES, MOUVEMENTS POPULAIRES OU ACTES DE TERRORISME,
- DE LA PARTICIPATION ACTIVE DE L'ASSURÉ À DES RIXES OU AGRESSIONS, SAUF EN CAS DE LÉGITIME DÉFENSE,
- DE L'UTILISATION, PAR L'ASSURÉ, D'ENGINS TERRESTRES OU MARITIMES (VÉHICULES OU EMBARICATIONS), À MOTEUR OU NON, EN TANT QUE PILOTE OU PASSAGER, POUR PARTICIPER À DES COMPÉTITIONS PROFESSIONNELLES OU SPORTIVES, OU À LEURS ESSAIS, À DES PARIS OU À DES TENTATIVES DE RECORDS,
- DE L'UTILISATION, PAR L'ASSURÉ, D'ENGINS AÉRIENS, À MOTEUR OU NON, EN TANT QUE PILOTE OU PASSAGER, SAUF EN TANT QUE PASSAGER D'AVIONS DE LIGNES AÉRIENNES RÉGULIÈRES,

- DE LA PRATIQUE DES SPORTS OU ACTIVITÉS DE LOISIRS SUIVANTS : PLONGÉE OU PÊCHE SOUS-MARINE AU-DELÀ DE 20 MÈTRES, SPORT DE COMBAT OU ARTS MARTIAUX, BOBSLEIGH, LUGE, HOCKEY, SAUT À SKI, DESCENTE DE RAPIDES, SAUT À L'ÉLASTIQUE, PARAPENTE, PARACHUTE,
- D'UN SINISTRE QUELLE QU'EN SOIT LA NATURE LORSQU'EST CONSTATÉ, LORS DE SA SURVENANCE, UN ÉTAT D'IMPRÉGNATION ALCOOLIQUE DE L'ASSURÉ CARACTÉRISÉ PAR UNE CONCENTRATION D'ALCOOL DANS LE SANG OU DANS L'AIR EXPIRÉ ÉGALE OU SUPÉRIEURE AUX TAUX FIXÉS PAR LES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES OU RÉGLEMENTAIRES DU CODE DE LA ROUTE.

LA P.T.I.A. DE L'ASSURÉ N'EST PAS GARANTIE SI ELLE EST LA CONSÉQUENCE :

- D'AUTO-MUTILATIONS DE L'ASSURÉ OU D'UNE TENTATIVE DE SUICIDE,
- DE TOUT TROUBLE NEUROPSYCHIQUE, PSYCHOLOGIQUE OU PSYCHOSOMATIQUE, DE TOUTE MANIFESTATION JUSTIFIANT UN TRAITEMENT À VISÉE NEUROPSYCHIATRIQUE ET, EN PARTICULIER, LA DÉPRESSION NERVEUSE ET L'ANXIÉTÉ, Y COMPRIS SI CE TROUBLE OU CETTE MANIFESTATION EST EN RELATION AVEC UN FAIT GARANTI.

EN COMPLÉMENT DES RISQUES EXCLUS POUR LES GARANTIES DÉCÈS ET P.T.I.A., SONT EXCLUES DES PRÉSENTES GARANTIES, L'I.T.T., L'I.P.P. ET L'I.P.T. RÉSULTANT :

- DE TOUT TROUBLE NEUROPSYCHIQUE, PSYCHOLOGIQUE OU PSYCHOSOMATIQUE, DE TOUTE MANIFESTATION JUSTIFIANT UN TRAITEMENT À VISÉE NEUROPSYCHIATRIQUE ET, EN PARTICULIER, LA DÉPRESSION NERVEUSE ET L'ANXIÉTÉ, Y COMPRIS SI CE TROUBLE OU CETTE MANIFESTATION EST EN RELATION AVEC UN FAIT GARANTI.
- D'UN ACCIDENT DE TRAVAIL SURVENANT AU COURS DE L'EXERCICE D'UNE PROFESSION AUTRE QUE LA PROFESSION NON-AGRICOLE NON SALARIÉE, DÉCLARÉE À L'ADHÉSION OU EN COURS D'ADHÉSION,
- LES ACCIDENTS OU MALADIES SURVENANT PENDANT LA DURÉE DES CONGÉS LÉGAUX DE MATERNITÉ ET PATERNITÉ QUI CORRESPONDENT À LA PÉRIODE INDEMNISÉE PAR LE RÉGIME OBLIGATOIRE ;
- D'UNE CURE (THERMALE, HÉLIO-MARINE), D'UN TRAITEMENT ESTHÉTIQUE, D'UN SÉJOUR EN MAISON DE REPOS, DE CONVALESCENCE, DE RÉGIME, EN CENTRE DE RÉÉDUCATION ET DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE, EN CENTRE DE DÉTENTE OU DE « REMISE EN FORME »,
- DE TOUTE ATTEINTE DISCOVERTÉBRALE ET/OU RADICULAIRE (ATTEINTE DES RACINES NERVEUSES RACHIDIENNES), DE TOUTE RACHIALGIE (DOULEUR AU NIVEAU DE LA COLONNE VERTÉBRALE) ET RADICULALGIE (DOULEUR SE RAPPORTANT AUX RACINES NERVEUSES). TOUTEFOIS, LA GARANTIE EST ACQUISE DÈS LORS QU'IL Y A FRACTURE D'UNE VERTÈBRE OU LORSQUE LE TRAUMATISME ENTRAÎNE UNE PARAPLÉGIE TOTALE,
- LE SYNDROME DE FATIGUE CHRONIQUE, LA FIBROMYALGIE, L'HYPERSENSIBILITÉ AUX ONDES, LA MALADIE D'EHLERS-DANLOS, LES FASCIITES, LA MALADIE DE LYME.

## ARTICLE 16 - COTISATIONS

### ARTICLE 16.1 - MONTANT DE LA COTISATION

Le montant de la cotisation annuelle est fonction :

- de l'âge atteint par l'Assuré à chaque date d'anniversaire de l'adhésion. L'âge est calculé par différence de millésimes, entre l'année de la date d'anniversaire de l'adhésion et l'année de naissance de l'Assuré,
- des garanties et options choisies par l'Assuré,
- des montants assurés,
- de la classe professionnelle de l'Assuré,
- de l'évolution annuelle du plafond de la Sécurité Sociale,
- des surprimes éventuelles notifiées,
- des taxes d'assurance en vigueur.

En cas de P.T.I.A. de l'Assuré, les cotisations cessent d'être dues à la date de la reconnaissance par l'Assureur de la consolidation de la P.T.I.A..

En cas d'Invalidité Permanente Totale, les cotisations dues au titre des garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et celles dues au titre de l'Invalidité Permanente Partielle ou Totale cessent d'être dues.

En cas d'Invalidité Permanente Partielle, les cotisations cessent d'être dues au titre des garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente Partielle.

### ARTICLE 16.2 - MODALITÉS DE PAIEMENT DE LA COTISATION

Les cotisations sont prélevées automatiquement par l'Assureur sur le compte bancaire de l'Assuré.

Le montant de la cotisation de la première année est calculé prorata temporis pour la période comprise entre le mois d'adhésion et le terme de la période civile en cours, suivant la périodicité retenue par l'Assuré. Elle peut être annuelle, trimestrielle, semestrielle ou mensuelle.

## ARTICLE 16.3 - RÉVISION DE LA COTISATION

Le tarif est révisable chaque année au 1<sup>er</sup> janvier en fonction des résultats techniques du contrat d'assurance de groupe. L'Assuré sera informé au plus tard trois mois avant l'échéance anniversaire de son adhésion, date à laquelle le nouveau montant de cotisation lui sera applicable. Si l'Assuré n'accepte pas le nouveau tarif, il peut résilier son adhésion. La résiliation prendra effet au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante.

En cas d'aggravation du risque, l'Assureur a la faculté de proposer un nouveau montant de cotisations. Si l'Assuré n'accepte pas le nouveau montant de cotisations dans les 30 jours suivant la nouvelle proposition de tarif, l'adhésion est résiliée.

## ARTICLE 16.4 - NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

Lorsqu'une cotisation n'est pas payée dans les 10 jours après son échéance, l'assureur adresse à l'Assuré une lettre recommandée de mise en demeure par laquelle il l'informe que le défaut de paiement de la cotisation peut entraîner l'exclusion de l'Assuré du contrat.

L'exclusion interviendra de plein droit 40 jours après l'envoi de la lettre recommandée à moins que la cotisation ait été versée dans l'intervalle, conformément à l'article L. 141-3 du Code des assurances.

## ARTICLE 17 - CONTRÔLE - EXPERTISE

### ARTICLE 17.1 - CONTRÔLE

Les médecins et les représentants de l'Assureur doivent, sauf opposition médicale justifiée, avoir libre accès auprès de l'Assuré à tout moment afin de constater son état de santé. L'Assuré, son représentant légal ou le Bénéficiaire si ce dernier est une personne physique doit communiquer tous renseignements médicaux concernant le sinistre déclaré et qu'il doit colliger sur la demande du Médecin conseil de l'Assureur.

Il n'existe aucun lien entre les décisions du Médecin conseil de l'Assureur relatives à l'Incapacité temporaire Totale de travail et l'Invalidité Permanente et celles de la Sécurité sociale et organismes sociaux assimilés.

Préalablement à tout règlement de prestations ou en cours de versement de la prestation, l'Assureur se réserve le droit de soumettre l'Assuré à une expertise médicale auprès d'un médecin qu'il aura désigné. Les frais de déplacement de l'Assuré resteront à la charge de ce dernier. Si l'Assuré, en raison de son état de santé, ne peut se déplacer, le médecin devra avoir libre accès auprès de lui, afin de l'examiner. Si ce dernier le souhaite, ce contrôle médical peut avoir lieu en présence du médecin de son choix et à ses frais.

Sauf si celle-ci est justifiée, toute opposition à ce droit de contrôle entraîne la cessation des prestations.

Le contrôle médical de l'Assuré doit obligatoirement être effectué en France métropolitaine, DROM, COM ou Monaco.

### ARTICLE 17.2 - EXPERTISE

En cas de désaccord médical, l'Assuré et l'Assureur sont convenus de soumettre leur différend à un tiers médecin qu'ils auront conjointement désigné dans le cadre d'un arbitrage. L'Assureur proposera une liste de trois noms de médecins experts, dans laquelle l'Assuré choisira lui-même celui qui arbitrera son dossier. Les honoraires du médecin arbitre seront supportés pour moitié par l'Assuré, et pour l'autre moitié par l'Assureur. L'Assuré peut se faire assister du médecin de son choix et ses honoraires seront pris en charge intégralement par l'Assuré. Les conclusions du rapport d'arbitrage s'imposeront à l'Assuré et à l'Assureur.

Faute pour ces derniers de s'entendre sur le choix du médecin, la désignation est effectuée à la requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Assuré. Une simple requête signée par l'Assuré et l'Assureur ou par l'un d'eux est suffisante pour cette nomination, l'autre partie étant convoquée par lettre recommandée par l'Assureur.

Chaque partie règle la moitié des frais et des honoraires du tiers médecin et des frais éventuels de sa désignation.

## ARTICLE 18 - PROTECTION DES INTÉRÊTS DE L'ASSURÉ

### ARTICLE 18.1 - FACULTÉ DE RENONCIATION

L'Assuré peut renoncer à son adhésion pendant trente jours calendaires révolus à compter de l'émission du Certificat d'adhésion.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception et adressée à BPCE Prévoyance - Service Informations/Réclamations - 4, rue des Pirogues de Bercy - CS 61241 - 75580 Paris Cedex 12, rédigée selon le modèle suivant :

« Je soussigné(e) (nom d'usage, prénom, date de naissance) vous informe que je renonce à mon adhésion au contrat CERAMIK PRO du ...../...../..... (date de signature du bulletin d'adhésion) et dont le numéro est le ..... et vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité de la somme versée dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la présente. J'ai bien noté que la renonciation est effective à compter de la date de réception de la présente lettre et met fin aux garanties. Date et signature. »

### **En cas de vente à distance :**

En application de l'article L. 112-2-1 du Code des assurances, l'Assuré personne physique, ayant conclu un contrat à distance, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, dispose d'un délai de renonciation de 30 jours calendaires révolus à compter de l'émission du Certificat d'adhésion, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Pour exercer cette faculté, l'Assuré adresse à l'assureur une lettre recommandée avec accusé de réception, rédigée selon le modèle ci-dessus.

Dans les deux cas précités, la renonciation prend effet à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

L'intégralité des sommes éventuellement versées par l'Assuré lui est remboursée dans un délai maximum de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre de renonciation.

**En cas d'indemnisation liée à la prise en charge d'un sinistre dans le cadre du Contrat le droit de renonciation ne pourra plus être exercé.**

### **ARTICLE 18.2 - PRESCRIPTION**

Conformément aux articles L. 114-1 et L. 114-2 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 :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
- 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 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 de l'Assuré 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, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

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 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 cotisation et par l'Assuré ou le Bénéficiaire à l'Assureur en ce qui concerne le règlement des prestations.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- la demande en justice, même en référé, y compris lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

### **ARTICLE 18.3 - EXAMEN DES RÉCLAMATIONS**

Pour toute demande d'information ou toute réclamation, l'Assuré peut prendre contact dans un premier temps avec son interlocuteur habituel.

Si, à ce stade, l'Assuré pense que sa demande n'est pas satisfaite, il peut formuler sa demande d'information ou de réclamation administrative par téléphone au 01 58 19 90 00 ou en adressant un courrier à :

**BPCE Prévoyance**  
– Service informations/réclamations –  
4, Rue des Pirogues de Bercy – CS 61241 – 75580 Cedex 12

Pour toute demande d'information ou de réclamation médicale, il peut formuler sa demande en adressant un courrier à :

**BPCE Prévoyance**  
Direction Médicale – Médecin conseil  
4, Rue des Pirogues de Bercy – CS 61241 – 75580 Cedex 12

Si, malgré les efforts de l'assureur pour le satisfaire, il reste mécontent de notre décision, il pourra demander un avis au Médiateur de l'Assurance, personnalité indépendante extérieure au Groupe BPCE. Sa demande devra être adressée à :

**La Médiation de l'Assurance**  
TSA 50110  
75441 PARIS CEDEX 09

La Charte de la Médiation de l'Assurance (disponible sur le site [www.mediation-assurance.org](http://www.mediation-assurance.org)) précise les modalités d'intervention du Médiateur de l'Assurance.

Le recours au Médiateur ne peut être fait parallèlement à la saisine des tribunaux. Cependant, ce recours ne porte pas atteinte à une éventuelle procédure contentieuse ultérieure. Les délais de prescription de l'action en justice sont suspendus à compter de la saisine du Médiateur et pendant le délai de traitement de la réclamation par le Médiateur.

### **ARTICLE 18.4 - INFORMATIQUE ET LIBERTÉS [LOI N°78-17 DU 6 JANVIER 1978 MODIFIÉE PAR LA LOI DU 6 AOÛT 2004 – LOI N°2016-1321 DU 7 OCTOBRE 2016 POUR UNE RÉPUBLIQUE NUMÉRIQUE (CI-APRÈS DÉSIGNÉE LA « RÉGLEMENTATION »)]**

Les responsables du traitement des données à caractère personnel recueillies dans le cadre de votre adhésion au contrat CERAMIK Pro sont BPCE Vie et BPCE Prévoyance.

BPCE Vie et BPCE Prévoyance utilisent vos données à caractères personnel pour les finalités suivantes :

- la gestion et l'exécution de votre adhésion,
- le contrôle et la surveillance des risques,
- la prévention de la fraude,
- le respect de ses obligations légales, réglementaires ou administratives notamment dans le cadre de la lutte contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme et la lutte contre la fraude,
- l'envoi de propositions commerciales relatives à d'autres produits et/ou à d'autres services de BPCE Vie et/ou de BPCE Prévoyance, sous réserve d'avoir accepté ce traitement en cochant la case correspondante au sein de votre bulletin d'adhésion au Contrat CERAMIK Pro.

Vos données à caractère personnel ainsi collectées pourront faire l'objet d'un traitement automatisé, dans les conditions prévues par la Réglementation en vigueur.

BPCE Vie et BPCE Prévoyance les conservent pendant la durée nécessaire à l'exécution de votre adhésion et pendant le délai prescrit au dernier alinéa de l'article L. 114-1 du Code des assurances.

Vous êtes informés que vos données à caractère personnel sont destinées, de même que celles qui seront recueillies ultérieurement, à BPCE Vie et BPCE Prévoyance et qu'elles peuvent être adressées à des tiers pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, à des sous-traitants et/ou des prestataires liés contractuellement à BPCE Vie et BPCE Prévoyance pour l'exécution des actes se rapportant aux finalités visées ci-dessous, et/ou à des organismes publics afin de satisfaire les obligations légales ou réglementaires incombant à BPCE Vie et BPCE Prévoyance et/ou à des pays non membres de l'Union Européenne, et/ou aux sociétés du Groupe BPCE dans un but de prospection ou de mise à jour des données.

Afin d'assurer un niveau de protection suffisant des données personnelles, ce transfert de données hors de l'UE à des fins de sous-traitance est encadré par des clauses contractuelles types établies par la Commission Européenne et autorisé par la CNIL dans le cadre de la Norme simplifiée n° 16 (Délibération n° 2013-212 du 11 juillet 2013 de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés). Pour toute information complémentaire, vous pouvez consulter le site internet de l'assureur « [www.assurances.natixis.com](http://www.assurances.natixis.com) ».

Vous disposez d'un droit d'accès, d'opposition et de rectification de toute information vous concernant en adressant un courrier à :

**BPCE Prévoyance**  
– Service Informations/Réclamations –  
4, rue des Pirogues de Bercy – CS 61241 – 75580 Paris Cedex 12

## **Votre contrat CERAMIK PRO est constitué**

- > des présentes conditions générales valant notice d'information qui précisent nos droits et obligations réciproques ;
- > du bulletin d'adhésion ;
- > du certificat d'adhésion qui vous sera adressé prochainement.

**Vous devez conserver soigneusement l'ensemble de ces documents.**

### **BPCE Vie**

Société anonyme au capital social de 161 469 776 euros – 349 004 341 RCS Paris

### **BPCE Prévoyance**

Société anonyme au capital social de 13 042 257,50 euros – 352 259 717 RCS Paris

Entreprises régies par le code des assurances

Sièges sociaux : 30, avenue Pierre Mendès France – 75013 Paris – Tél. 01 58 19 90 00