



AG2R LA MONDIALE

PRÉVOYANCE



Formule décès

NOTICE D'INFORMATION

SOMMAIRE

	PRÉAMBULE	4
1	PRÉSENTATION DU CONTRAT	5
2	ADHÉSION AU CONTRAT	5
3	GARANTIE DÉCÈS (TOUTES CAUSES)	7
4	GARANTIE DÉCÈS - DOUBLE EFFET	8
5	GARANTIE INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE	8
6	GARANTIE EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS	9
7	GARANTIE DÉCÈS COMPLÉMENTAIRE EN CAS D'ACCIDENT	10
8	GARANTIE RENTE DE CONJOINT	11
9	GARANTIE RENTE ÉDUCATION	12
10	GARANTIE EN CAS DE MALADIE REDOUTÉE	12
11	GARANTIE DE RESSOURCES EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL	13
12	GARANTIE DE RESSOURCES EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE	16
13	GARANTIE INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE	18
14	GARANTIE CAPITAL INVALIDITÉ	21
15	COTISATIONS DU CONTRAT ET PRESTATIONS	23
16	DÉCLARATIONS DE L'ADHÉRENT	25
17	DISPOSITIONS LÉGALES	27
18	BARÈME INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE	30
19	ABATTEMENT DE PRESTATIONS ET EXCLUSIONS LIÉES À LA PRATIQUE DU SPORT	32

NOTICE D'INFORMATION

La présente notice décrit les modalités des contrats d'assurance de groupe à adhésion individuelle facultative suivants :

- Prévoyance Protection Individuelle sous le numéro 170712
- Prévoyance Protection Individuelle Madelin sous le numéro 170712 M souscrit dans le cadre l'article 154 bis du Code général des impôts
- Prévoyance Protection Individuelle Conjoint collaborateur sous le numéro 170803
- Prévoyance Protection Individuelle Conjoint collaborateur Madelin sous le numéro 170803M souscrit dans le cadre de l'article 154 bis du Code général des impôts
- Prévoyance Gérant Majoritaire sous le numéro 170713
- Prévoyance Gérant Majoritaire Madelin sous le numéro 170713M souscrit dans le cadre de l'article 154 bis du Code général des impôts

PRÉAMBULE

Les contrats objets de cette notice d'information sont des contrats d'assurance de groupe à adhésion individuelle et facultative, régis par le Code des assurances, souscrits par :

AMPHITÉA
Association à but non lucratif régie par la loi du 1^{er} juillet 1901
5, rue Cadet
75009 PARIS

dénommée « le souscripteur », au profit exclusif de ses membres, auprès de

La Mondiale
Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation
Entreprise régie par le code des assurances
Membre d'AG2R LA MONDIALE
32, avenue Émile Zola
59370 Mons-en-Barœul
775 625 635 R.C.S. Lille- Métropole

dénommée « l'assureur ».

Peut bénéficier de l'assurance, toute personne physique, membre d'AMPHITÉA, dénommée « l'adhérent ». L'adhérent et l'assuré sont une seule et même personne.

Chacun des contrats d'assurance de groupe, objet de cette notice, prend effet le 1^{er} janvier 2017 et expire le 31 décembre suivant. Il est ensuite tacitement reconduit le 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par le souscripteur ou par l'assureur par lettre recommandée au moins trois mois avant la date de renouvellement.

La gestion du contrat d'assurance de groupe ainsi que son adaptation aux évolutions sociales et techniques, est réalisée paritairement par les représentants du souscripteur et ceux de l'assureur, étant précisé que l'ensemble des formalités de gestion est accompli par l'assureur, qui apprécie tous les risques, délivre tous les certificats, reçoit tous les avis et toutes les communications, perçoit toutes les cotisations, en donne quittance et adresse tous les avis et les lettres recommandées.

L'adhésion à l'un des contrats d'assurance de groupe objet de cette notice s'effectue aux conditions et tarifs en vigueur à la date de sa prise d'effet, sous réserve des modifications postérieures qui seront notifiées aux adhérents conformément à l'Article L. 141-4 du Code des assurances.

À propos d'AMPHITÉA :

AMPHITÉA, association de dialogue des assurés d'AG2R LA MONDIALE, a pour objet de conclure en faveur de ses membres tous contrats d'assurance de groupe auprès des entreprises d'assurances autorisées et toutes conventions utiles auprès des organismes de prévoyance ou de retraite, d'adapter à leur profit ces contrats et conventions et de permettre à ses membres de participer à la gestion des risques qui les concernent conformément à la législation en vigueur.

Elle a également pour objet :

- d'informer ses membres sur toutes les questions concernant la protection sociale et l'assurance de personne, à titre individuel et collectif, et d'engager à ces effets toute action d'information, de formation et de communication avec ses membres et en

- dehors d'eux pour accueillir de nouveaux membres ;
- de développer entre ses membres un esprit de solidarité conforme à la tradition mutualiste ;
 - de prendre toutes participations et toutes initiatives présentant une utilité directe, indirecte ou complémentaire pour son activité.

En sa qualité de souscripteur, AMPHITÉA est chargée de veiller à la bonne exécution de Prévoyance Protection Individuelle par La Mondiale et à la représentation des intérêts de ses membres qui y ont adhéré. Tout adhérent à cette association dispose d'un droit de vote à son assemblée générale.

Loi applicable au contrat et régime fiscal

L'adhésion est régie par le droit français. Sa validité et son exécution sont soumis au droit français

L'adhésion est soumise à la réglementation fiscale française ou, si elle est effectuée dans une Collectivité d'Outre-Mer, à la réglementation fiscale de cette collectivité.

Avant le terme de cette période, l'assureur conserve la possibilité de réexaminer les conditions de ses garanties ou le cas échéant, de résilier l'adhésion, sous réserve d'en informer l'adhérent au moins DEUX MOIS avant le terme des deux premières années d'assurance.

1.3 Droit d'adhésion et frais

1. Droit d'adhésion à La Mondiale :

L'adhésion à La Mondiale qui confère à l'adhérent la qualité de sociétaire est conditionnée par le paiement d'un droit unique d'adhésion, non remboursable.

Ce droit d'adhésion est fixé à 10 % de la première cotisation annuelle hors taxe.

Inclus dans le coût de l'assurance, il n'est pas dû si l'adhérent est déjà sociétaire.

2. Frais de dossier :

Les frais de dossier sont fixés à 15,00 EUR TTC.

1 PRÉSENTATION DU CONTRAT

1.1 Objet du contrat

L'adhésion à l'un des contrats de la présente notice, garantit aux adhérents, en fonction des garanties et niveaux souscrits, le règlement de prestations en cas de décès, d'invalidité absolue et définitive, d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente de l'adhérent, suite à un accident ou à une maladie garanti(e).

Les montants des garanties et options souscrites sont indiqués au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants.

1.2 Date d'effet - durée - renouvellement

Les garanties prennent effet à la date indiquée au certificat d'adhésion, pour une période qui expire le 31 décembre suivant.

Elles sont ensuite tacitement reconduites le 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation de l'adhérent ou de l'assureur par lettre recommandée au moins DEUX MOIS avant la date prévue pour son renouvellement.

Néanmoins au terme d'une période de deux ans à compter de la date d'effet des garanties initiales pour l'adhérent et sans préjudice des dispositions prévues aux articles L113-3 et L113-4 du code des assurances, l'assureur renonce expressément à se prévaloir de la faculté de résilier l'adhésion tant que l'adhérent n'a pas atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de retraite.

2 ADHÉSION AU CONTRAT

2.1 Admissibilité

Pour bénéficier de l'assurance, toute personne physique, membre d'AMPHITÉA, doit remplir les conditions suivantes :

- présenter sa demande d'adhésion avant son 65e anniversaire,
- être à jour du paiement des cotisations à ses régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance retraite,

2.2 Formalités d'adhésion

L'adhérent doit faire parvenir à l'assureur :
une demande d'adhésion signée,

- le montant de l'acompte de cotisation,
 - un questionnaire de santé complété et signé.
- Ce questionnaire doit être adressé à l'attention exclusive du médecin conseil de l'assureur dans l'enveloppe dédiée qui est remise au proposant.

Des formalités médicales complémentaires peuvent lui être demandées.

Après étude du dossier médical, l'assureur peut exclure, ajourner ou refuser tout ou partie des garanties, en diminuer certaines ou appliquer une surprime. Ces décisions seront notifiées à l'adhérent, dans les conditions prévues à l'article suivant.

2.3 Date d'effet des garanties

Les garanties prennent effet le 1er jour du mois civil qui suit la date de signature de la demande d'adhésion, sous réserve de respecter les conditions cumulatives suivantes :

- réception, par l'assureur, de l'ensemble des pièces énumérées à l'article 2.2 ci-dessus dans les 15 jours qui suivent la date de signature de la demande d'adhésion. Au-delà de ce délai, les garanties prennent effet le 1er jour du mois civil qui suit la date de réception des pièces,
- acceptation par l'assureur après étude du dossier médical, sous réserve de la remise du certificat d'adhésion,
- paiement de la cotisation correspondante.

En cas d'exclusion, de diminution de certaines garanties ou d'application de surprime, le contrat prendra effet à la date prévue aux alinéas précédents que dans la mesure où la notification adressée par l'assureur à l'adhérent sera régularisée et retournée par ce dernier à l'assureur au plus tard dans un délai de 30 jours à compter du jour de son envoi. À défaut, la demande d'adhésion est considérée comme caduque.

2.4 Cessation des garanties

Les garanties prennent fin

1. de plein droit :

- en cas de cessation du paiement des cotisations (cf VIE DU CONTRAT article 4.4 paragraphe 3 Versement),
- en cas de fausse déclaration ou de réticence prévue à l'article L 113-8 du Code des assurances ou en cas de fraude caractérisée,
- en cas de non-renouvellement du présent contrat,
- à la date à laquelle l'adhérent cesse toute activité professionnelle rémunérée concernant les garanties de ressources qu'il a souscrites à l'exception des garanties maintenues par l'assureur au titre de la garantie de prise en charge des cotisations,
- en tout état de cause, au décès de l'adhérent.

2. à la demande de l'adhérent :

au 1^{er} janvier de chaque année sous réserve d'une notification à l'assureur par lettre recommandée deux mois avant cette date.

3. à l'initiative de l'assureur :

- à chaque échéance annuelle et pendant le délai de deux ans suivant l'adhésion, conformément à l'article 6 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989,
- après la réalisation d'un sinistre (article R. 113-10 du Code des assurances). La résiliation prend effet à l'expiration d'un délai d'un mois à compter de la notification à l'assuré. Dans ces conditions, l'assuré a alors le droit de résilier les autres adhésions souscrites par lui auprès de l'assureur, dans le délai d'un mois à compter de la notification de cette

résiliation. La résiliation des adhésions de l'assuré prenant effet un mois à dater de la notification à l'assureur par lettre recommandée.

4. les garanties peuvent également prendre fin à l'initiative de l'assureur sous certaines conditions prévues à l'article L 113-4 du Code des assurances et pouvant induire une aggravation des risques notamment en cas de cessation d'activité professionnelle rémunérée, de changement d'activité professionnelle, de modification d'exercice de la profession indiquée, ou en cas de pratique de nouveau(x) sport(s) dangereux.

À ces dispositions générales s'ajoutent les règles particulières aux risques garantis, énoncées aux chapitres suivants en fonction des garanties retenues.

GARANTIES DU CONTRAT

3 GARANTIE DÉCÈS (TOUTES CAUSES)

3.1 Objet de la garantie

La garantie en cas de décès (toutes causes) prévoit le versement d'un capital au bénéficiaire désigné (voir article 3.2). Le montant du capital versé est égal au pourcentage appliqué au revenu de référence indiqué au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants.

Ce capital peut, à la demande du bénéficiaire, être réglé en un nombre déterminé de versements trimestriels.

En cas de souscription dans le cadre de l'article 154 bis du Code général des impôts (Madelin) la garantie prévoit alors le versement d'une rente au bénéficiaire désigné (voir article 3.2).

Le bénéficiaire effectue un choix entre les options de rentes viagères suivantes :

- une rente immédiate versée jusqu'à son décès,
- une rente versée jusqu'à son 60^e ou son 65^e anniversaire.
- une rente différée payée à l'échéance choisie par le bénéficiaire.

La rente est calculée en fonction :

- du pourcentage du revenu de référence indiqué au certificat d'adhésion (capital constitutif de la rente)
- de l'âge du bénéficiaire à la date du décès de l'Assuré,
- de 3 % de frais sur chaque arrérage,
- des tables de mortalité et du taux technique en vigueur au jour du décès.

La rente est liquidée le lendemain du décès (à l'exception de la rente viagère différée) et est payable au terme de chaque trimestre civil.

Elle est revalorisable le 1^{er} Janvier de chaque année conformément au taux déterminé par l'assemblée générale annuelle des sociétaires de La Mondiale.

Si le bénéficiaire choisit la rente viagère différée, le capital constitutif de la rente sera revalorisé, jusqu'au terme choisi, chaque 31 décembre conformément au taux déterminé par l'assemblée générale des sociétaires de La Mondiale.

3.2 Bénéficiaire(s)

Le capital est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par l'adhérent au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants.

La désignation bénéficiaire peut être modifiée à toute époque par l'adhérent. La modification doit être formulée par écrit et prend effet dès qu'elle est parvenue à la connaissance de l'assureur.

Conformément à la réglementation, l'adhérent peut désigner le bénéficiaire au moment de l'adhésion ou ultérieurement. Cette désignation peut être faite par acte sous seing privé ou par acte authentique notifié à l'assureur. Lorsque cette dernière n'est plus appropriée, l'adhérent peut la modifier à son gré.

Le bénéficiaire a la possibilité de confirmer à tout moment à l'assureur avec l'accord de l'adhérent, qu'il accepte cette désignation dans les conditions prévues par la loi : il la rend ainsi irrévocable. Dans ce cas, l'adhérent ne pourra plus, sans l'accord du bénéficiaire acceptant, modifier ladite clause bénéficiaire.

3.3 Terme de la garantie

Outre les cas de cessation des garanties mentionnés à l'article 2.4 de la partie ADHESION AU CONTRAT, la garantie prend fin le 31 décembre qui suit le 70^e anniversaire de l'adhérent.

Elle peut toutefois être prolongée avec l'accord express de l'assureur et sous réserve que l'adhérent exerce toujours une activité professionnelle rémunérée. L'adhérent devra en faire la demande au moins TROIS MOIS avant son 70^e anniversaire.

Dans cette hypothèse, le revenu de référence ne pourra être supérieur à celui existant au moment de la demande de l'adhérent, et le pourcentage retenu ne pourra être supérieur à 300 % du revenu de référence.

La garantie est ensuite tacitement reconduite d'année en année et au plus tard jusqu'au 31 décembre qui suit le 75^e anniversaire de l'adhérent. En cas de dénonciation avant l'âge de 75 ans, cette dernière devra être effectuée par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée au moins deux mois avant la date de renouvellement.

3.4 Exclusions et délais de carence

La garantie ne couvre pas le décès résultant des conséquences directes ou indirectes des faits suivants :

- guerre (civile ou étrangère), conflits à caractère militaire, terrorisme, sabotage, attentats ou tentatives d'attentats, troubles civils ou mouvements populaires dans tous les pays, quel que soit le lieu où se déroule l'un de ces événements, dès lors que l'adhérent y prend une part active qu'il agisse ou non dans le cadre de son activité professionnelle,
- de la désintégration du noyau atomique,
- du suicide survenant dans la PREMIERE ANNEE de prise d'effet de la présente garantie, ou d'une augmentation de la garantie pour la fraction de capital correspondant lorsque le suicide survient dans les 365 jours suivant cette augmentation de garantie.

La garantie est couverte avec un abattement de 30 % ou est exclue en cas de pratique d'un des sports mentionnés dans le tableau en annexe, sauf acceptation expresse de l'assureur sur demande de proposition tarifaire (sous réserve d'informations précises, permettant d'évaluer le risque).

Lorsque l'assureur accepte expressément de couvrir un sport normalement exclu ou faisant l'objet d'un abattement de 30 %, un avenant sera nécessairement établi par l'assureur afin de marquer son acceptation.

4 GARANTIE DÉCÈS - DOUBLE EFFET

Cette garantie est souscrite conjointement avec la garantie décès toutes causes.

4.1 Objet de la garantie

En cas de décès du conjoint, du partenaire ou du concubin, tel que défini au Livre Ier du Code civil, avant son 70e anniversaire et après le décès de l'adhérent, un capital est versé aux enfants que l'adhérent avait à sa charge, tel que défini dans le lexique, et qui sont encore à la charge du conjoint, du partenaire ou du concubin à son décès.

Ce capital est égal au capital décès versé au décès de l'adhérent.

En cas de décès simultané de l'adhérent, de son conjoint, de son partenaire ou de son concubin, le capital est versé dans les mêmes conditions. Si les conjoints, partenaires ou concubins, sont l'un et l'autre assurés par la présente convention alors le capital versé sera égal au capital le plus élevé.

Est considéré comme décès simultané à celui de l'adhérent, le décès du conjoint, partenaire ou concubin survenant au cours du même événement :

- sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès ;
- ou lorsque le décès du conjoint ou du partenaire lié par un PACS survient dans un délai de 24 heures avant le décès de l'adhérent.

La garantie prend fin au plus tard le 31 décembre qui suit le 70e anniversaire de l'adhérent.

4.2 Exclusions et délais de carence

La garantie ne couvre pas le décès résultant des conséquences directes ou indirectes des faits suivants :

- guerre (civile ou étrangère), conflits à caractère militaire, terrorisme, sabotage, attentats ou tentatives d'attentats, troubles civils ou mouvements populaires dans tous les pays, quel que soit le lieu où se déroule l'un de ces événements, dès lors que l'adhérent y prend une part active qu'il agisse ou non dans le cadre de son activité professionnelle,
- de la désintégration du noyau atomique,
- du suicide survenant dans la PREMIERE ANNEE de prise d'effet de la présente garantie, ou d'une augmentation de la garantie pour la fraction de capital correspondant lorsque le suicide survient dans les 365 jours suivant cette augmentation de garantie.

La garantie est couverte avec un abattement de 30 % ou est exclue en cas de pratique d'un des sports mentionnés dans le tableau en annexe, sauf acceptation expresse de l'assureur sur demande de proposition tarifaire (sous réserve d'informations précises, permettant d'évaluer le risque).

Lorsque l'assureur accepte expressément de couvrir un sport normalement exclu ou faisant l'objet d'un abattement de 30 %, un avenant sera nécessairement établi par l'assureur afin de marquer son acceptation.

5 GARANTIE INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

Cette garantie est souscrite conjointement avec la garantie décès toutes causes.

5.1 Objet de la garantie

L'assureur règle par anticipation à l'adhérent le capital garanti en cas de décès.

Ce règlement met fin à l'adhésion.

5.2 Définition du risque

Est considéré en invalidité absolue et définitive, l'adhérent dont l'état de santé justifie une invalidité fonctionnelle le mettant dans l'impossibilité absolue et définitive de se livrer à une quelconque activité lucrative et l'obligeant en outre à avoir recours à l'assistance constante d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (se laver, se vêtir, se nourrir et se déplacer).

5.3 Terme de la garantie

Outre les cas de cessation des garanties mentionnés à l'article 2.4 de la partie ADHESION AU CONTRAT, la garantie prend fin à la date de liquidation des droits à la retraite par le régime de base de l'adhérent, et au plus tard le 31 décembre qui suit le 67^e anniversaire de l'adhérent.

5.4 Exclusions et délais de carence

La garantie ne couvre pas l'IAD résultant des conséquences directes ou indirectes des faits suivants :

- guerre (civile ou étrangère), conflits à caractère militaire, terrorisme, sabotage, attentats ou tentatives d'attentats, troubles civils ou mouvements populaires dans tous les pays, quel que soit le lieu où se déroule l'un de ces événements, dès lors que l'adhérent y prend une part active qu'il agisse ou non dans le cadre de son activité professionnelle,
- de la désintégration du noyau atomique,
- du suicide survenant dans la PREMIERE ANNEE de prise d'effet de la présente garantie, ou d'une augmentation de la garantie pour la fraction de capital correspondant lorsque le suicide survient dans les 365 jours suivant cette augmentation de garantie.

La garantie est couverte avec un abattement de 30 % ou est exclue en cas de pratique d'un des sports mentionnés dans le tableau en annexe, sauf acceptation expresse de l'assureur sur demande de proposition tarifaire (sous réserve d'informations précises, permettant d'évaluer le risque).

Lorsque l'assureur accepte expressément de couvrir un sport normalement exclu ou faisant l'objet d'un abattement de 30 %, un avenant sera nécessairement établi par l'assureur afin de marquer son acceptation.

6 GARANTIE EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS

Cette garantie est souscrite conjointement avec la garantie décès toutes causes.

6.1 Objet de la garantie

En cas d'incapacité telle que définie à l'article 6.2 ci-dessous, l'assureur dispense l'adhérent du

paiement des cotisations relatives à l'ensemble des garanties à partir du 91^e jour d'arrêt de travail jusqu'à la cessation de l'incapacité ou jusqu'à la consolidation de l'état de santé de l'adhérent et pendant un maximum de 3 ans à compter du premier jour d'incapacité. Cette prestation cesse au moment de la liquidation de la retraite et au plus tard le 31 décembre qui suit le 70^e anniversaire de l'adhérent.

S'il est établi que l'adhérent a repris ou peut reprendre une activité quelconque rémunérée ou rémunératrice, la prestation est suspendue.

Il est précisé que l'état de grossesse «qu'il soit normal ou pathologique» l'accouchement et ses complications éventuelles ne sont couverts que sous déduction d'une période équivalente à celle du congé légal de maternité des salariées, prévu par l'Article L 331-3 du Code de la Sécurité sociale.

Pendant toute la durée de l'incapacité, les garanties sont maintenues en fonction du revenu de référence et du pourcentage en vigueur au premier jour de l'arrêt de travail.

En cas d'invalidité, le bénéfice de la garantie exonération du paiement des cotisations sera alors étudié, dans les conditions définies à l'article 4 ci-dessous.

6.2 Définition du risque incapacité temporaire de travail

Est considéré en incapacité temporaire, l'adhérent dont l'état de santé oblige à suspendre totalement l'exercice de ses activités professionnelles pendant une période ininterrompue supérieure à 90 jours. L'incapacité temporaire de travail cesse dès la consolidation de l'état de santé de l'assuré.

6.3 Rechute

Si un nouvel arrêt de travail dû à la même affection (ceci devant être justifié par un certificat médical) intervient dans les 60 jours suivant la reprise d'activité et sous réserve que l'adhésion soit en vigueur, l'assureur reprend le service des prestations dès le premier jour de la nouvelle période d'incapacité, comme s'il s'agissait d'un seul et même arrêt de travail.

Par contre, en cas de reprise d'activité de plus de 60 jours, l'adhérent est considéré comme victime d'une nouvelle affection et ne pourra bénéficier des dispositions reprises à l'alinéa précédent.

6.4 Consolidation en invalidité

L'assureur dispense l'adhérent du paiement des cotisations relatives à l'ensemble des garanties, lorsque l'état de l'adhérent est consolidé et qu'il en résulte une invalidité fonctionnelle d'un taux au moins égal à 66%, et ce, jusqu'à la date de

liquidation des droits à la retraite par le régime de base de l'adhérent, et au plus tard le 31 décembre qui suit le 67e anniversaire de l'adhérent.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est établi par le médecin mandaté par l'assureur. Il est apprécié selon le barème de droit commun du Concours Médical et en dehors de toute considération professionnelle et basé uniquement sur la diminution de la capacité physique ou mentale de l'adhérent.

Le capital décès maintenu est revalorisé le 1er juillet de chaque année, dans la limite du Fonds de Revalorisation, en fonction des variations du point de retraite AGIRC entre la date de reconnaissance de l'invalidité et le 1er juillet de chaque année.

Si la garantie de ressources en cas d'invalidité est souscrite, la prise en charge des cotisations est régie par cette garantie.

6.5 Terme de la garantie

Outre les cas de cessation des garanties mentionnés à l'article 2.4 de la partie ADHESION AU CONTRAT, la garantie prend fin à la date de liquidation des droits à la retraite par le régime de base de l'adhérent, et au plus tard le 31 décembre :

- qui suit le 70e anniversaire de l'adhérent pour l'incapacité temporaire de travail,
- qui suit le 67e anniversaire de l'adhérent pour l'invalidité permanente.

6.6 Exclusions et délais de carence

La garantie ne couvre pas l'incapacité temporaire de travail et l'invalidité permanente résultant :

- des conséquences de faits volontaires ou provoqués par une tentative de suicide ou de mutilation intentionnelle,
- des conséquences pathologiques ou accidentelles de l'éthylisme (taux supérieur à 0,5 gramme par litre de sang) ou de l'usage de stupéfiants,
- d'un arrêt de travail prescrit pour suivre des cures de toute nature comme les cures : thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication, même effectuées en établissements hospitaliers, ainsi que les séjours en maisons de repos,
- d'interventions chirurgicales dans un but esthétique (sauf les interventions faisant suite à un préjudice corporel et prises en charge par le régime obligatoire).

La garantie est couverte avec un abattement de 30 % ou est exclue en cas de pratique d'un des sports mentionnés dans le tableau en annexe, sauf acceptation expresse de l'assureur sur demande de proposition tarifaire (sous réserve d'informations précises, permettant d'évaluer le risque).

Lorsque l'assureur accepte expressément de couvrir un sport normalement exclu ou faisant

l'objet d'un abattement de 30 %, un avenant sera nécessairement établi par l'assureur afin de marquer son acceptation.

7 GARANTIE DÉCÈS COMPLÉMENTAIRE EN CAS D'ACCIDENT

7.1 Objet de la garantie

L'assureur verse en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive consécutif à un accident tel que défini ci-dessus, une prestation supplémentaire à celle prévu pour la garantie décès toutes causes, dont le montant est indiqué au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants.

7.2 Définition du risque

Le risque garanti est le décès ou l'invalidité absolue et définitive consécutive à un accident, ce dernier étant défini comme une atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent et provenant exclusivement de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Ainsi ne seront notamment pas considérés comme accidentels, et donc non couverts par l'assurance :

- le décès consécutif à un suicide, conscient ou inconscient,
- l'accident en rapport direct ou indirect avec un état pathologique préexistant de l'adhérent,
- l'accident provoqué ou favorisé par un état d'alcoolémie (taux supérieur à 0,5 gramme par litre de sang) ou par l'usage de stupéfiants.

En tout état de cause, la preuve du lien direct de causalité entre l'accident et le décès ou l'invalidité totale incombe au bénéficiaire de la garantie.

7.3 Terme de la garantie

Outre les cas de cessation des garanties mentionnés à l'article 2.4 de la partie ADHESION AU CONTRAT, la garantie prend fin à la date de liquidation des droits à la retraite par le régime de base de l'adhérent, et au plus tard le 31 décembre :

- qui suit le 70e anniversaire de l'adhérent en cas de décès,
- qui suit le 67e anniversaire de l'adhérent en cas d'invalidité absolue et définitive.

7.4 Exclusions et délais de carence

La garantie ne couvre pas le décès ou l'IAD résultant des conséquences directes ou indirectes des faits suivants :

- guerre (civile ou étrangère), conflits à caractère militaire, terrorisme, sabotage, attentats ou tentatives d'attentats, troubles civils ou mouvements populaires dans tous les pays, quel que soit le lieu où se déroule l'un de ces événements, dès lors que l'adhérent y prend une part active qu'il agisse ou non dans le cadre de son activité professionnelle,

- de la désintégration du noyau atomique,
- du suicide survenant dans la PREMIERE ANNEE de prise d'effet de la présente garantie, ou d'une augmentation de la garantie pour la fraction de capital correspondant lorsque le suicide survient dans les 365 jours suivant cette augmentation de garantie.

La garantie ne couvre pas :

- le décès ou l'IAD survenu après un délai de 18 mois à compter du jour de l'accident,
- le décès ou l'IAD résultant d'un accident survenu antérieurement à la prise d'effet du contrat,
- le décès ou l'IAD constaté après la date de cessation de la garantie,
- l'accident survenant à la suite d'une participation à un crime, à une rixe ou un délit,
- le décès ou l'IAD résultant de la pratique, même en qualité d'amateur, des activités sportives exclues ou avec un abattement de prestations définis dans le tableau en annexe sauf acceptation expresse de l'assureur.

La garantie est couverte avec un abattement de 30 % ou est exclue en cas de pratique d'un des sports mentionnés dans le tableau en annexe, sauf acceptation expresse de l'assureur sur demande de proposition tarifaire (sous réserve d'informations précises, permettant d'évaluer le risque).

Lorsque l'assureur accepte expressément de couvrir un sport normalement exclu ou faisant l'objet d'un abattement de 30 %, un avenant sera nécessairement établi par l'assureur afin de marquer son acceptation.

8 GARANTIE RENTE DE CONJOINT

8.1 Objet de la garantie

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'adhérent, l'assureur verse une rente temporaire au conjoint, au partenaire lié par un PACS ou au concubin, tels que définis au Livre Ier du Code civil.

Le montant de la rente est calculé au jour du sinistre, en fonction de la base de garantie indiquée au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants. Ce capital est converti en rente moyennant des frais de 3 % de chaque arrérage et selon les tables de mortalité et taux d'intérêt en vigueur à la date de la conversion en rente.

La rente est payable trimestriellement à terme échu et au choix :

- pendant une durée de 15 ans ou
- jusqu'au 31 décembre qui suit le 65e anniversaire du conjoint.

Le paiement de la rente cesse en cas de décès du conjoint.

8.2 Revalorisation

La rente est revalorisée le 1er juillet de chaque année, dans la limite du Fonds de Revalorisation, en fonction des variations du point de retraite AGIRC entre la date du sinistre ouvrant droit à la prestation et le 1er juillet de chaque année, sous réserve des dispositions prévues à l'article 6 du paragraphe Cotisations du contrat et prestations de la partie VIE DU CONTRAT.

8.3 Identification du bénéficiaire

Le bénéficiaire de la rente est le conjoint de l'adhérent non séparé judiciairement au jour du décès de l'adhérent, le partenaire lié par un PACS ou le concubin de l'adhérent, tels que définis au Livre Ier du Code civil, repris ci-dessous.

Livre Ier du Code civil - Article 515-8

Le concubinage est une union de fait, caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité, entre deux personnes, de sexe différent ou de même sexe, qui vivent en couple.

8.4 Terme de la garantie

Outre les cas de cessation des garanties mentionnés à l'article 2.4 de la partie ADHESION AU CONTRAT, la garantie prend fin à la date de liquidation des droits à la retraite par le régime de base de l'adhérent, et au plus tard le 31 décembre :

- qui suit le 70e anniversaire de l'adhérent en cas de décès,
- qui suit le 67e anniversaire de l'adhérent en cas de l'IAD.

8.5 Exclusions et délais de carence

La garantie ne couvre pas le décès résultant des conséquences directes ou indirectes des faits suivants :

- guerre (civile ou étrangère), conflits à caractère militaire, terrorisme, sabotage, attentats ou tentatives d'attentats, troubles civils ou mouvements populaires dans tous les pays, quel que soit le lieu où se déroule l'un de ces événements, dès lors que l'adhérent y prend une part active qu'il agisse ou non dans le cadre de son activité professionnelle,
- de la désintégration du noyau atomique,
- du suicide survenant dans la PREMIERE ANNEE de prise d'effet de la présente garantie, ou d'une augmentation de la garantie pour la fraction de capital correspondant lorsque le suicide survient dans les 365 jours suivant cette augmentation de garantie .

9 GARANTIE RENTE ÉDUCATION

9.1 Objet de la garantie

En cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'adhérent, chaque enfant à sa charge au jour du sinistre, bénéficie d'une rente éducation.

On entend par enfant à charge:

- les enfants de l'adhérent, de son conjoint, de son partenaire ou de son concubin, c'est-à-dire les enfants légitimes, naturels reconnus, adoptifs ou recueillis âgés de moins de 18 ans, ou âgés de moins de 25 ans sous réserve qu'ils poursuivent effectivement leurs études à temps plein, qu'ils n'exercent aucune activité rémunérée et qu'ils soient effectivement à la charge de l'adhérent, de son conjoint, de son partenaire ou de son concubin au sens fiscal ;
- les enfants de l'adhérent, non confiés à sa garde mais pour lesquels il est judiciairement tenu au versement d'une pension alimentaire, sous réserve des mêmes conditions d'âge et d'activité que ci-dessus ;
- les enfants de l'adhérent, de son conjoint, de son partenaire ou de son concubin, quel que soit leur âge, tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé et tant qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidé civil. Dans ce cas, une pièce justifiant de cet état devra être produite.

Le montant de la rente versé est fonction de la base de garantie indiquée au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants et de l'âge de l'enfant à chaque date du versement de la rente :

- **1^{er} palier :**
100 % de la base de garantie lorsque le bénéficiaire est âgé de 0 à 11 ans révolus,
- **2^e palier :**
150 % de la base de garantie lorsque le bénéficiaire est âgé de 12 à 17 ans révolus,
- **3^e palier :**
200 % de la base de garantie lorsque le bénéficiaire est âgé de 18 à 25 ans.

Le changement de palier est effectué en fonction de l'âge atteint au moment du paiement de chaque échéance de rente.

La rente est payable trimestriellement et à terme échu jusqu'au 18^e anniversaire de chaque bénéficiaire ou au plus tard jusqu'au 25^e anniversaire en cas de poursuite effective d'études à temps plein.

En tout état de cause, le cumul des rentes versées à une même famille, ne peut excéder le revenu de référence à la date du sinistre.

La rente éducation est versée au représentant légal des enfants, ou s'ils sont majeurs, à eux-mêmes.

9.2 Revalorisation

La rente éducation est revalorisée dans la limite du Fonds de revalorisation, en fonction de l'évolution du point de retraite AGIRC entre la date du sinistre ouvrant droit à la rente éducation et la date de renouvellement annuel de la garantie. , sous réserve des dispositions prévues à l'article 6 du paragraphe Cotisations du contrat et prestations de la partie VIE DU CONTRAT.

9.3 Terme de la garantie

La garantie prend fin à la date de liquidation des droits à la retraite par le régime de base de l'adhérent, et au plus tard le 31 décembre :

- qui suit le 70^e anniversaire de l'adhérent en cas de décès,
- qui suit le 67^e anniversaire de l'adhérent en cas de l'IAD.

9.4 Exclusions et délais de carence

La garantie ne couvre pas le décès ou de l'IAD résultant des conséquences directes ou indirectes des faits suivants :

- **guerre (civile ou étrangère), conflits à caractère militaire, terrorisme, sabotage, attentats ou tentatives d'attentats, troubles civils ou mouvements populaires dans tous les pays, quel que soit le lieu où se déroule l'un de ces événements, dès lors que l'adhérent y prend une part active qu'il agisse ou non dans le cadre de son activité professionnelle,**
- **de la désintégration du noyau atomique,**
- **du suicide survenant dans la PREMIERE ANNEE de prise d'effet de la présente garantie, ou d'une augmentation de la garantie pour la fraction de capital correspondant lorsque le suicide survient dans les 365 jours suivant cette augmentation de garantie .**

10 GARANTIE EN CAS DE MALADIE REDOUTÉE

10.1 Objet de la garantie

Dès que le diagnostic de l'une des maladies redoutées, définies ci-après, est posé et qu'il a été reconnu par l'assureur du vivant de l'adhérent, ou dès que la greffe d'organe a été réalisée, l'assureur verse un capital dont le montant indiqué au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants est déterminé en fonction du pourcentage du revenu de référence.

Par diagnostic, on entend la constatation clinique et paraclinique d'une affection établie et justifiée de manière impartiale par une autorité médicale spécialisée.

Le versement du capital met fin à la présente garantie.

Cette garantie n'est pas éligible à l'article 154 bis du Code général des impôts (Madelin).

10.2 Définition du risque

Par Maladie Redoutée, on entend l'une des sept maladies définies comme suit :

1. Infarctus du myocarde

Nécrose récente d'une partie du muscle cardiaque du fait de l'interruption soudaine de l'irrigation sanguine de la région concernée.

Pour que le diagnostic soit porté, 3 critères parmi les 4 suivants devront être réunis:

1. Douleur thoracique typique ayant nécessité un avis médical,
2. Modifications électrocardiographiques récentes prouvant la nécrose,
3. Elévation significative des **enzymes** cardiaques,
4. Constatation d'une occlusion d'un tronc coronaire.

2. Chirurgie des artères coronaires

Intervention à thorax ouvert destinée à traiter, à l'aide d'un ou plusieurs **greffons**, la **sténose** ou la **thrombose** d'une ou plusieurs artères coronaires.

3. Accident vasculaire cérébral

Affection cérébrovasculaire récente, provoquant des signes neurologiques déficitaires, persistants au-delà de 90 jours.

On considère comme affection cérébrovasculaire les **nécroses** du tissu cérébral ou les hémorragies des vaisseaux intracrâniens.

Les affections post-traumatiques sont exclues de la garantie.

4. Insuffisance rénale irréversible

Atteinte rénale due à une insuffisance chronique irréversible de la fonction des deux reins entraînant l'obligation de se soumettre régulièrement à une **dialyse**.

5. Transplantation d'organe

Le receveur sera couvert en cas de greffe d'organe d'origine humaine, du cœur, cœur - poumon, foie, rein, pancréas et moelle osseuse.

6. Cancer

Maladie qui a pour mécanisme une prolifération cellulaire anarchique incontrôlée responsable d'une tumeur maligne avec propagation de cellules malignes qui envahissent les tissus.

Les cancers in situ, les lésions pré-cancéreuses et les tumeurs malignes non invasives ne sont pas couverts.

Sont exclus de la garantie :

- la tumeur maligne de la prostate stade T1a et T1b (selon la classification TNM),
- le mélanome malin d'épaisseur inférieure à 1,5 mm selon l'indice de Breslow,

- les carcinomes baso-cellulaires et les carcinomes spino-cellulaires non métastasés,
- les tumeurs malignes consécutives à une infection par l'un des virus de l'immunodéficience humaine.

7. La maladie d'Alzheimer et formes équivalentes

Altération progressive des facultés intellectuelles liée à une maladie dégénérative organique irréversible du cerveau, confirmée après examen clinique et tests psychométriques, et imposant de façon définitive le recours à l'aide d'une tierce personne.

Les démences résultant de l'abus d'alcool ou de drogues psychoactives, ainsi que celles secondaires à l'infection par un des virus de l'immunodéficience acquise, sont exclues.

10.3 Déclaration de la maladie redoutée

La survenance de la Maladie Redoutée doit faire l'objet d'une déclaration écrite à l'assureur **dans les trois mois** de la date de sa constatation. Elle doit comporter un certificat médical établi par un médecin spécialiste posant le diagnostic précis et détaillé de la maladie, décrivant son historique et mentionnant la date des premiers symptômes.

L'assureur se réserve la possibilité d'exiger la production de pièces complémentaires.

10.4 Terme de la garantie

Outre les cas de cessation des garanties mentionnés à l'article 2.4 de la partie ADHESION AU CONTRAT, La garantie prend fin au plus tard le 31 décembre qui suit le 60^e anniversaire de l'adhérent.

10.5 Exclusion et délais de carence

Dans le cadre de cette garantie, la date des premiers symptômes de la Maladie Redoutée ou pour la greffe d'organe de l'affection qui la nécessite, doit intervenir plus de 6 mois après la date d'effet de la présente garantie pour ouvrir droit au versement du capital.

11 GARANTIE DE RESSOURCES EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

11.1 Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet de procurer à l'adhérent en incapacité temporaire de travail un revenu indemnitaire de substitution à hauteur du pourcentage du revenu de référence, les prestations versées par l'assureur ne pouvant avoir pour effet de procurer à l'adhérent un revenu supérieur à la moyenne du bénéficiaire professionnel de l'adhérent pour les deux exercices précédant le sinistre. A cet égard, seuls sont pris en compte les revenus du travail issus de l'exercice d'une activité professionnelle effective; les revenus du capital (notamment dividendes...) ainsi que les frais

généraux étant expressément exclus.
L'assureur se réserve la faculté de demander à l'adhérent tous documents de nature à justifier le montant de son revenu annuel fiscalement déclaré. En cas de dépassement, les prestations seront réduites en conséquence, en application de l'Article L 121-3 du Code des assurances, les cotisations versées restant néanmoins acquises à l'assureur, qui procédera ensuite au réajustement du contrat.

Cas particuliers des deux premières années d'activité :

Si l'incapacité temporaire de travail intervient au cours de la première année d'activité et que l'adhérent est dans l'impossibilité de justifier la conformité de ses revenus à ceux déclarés lors de l'adhésion, la prestation indiquée au certificat d'adhésion sera versée sans que celle-ci ne puisse excéder 1 PASS (plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour de l'arrêt de travail).

Si l'incapacité temporaire de travail intervient au cours de la deuxième année d'activité, la prestation indiquée au certificat d'adhésion sera versée sans que celle-ci ne puisse excéder le revenu annuel fiscalement déclaré la première année, à l'exclusion des dividendes, des BIC et BNC non professionnels, des revenus de capitaux et des plus-values mobilières non liées à l'activité professionnelle et immobilière.

La présente garantie n'ayant pas pour objet de procurer un enrichissement de l'adhérent, la prestation due tiendra compte des prestations versées par tout autre régime de prévoyance obligatoire ou facultatif, l'ensemble des prestations ne devant pas être supérieur au revenu de référence.

11.2 Définition du risque

Est considéré en **incapacité** temporaire de travail, l'adhérent dont l'état de santé oblige à **suspendre totalement l'exercice de ses activités professionnelles**.

11.3 Franchise

La prestation est versée après une franchise fixée au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants.

Option « hospitalisation » :

Sur option, la franchise peut être supprimée en cas de maladie ou d'accident ayant entraîné une incapacité temporaire totale de travail d'une durée minimum de 7 jours incluant **une hospitalisation faisant l'objet d'une facturation du forfait hospitalier** dans un établissement hospitalier public ou privé.

Si l'arrêt de travail incluant la période d'hospitalisation est d'une durée inférieure à 7 jours, c'est la franchise normale qui s'applique.

L'hospitalisation doit intervenir avant le terme de la franchise retenue.

Déclenche l'option « hospitalisation » :

- l'hospitalisation incluant une nuitée dans un pôle d'activité clinique (hors pôle de médecin d'urgences),
- l'hospitalisation/chirurgie « ambulatoire ».

Ne déclenche pas l'option « hospitalisation » :

- l'hospitalisation à domicile (HAD),
- le séjour dans un pôle de médecine d'urgences faisant l'objet de la facturation d'un forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU).

11.4 Modalités de la garantie

Le montant garanti correspond au pourcentage retenu appliqué sur le revenu de référence, il est indiqué au certificat d'adhésion.

En cas d'incapacité temporaire totale de travail médicalement constatée et reconnue par l'assureur celui-ci garantit le versement d'**indemnités journalières** d'un montant égal à 1/365^e du montant garanti en vigueur au premier jour de l'arrêt de travail.

Ces indemnités sont dues au terme de la franchise retenue par l'adhérent jusqu'à la cessation de l'incapacité ou jusqu'à la consolidation de l'état de santé de l'adhérent (défini au chapitre GARANTIE DE RESSOURCES EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE Article 2) et pendant un maximum de trois ans à compter du premier jour d'incapacité. Cette prestation payable mensuellement et à terme échu cesse au jour de la liquidation de la retraite de base et au plus tard le 31 décembre qui suit le 70^e anniversaire de l'adhérent.

En cas d'incapacité temporaire de travail médicalement constatée et reconnue par l'assureur, l'assureur dispense l'adhérent du paiement des cotisations relatives à l'ensemble des garanties à partir du 91^e jour d'arrêt de travail jusqu'à la cessation de l'incapacité ou jusqu'à la consolidation de l'état en invalidité et pendant un maximum de 3 ans à compter du premier jour d'incapacité. Cette prestation cesse au moment de la liquidation de la retraite et au plus tard le 31 décembre qui suit le 70^e anniversaire de l'adhérent.

S'il est établi que l'adhérent a repris ou peut reprendre son activité professionnelle, les prestations seront de plein droit suspendues.

Il est précisé que l'état de grossesse -qu'il soit normal ou pathologique- l'accouchement et ses complications éventuelles ne sont couverts que sous déduction d'une période équivalente à celle du congé légal de maternité des salariées, prévu par l'Article L 331-3 du Code de la Sécurité sociale.

Le versement des indemnités journalières cesse dès le constat par l'assureur de la consolidation de l'état de santé de l'adhérent.

11.5 Mi-temps thérapeutique

En cas de reprise de l'activité dans le cadre d'un temps partiel thérapeutique, le montant de la prestation versé par l'assureur sera égal à 50 % du montant indiqué au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants. Le versement de cette indemnité réduite est limité à 60 jours pour un seul et même sinistre.

11.6 Rechute

Si un nouvel arrêt de travail dû à la même affection intervient dans les 60 jours suivants la reprise d'activité et sous réserve que l'adhésion soit en vigueur, l'assureur reprend le service des prestations dès le premier jour de la nouvelle période d'incapacité.

Par contre, en cas de reprise d'activité de plus de 60 jours, l'adhérent est considéré comme victime d'une nouvelle affection et ne pourra pas bénéficier des dispositions de l'alinéa précédent.

11.7 Terme de la garantie

Outre les cas de cessation des garanties mentionnés à l'article 2.4 de la partie ADHESION AU CONTRAT, la garantie prend fin en cas de cessation d'activité professionnelle et au plus tard le 31 décembre qui suit le 70e anniversaire de l'adhérent.

11.8 Clause de subrogation

L'assureur sera subrogé dans les droits et actions de l'adhérent à l'encontre du tiers responsable du dommage, par application des Articles L121-12 et L131-2 du Code des assurances.

L'assureur pourra exercer son recours dans la limite de son engagement et à concurrence des indemnités réglées.

11.9 Exclusions et délais de carence

La garantie ne couvre pas l'incapacité temporaire de travail résultant :

- des conséquences directes ou indirectes des faits de guerre (civile ou étrangère), conflits à caractère militaire, terrorisme, sabotage, attentats ou tentatives d'attentats, troubles civils ou mouvements populaires dans tous les pays, quel que soit le lieu où se déroule l'un de ces événements, dès lors que l'adhérent y prend une part active qu'il agisse ou non dans le cadre de son activité professionnelle,
- des conséquences de faits volontaires ou provoqués par une tentative de suicide ou de mutilation intentionnelle,
- des conséquences pathologiques ou accidentelles de l'éthylisme (taux supérieur à 0,5 gramme par litre de sang) ou de l'usage de stupéfiants,

- d'un arrêt de travail prescrit pour suivre des cures de toute nature comme les cures : thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication, même effectuées en établissements hospitaliers, ainsi que les séjours en maisons de repos,
- d'interventions chirurgicales dans un but esthétique (sauf les interventions faisant suite à un préjudice corporel et prises en charge par le régime obligatoire).

La garantie comporte un délai de carence sur l'incapacité temporaire de travail résultant :

- d'une affection quelconque dont les premiers symptômes se sont manifestés dans les TROIS MOIS qui suivent la date d'effet de la garantie, étant précisé que les suites et conséquences relatives à l'affection en cause seront définitivement exclues,
- d'une récurrence durant les DEUX PREMIERES ANNÉES D'ASSURANCE d'une affection antérieure à la date d'effet de la garantie, étant précisé que les suites et conséquences relatives à l'affection en cause seront définitivement exclues,
- d'affections psychiatriques et troubles psychologiques : les états anxio-dépressifs, les syndromes anxieux, les troubles de l'adaptation et du stress, les états névrotiques, les fibromyalgies et les syndromes de fatigue chronique qui se manifestent durant la PREMIERE ANNEE D'ASSURANCE ; étant précisé que les suites et conséquences relatives à l'affection en cause seront définitivement exclues,
- d'affections de la colonne vertébrale : toutes les affections cervicales, dorsales, lombo-sacrées qui ne sont pas liées à une infection, une tumeur ou une fracture qui se manifestent durant la PREMIERE ANNEE D'ASSURANCE ; étant précisé que les suites et conséquences relatives à l'affection en cause seront définitivement exclues.

La garantie est couverte avec un abattement de 30% ou est exclue en cas de pratique d'un des sports mentionnés dans le tableau en annexe, sauf acceptation expresse de l'assureur sur demande de proposition tarifaire (sous réserve d'informations précises, permettant d'évaluer le risque).

Lorsque l'assureur accepte expressément de couvrir un sport normalement exclu ou faisant l'objet d'un abattement de 30 %, un avenant sera nécessairement établi par l'assureur afin de marquer son acceptation.

Affections de la colonne vertébrale :

Si le délai de carence d'un an énoncé ci-dessus est écoulé : toutes les affections cervicales, dorsales, lombo-sacrées qui ne sont pas liées à une infection, une tumeur ou une fracture sont systématiquement indemnisées dans le cadre de la « garantie de ressources en cas d'incapacité temporaire de travail », après déduction d'une franchise de 30 jours OU de la franchise souscrite si elle est d'une durée

supérieure (indiquée au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants).

Si l'option hospitalisation a été souscrite (telle que définie dans la présente notice), celle-ci s'applique.

Affections psychiatriques et troubles psychologiques :

Si le délai de carence d'un an énoncé ci-dessus est écoulé : toutes les affections psychiatriques et troubles psychologiques ; les états anxio-dépressifs, les syndromes anxieux, les troubles de l'adaptation et du stress, les états névrotiques, les fibromyalgies et les syndromes de fatigue chronique, sont systématiquement indemnisés dans le cadre de la « garantie de ressources en cas d'incapacité temporaire de travail » après déduction d'une franchise de 60 jours OU de la franchise souscrite si elle est d'une durée supérieure (indiquée au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants).

Si l'option hospitalisation a été souscrite (telle que définie dans la présente notice), celle-ci s'applique.

12 GARANTIE DE RESSOURCES EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE

12.1 Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet de procurer à l'adhérent en invalidité permanente un revenu indemnitaire de substitution à hauteur du pourcentage du revenu de référence, les prestations versées par l'assureur ne pouvant avoir pour effet de procurer à l'adhérent un revenu supérieur à la moyenne du bénéfice professionnel de l'adhérent pour les deux exercices précédant le sinistre. A cet égard, seuls sont pris en compte les revenus du travail issus de l'exercice d'une activité professionnelle effective; les revenus du capital (notamment dividendes...) ainsi que les frais généraux étant expressément exclus.

L'assureur se réserve la faculté de demander à l'adhérent tous documents de nature à justifier le montant de son revenu annuel fiscalement déclaré. En cas de dépassement, les prestations seront réduites en conséquence, en application de l'Article L 121-3 du Code des assurances, les cotisations versées restant néanmoins acquises à l'assureur, qui procédera ensuite au réajustement du contrat.

Cas particuliers des deux premières années d'activité :

Si l'invalidité permanente intervient au cours de la première année d'activité et que l'adhérent est dans l'impossibilité de justifier la conformité de ses revenus à ceux déclarés lors de l'adhésion, la prestation indiquée au certificat d'adhésion sera versée sans que celle-ci ne puisse excéder 1 PASS (plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour de l'arrêt de travail).

Si l'invalidité permanente intervient au cours de la deuxième année d'activité, la prestation indiquée au certificat d'adhésion sera versée sans que celle-ci ne puisse excéder le revenu annuel fiscalement déclaré la première année, à l'exclusion des dividendes, des BIC et BNC non professionnels, des revenus de capitaux et des plus-values mobilières non liées à l'activité professionnelle et immobilière.

La présente garantie n'ayant pas pour objet de procurer un enrichissement de l'adhérent, la prestation due tiendra compte des prestations versées par tout autre régime de prévoyance obligatoire ou facultatif, l'ensemble des prestations ne devant pas être supérieur au revenu de référence.

12.2 Définition du risque

Est réputé en INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE au sens de la présente garantie, l'adhérent dont l'état de santé justifie une **invalidité permanente dont le taux d'invalidité pondérée est supérieur ou égal à 66%**.

Est considéré en INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE, l'adhérent dont l'état de santé justifie une invalidité permanente dont le **taux d'invalidité pondérée est compris entre 33% et 66%**.

Le taux «N» d'invalidité pondérée est un taux calculé en fonction du taux d'invalidité fonctionnelle et du taux d'invalidité professionnelle de l'adhérent :

- 1) le taux d'invalidité fonctionnelle s'apprécie selon le barème de droit commun du Concours Médical et en fonction de la diminution de la capacité physique et/ou mentale de l'adhérent, abstraction faite de toute considération professionnelle,
- 2) le taux d'invalidité professionnelle s'apprécie en fonction de l'incidence de l'affection ou des lésions invalidantes sur la profession exercée au moment des faits par l'adhérent en tenant compte :
 - d'une part de la façon dont elle était exercée avant la survenance de l'affection,
 - d'autre part, des conditions d'exercice normal de cette profession et des possibilités de reclassement de l'adhérent (abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente).

En cas de séquelles multiples, il sera fait application de la «règle de la capacité restante».

Ces taux sont déterminés par un médecin mandaté par l'assureur (en cas de désaccord : voir chapitre DECLARATION DE L'ADHÉRENT - article 16.2 dans la partie VIE DU CONTRAT). Les décisions prises par les régimes obligatoires des adhérents ne sont pas opposables à l'assureur.

Le taux «N» d'invalidité pondérée est calculé selon le tableau ci-dessous. Il propose une série de taux d'invalidité pondérée. Des taux intermédiaires peuvent être retenus même s'ils ne figurent pas à titre d'exemple sur ce tableau.

TAUX D'INVALIDITE PROFESSIONNELLE	TAUX D'INVALIDITE FONCTIONNELLE								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10	-	-	-	29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20	-	-	31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30	-	30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

Le taux « N » d'invalidité pondéré est calculé comme suit : $\sqrt[3]{a^2 \times b}$

a : étant le taux d'invalidité fonctionnelle

b : étant le taux d'invalidité professionnelle.

12.3 Modalités de la garantie

En cas d'invalidité permanente médicalement justifiée et reconnue par l'assureur, celui-ci garantit une rente qui se substitue, le cas échéant, aux indemnités journalières dans les conditions suivantes :

- en cas d'invalidité permanente partielle, l'adhérent bénéficie d'une rente d'un montant annuel égal au produit du pourcentage du revenu de référence choisi pour la présente garantie et indiqué au certificat d'adhésion, en vigueur au premier jour de l'arrêt de travail, par le coefficient $3N/2$ (rente partielle).
- en cas d'invalidité permanente totale, l'adhérent bénéficie d'une rente d'un montant annuel égal au pourcentage du revenu de référence choisi pour la présente garantie et indiqué au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants, en vigueur au premier jour de l'arrêt de travail (rente totale).

La rente étant servie à titre temporaire, l'assureur se réserve le droit de vérifier ou de faire vérifier à tout moment la permanence de l'état d'invalidité. La modification du taux d'invalidité pondérée peut entraîner la révision de la rente:

- si le taux d'invalidité pondérée devient supérieur ou égal à 66%, l'adhérent a alors droit au bénéfice de la rente totale,
- si le taux d'invalidité pondérée devient inférieur à 66%, l'adhérent n'a plus droit au bénéfice de la rente totale,
- l'adhérent conserve le bénéfice de la rente partielle tant que le taux d'invalidité pondérée reste supérieur ou égal à 33%, son montant est alors révisé en fonction du nouveau taux d'invalidité pondérée,
- si le taux d'invalidité pondérée devient inférieur à 33%, l'adhérent perd tout droit à la prestation.

La rente d'invalidité permanente est payable, par trimestres civils échus, éventuellement au prorata. En cas de décès, elle est due jusqu'au jour du décès.

Elle est servie jusqu'à la date de liquidation des droits à la retraite par le régime de base de l'adhérent, et au plus tard au 31 décembre qui suit le 67^e anniversaire de l'adhérent.

Pendant toute la durée de l'invalidité permanente totale ou de l'invalidité permanente partielle, l'assureur dispense l'adhérent du paiement des cotisations du contrat et maintient les garanties en fonction du revenu de référence en vigueur au premier jour de l'arrêt de travail, revalorisé comme prévu à l'article 4 ci-dessous.

12.4 Revalorisation

La rente d'invalidité permanente est revalorisée le 1er juillet de chaque année, dans la limite du Fonds de Revalorisation, en fonction des variations du point de retraite AGIRC entre la date de reconnaissance de l'invalidité et le 1^{er} juillet de chaque année.

Les garanties maintenues sont revalorisées dans la même proportion.

12.5 Terme de la garantie

Outre les cas de cessation des garanties mentionnés à l'article 2.4 de la partie ADHESION AU CONTRAT, la garantie prend fin à la date de liquidation des droits à la retraite par le régime de base de l'adhérent, et au plus tard au 31 décembre qui suit le 67^e anniversaire de l'adhérent.

12.6 Clause de subrogation

L'assureur sera en cas de sinistre subrogé dans les droits et actions de l'adhérent à l'encontre du tiers responsable du dommage, par application des Articles L 121-12 et L 131-2 du Code des assurances.

L'assureur pourra exercer son recours dans la limite de son engagement et à concurrence des indemnités réglées.

12.7 Exclusions et délais de carence

La garantie ne couvre pas l'invalidité permanente résultant :

- des conséquences directes ou indirectes des faits de guerre (civile ou étrangère), conflits à caractère militaire, terrorisme, sabotage, attentats ou tentatives d'attentats, troubles civils ou mouvements populaires dans tous les pays, quel que soit le lieu où se déroule l'un de ces événements, dès lors que l'adhérent y prend une part active qu'il agisse ou non dans le cadre de son activité professionnelle,
- des conséquences de faits volontaires ou provoqués par une tentative de suicide ou de mutilation intentionnelle,
- des conséquences pathologiques ou accidentelles de l'éthylisme (taux supérieur à 0,5 gramme par litre de sang) ou de l'usage de stupéfiants,
- d'un arrêt de travail prescrit pour suivre des cures de toute nature comme les cures : thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication, même effectuées en établissements hospitaliers, ainsi que les séjours en maisons de repos,
- d'interventions chirurgicales dans un but esthétique (sauf les interventions faisant suite à un préjudice corporel et prises en charge par le régime obligatoire).

La garantie comporte un délai de carence sur l'invalidité permanente résultant :

- d'une affection quelconque dont les premiers symptômes se sont manifestés dans les TROIS MOIS qui suivent la date d'effet de la garantie étant précisé que les suites et conséquences relatives à l'affection en cause seront définitivement exclues,
- d'une récurrence durant les DEUX PREMIERES ANNÉES D'ASSURANCE d'une affection antérieure à la date d'effet de la garantie, étant précisé que les suites et conséquences relatives à l'affection en cause seront définitivement exclues,
- d'affections psychiatriques et troubles psychologiques : les états anxio-dépressifs, les

syndromes anxieux, les troubles de l'adaptation et du stress, les états névrotiques, les fibromyalgies et les syndromes de fatigue chronique qui se manifestent durant la PREMIERE ANNEE D'ASSURANCE ; étant précisé que les suites et conséquences relatives à l'affection en cause seront définitivement exclues,

- d'affections de la colonne vertébrale : toutes les affections cervicales, dorsales, lombo-sacrées qui ne sont pas liées à une infection, une tumeur ou une fracture qui se manifestent durant la PREMIERE ANNEE D'ASSURANCE ; étant précisé que les suites et conséquences relatives à l'affection en cause seront définitivement exclues.

La garantie est couverte avec un abattement de 30% ou est exclue en cas de pratique d'un des sports mentionnés dans le tableau en annexe, sauf acceptation expresse de l'assureur sur demande de proposition tarifaire (sous réserve d'informations précises, permettant d'évaluer le risque).

Lorsque l'assureur accepte expressément de couvrir un sport normalement exclu ou faisant l'objet d'un abattement de 30 %, un avenant sera nécessairement établi par l'assureur afin de marquer son acceptation.

13 GARANTIE INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE

Cette garantie est souscrite de manière optionnelle avec la GARANTIE DE RESSOURCES EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE.

Cette garantie n'est pas accessible pour les contrats Prévoyance Protection Individuelle Conjoint collaborateur et Prévoyance Protection individuelle Conjoint collaborateur Madelin.

13.1 Objet de la garantie

L'objet de cette option, si elle est souscrite, est de garantir le versement d'un montant minimal de rente si le taux d'invalidité professionnelle de l'adhérent est supérieur ou égal à 33%.

L'option est strictement réservée :

- aux professions médicales définies au Code de la santé publique : audioprothésiste, chirurgien-dentiste, diététicien, ergothérapeute, infirmier, masseur-kinésithérapeute, médecin, opticien lunetier, orthophoniste, orthoptiste, pédicure podologue, pharmacien, prothésiste-orthésiste, psychomotricien, sage-femme ;
- aux vétérinaires tels que défini au Code rural et de la pêche maritime,
- aux prothésistes dentaires tels que défini par la Directive européenne 93/42,
- aux chiropracteurs tels que définis par le Décret n° 2011-32 du 7 janvier 2011

- aux ostéopathes tels que définis par le Décret n° 2012-584 du 26 avril 2012
- aux professions réglementées suivantes :
 - avocats, profession définie conformément au règlement intérieur national (RIN) de la profession d'avocat ;
 - notaires, profession définie conformément au Règlement National/Règlement Inter-cours du Conseil supérieur du Notariat ;
 - huissiers de justice, profession définie conformément au Règlement national de la Chambre nationale des huissiers ;
 - experts comptables, profession définie conformément à l'ordonnance n°45-2138 du 19 septembre 1945 portant institution de l'ordre des experts-comptables et réglementant le titre et la profession d'expert-comptable ;
 - commissaires aux comptes, profession définie conformément au décret n°69-810 du 12 août 1969 relatif à l'organisation de la profession et au statut professionnel des commissaires aux comptes.

13.2 Modalités de la garantie

Lorsqu'elle est souscrite, l'option modifie les conditions de versement de la rente d'invalidité. Le taux d'invalidité professionnelle est évalué de 0% à 100% par expertise médicale d'un médecin mandaté par l'assureur. Le taux d'invalidité professionnelle s'apprécie en fonction de l'incidence de l'affection ou des lésions invalidantes sur la profession exercée au moment des faits par l'adhérent en tenant compte :

- d'une part de la façon dont elle était exercée avant la survenance de l'affection,
- d'autre part, des conditions d'exercice normal de cette profession et des possibilités de reclassement de l'adhérent (abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente).

Pour les professions médicales, les vétérinaires, les prothésistes dentaires, les chiropracteurs et les ostéopathes (telles que définies précédemment) le taux s'apprécie selon le barème spécifique en annexe.

1. Si le taux d'invalidité professionnelle est supérieur ou égal à 66% :

L'assureur garantit le versement d'un montant minimum égal à :

- **75% de la rente totale, déterminée à l'adhésion et indiquée au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants** : si l'adhérent ne cesse pas totalement d'exercer son activité, ou si une reconversion professionnelle dans le domaine d'activité de l'adhérent est reconnue possible par expertise médicale
- **100% de la rente totale, déterminée à l'adhésion et indiquée au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants** : si l'adhérent cesse définitivement son activité professionnelle et si une reconversion professionnelle dans le domaine d'activité de l'adhérent n'est pas reconnue possible par expertise médicale.

2. Si le taux d'invalidité professionnelle est compris entre 33% et 66% :

L'assureur garantit le versement d'un montant minimum égal à 50% de la rente totale, déterminée à l'adhésion et indiquée au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants.

3. Si le taux d'invalidité professionnelle est inférieur à 33% :

Il n'y a pas de rente minimale garantie par l'assureur.

Dans tous les cas, la prestation « pondérée » déterminée dans le cadre de la garantie de ressources en cas d'invalidité permanente s'appliquera si elle est plus favorable à l'adhérent, mais ne pourra en aucun cas se cumuler à l'option « invalidité professionnelle ».

Par ailleurs, dès lors que l'assureur verse une prestation au titre de l'option, l'adhérent est alors dispensé du paiement des cotisations du contrat et bénéficie d'un maintien des garanties, en fonction du revenu de référence en vigueur au premier jour de l'arrêt de travail, revalorisé comme prévu à l'Article 3 ci-dessous.

Le montant de rente attribué peut être révisé en fonction de l'évolution de l'état de santé de l'adhérent, et ce, en application des conditions ci-dessus.

Exemples à titre d'illustration avec un taux d'invalidité professionnelle compris entre 33% et 66% :

Exemple 1 :

L'expertise médicale détermine les taux d'invalidité suivants pour l'adhérent M. Durand :

- Taux d'invalidité fonctionnelle (a) = 21%
- Taux d'invalidité professionnelle (b) = 63%

La prestation en cas d'invalidité permanente se calcule en tenant compte des taux d'invalidité fonctionnelle (a) et professionnelle (b) suivant la formule :

- Taux d'invalidité pondérée (N) = $3\sqrt{(a^2 \times b)}$ = $3\sqrt{(21\% \times 63\%)}$ = 30,29%

Le taux 30,29% ne permet pas à M. Durand de bénéficier d'une rente d'invalidité, car il est strictement inférieur à 33%.

Sans l'option Invalidité professionnelle, M. Durand ne perçoit pas de rente.

Si M. Durand a souscrit l'option Invalidité professionnelle : il bénéficie d'un minimum de rente garantie, qui dépend du seul taux d'invalidité professionnelle.

Dans l'exemple 1, ce taux de 63% est compris entre 33% et 66%, ce qui lui garanti une rente minimum de 50%.

Dans ce cas de figure, l'assureur versera à M. Durand 50% de la rente souscrite, correspondant au minimum garanti par l'option Invalidité professionnelle, celle-ci étant plus favorable.

Exemple 2 :

L'expertise médicale détermine les taux d'invalidité suivants pour M. Dupont :

- Taux d'invalidité fonctionnelle (a) = 43%
- Taux d'invalidité professionnelle (b) = 62%

La prestation en cas d'invalidité permanente se calcule en tenant compte des taux d'invalidité fonctionnelle (a) et professionnelle (b) suivant la formule :

- Taux d'invalidité pondérée (N) = $3\sqrt{a^2 \times b}$ = $3\sqrt{43\% \times 62\%}$ = 48,58%

Ce taux de 48,58% étant compris entre 33% et 66%, M. Dupont bénéficie d'une rente partielle. Celle-ci se calcule avec le coefficient :

- $(3 \times N) / 2$ soit $(3 \times 48,58\%) / 2 = 72,87\%$.

Sans l'option Invalidité professionnelle, M. Dupont percevra 72,87% de la rente souscrite.

Si M. Dupont a souscrit l'option Invalidité professionnelle : Il bénéficie d'un minimum de rente garantie, qui dépend du seul taux d'invalidité professionnelle.

Dans l'exemple 2, ce taux de 62% est compris entre 33% et 66%, ce qui lui garanti une rente minimum de 50%.

Dans ce cas de figure, le minimum garanti par l'option (50%) étant inférieur au niveau de rente déterminé par le taux d'invalidité pondérée, l'assureur versera à M. Dupont le niveau le plus favorable soit 72,87% de la rente souscrite.

13.3 Revalorisation

La rente d'invalidité permanente est revalorisée le

1^{er} juillet de chaque année, dans la limite du Fonds de Revalorisation, en fonction des variations du point de retraite AGIRC entre la date de reconnaissance de l'invalidité et le 1^{er} juillet de chaque année.

Les garanties maintenues sont revalorisées dans la même proportion.

13.4 Terme de la garantie

Outre les cas de cessation des garanties mentionnés à l'article 2.4 de la partie ADHESION AU CONTRAT, la garantie prend fin à la date de liquidation des droits à la retraite par le régime de base de l'adhérent, et au plus tard au 31 décembre qui suit le 67^e anniversaire de l'adhérent.

13.5 Clause de subrogation

En raison du caractère indemnitaire de la prestation garantie, l'assureur sera en cas de sinistre subrogé dans les droits et actions de l'adhérent à l'encontre du tiers responsable du dommage, par application des Articles L 121-12 et L 131-2 du Code des assurances.

L'assureur pourra exercer son recours dans la limite de son engagement et à concurrence des indemnités réglées.

13.6 Exclusions et délais de carence

La garantie ne couvre pas l'invalidité professionnelle résultant :

- des conséquences directes ou indirectes des faits de guerre (civile ou étrangère), conflits à caractère militaire, terrorisme, sabotage, attentats ou tentatives d'attentats, troubles civils ou mouvements populaires dans tous les pays, quel que soit le lieu où se déroule l'un de ces événements, dès lors que l'adhérent y prend une part active qu'il agisse ou non dans le cadre de son activité professionnelle,
- des conséquences de faits volontaires ou provoqués par une tentative de suicide ou de mutilation intentionnelle,

- des conséquences pathologiques ou accidentelles de l'éthylisme (taux supérieur à 0,5 gramme par litre de sang) ou de l'usage de stupéfiants,
- d'un arrêt de travail prescrit pour suivre des cures de toute nature comme les cures : thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication, même effectuées en établissements hospitaliers, ainsi que les séjours en maisons de repos,
- d'interventions chirurgicales dans un but esthétique (sauf les interventions faisant suite à un préjudice corporel et prises en charge par le régime obligatoire).

La garantie comporte un délai de carence sur l'invalidité résultant :

- d'une affection quelconque dont les premiers symptômes se sont manifestés dans les TROIS MOIS qui suivent la date d'effet de la garantie, étant précisé que les suites et conséquences relatives à l'affection en cause seront définitivement exclues
- d'une récurrence durant les DEUX PREMIERES ANNÉES D'ASSURANCE d'une affection antérieure à la date d'effet de la garantie, étant précisé que les suites et conséquences relatives à l'affection en cause seront définitivement exclues,
- d'affections psychiatriques et troubles psychologiques : les états anxio-dépressifs, les syndromes anxieux, les troubles de l'adaptation et du stress, les états névrotiques, les fibromyalgies et les syndromes de fatigue chronique qui se manifestent durant la PREMIERE ANNEE D'ASSURANCE ; étant précisé que les suites et conséquences relatives à l'affection en cause seront définitivement exclues,
- d'affections de la colonne vertébrale : toutes les affections cervicales, dorsales, lombo-sacrées qui ne sont pas liées à une infection, une tumeur ou une fracture qui se manifestent durant la PREMIERE ANNEE D'ASSURANCE ; étant précisé que les suites et conséquences relatives à l'affection en cause seront définitivement exclues.

La garantie est couverte avec un abattement de 30% ou est exclue en cas de pratique d'un des sports mentionnés dans le tableau en annexe, sauf acceptation expresse de l'assureur sur demande de proposition tarifaire (sous réserve d'informations précises, permettant d'évaluer le risque).

Lorsque l'assureur accepte expressément de couvrir un sport normalement exclu ou faisant l'objet d'un abattement de 30 %, un avenant sera nécessairement établi par l'assureur afin de marquer son acceptation.

fonctionnelle supérieure ou égale à 66%, l'assureur verse un capital à l'adhérent dont le montant est indiqué au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants.

Le versement du capital met fin à la présente garantie.

Cette garantie n'est pas éligible à l'article 154 bis du Code général des impôts (Madelin).

14.2 Définition du risque

Le taux d'invalidité fonctionnelle s'apprécie selon le barème de droit commun du Concours Médical et en fonction de la diminution de la capacité physique ou mentale de l'adhérent, abstraction faite de toute considération professionnelle.

En cas de séquelles multiples, il sera fait application de la «règle de la capacité restante».

Ce taux est déterminé par un médecin mandaté par l'assureur (en cas de désaccord : voir chapitre DECLARATION DE L'ASSURE - article 2 de la partie VIE DU CONTRAT). Les décisions prises par les régimes obligatoires des adhérents ne sont pas opposables à l'assureur.

14.3 Terme de la garantie

La garantie prend fin à la date de liquidation des droits à la retraite par le régime de base de l'adhérent, et au plus tard le 31 décembre qui suit le 67e anniversaire de l'adhérent en cas d'invalidité.

14.4 Exclusions et délais de carence

- des conséquences directes ou indirectes des faits de guerre (civile ou étrangère), conflits à caractère militaire, terrorisme, sabotage, attentats ou tentatives d'attentats, troubles civils ou mouvements populaires dans tous les pays, quel que soit le lieu où se déroule l'un de ces événements, dès lors que l'adhérent y prend une part active qu'il agisse ou non dans le cadre de son activité professionnelle,
- des conséquences de faits volontaires ou provoqués par une tentative de suicide ou de mutilation intentionnelle,
- des conséquences pathologiques ou accidentelles de l'éthylisme (taux supérieur à 0,5 gramme par litre de sang) ou de l'usage de stupéfiants,
- d'un arrêt de travail prescrit pour suivre des cures de toute nature comme les cures : thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication, même effectuées en établissements hospitaliers, ainsi que les séjours en maisons de repos,
- d'interventions chirurgicales dans un but esthétique (sauf les interventions faisant suite à un préjudice corporel et prises en charge par le régime obligatoire).

La garantie comporte un délai de carence sur l'invalidité permanente résultant :

- d'une affection quelconque dont les premiers

14 GARANTIE CAPITAL INVALIDITÉ

14.1 Objet de la garantie

En cas de reconnaissance d'une invalidité

symptômes se sont manifestés dans les TROIS MOIS qui suivent la date d'effet de la garantie étant précisé que les suites et conséquences relatives à l'affection en cause seront définitivement exclues,

- d'une récurrence durant les DEUX PREMIERES ANNÉES D'ASSURANCE d'une affection antérieure à la date d'effet de la garantie, étant précisé que les suites et conséquences relatives à l'affection en cause seront définitivement exclues,
- d'affections psychiatriques et troubles psychologiques : les états anxio-dépressifs, les syndromes anxieux, les troubles de l'adaptation et du stress, les états névrotiques, les fibromyalgies et les syndromes de fatigue chronique qui se manifestent durant la PREMIERE ANNEE D'ASSURANCE ; étant précisé que les suites et conséquences relatives à l'affection en cause seront définitivement exclues,
- d'affections de la colonne vertébrale : toutes les affections cervicales, dorsales, lombo-sacrées qui ne sont pas liées à une infection, une tumeur ou une fracture qui se manifestent durant la PREMIERE ANNEE D'ASSURANCE ; étant précisé que les suites et conséquences relatives à l'affection en cause seront définitivement exclues.

La garantie est couverte avec un abattement de 30% ou est exclue en cas de pratique d'un des sports mentionnés dans le tableau en annexe, sauf acceptation expresse de l'assureur sur demande de proposition tarifaire (sous réserve d'informations précises, permettant d'évaluer le risque).

Lorsque l'assureur accepte expressément de couvrir un sport normalement exclu ou faisant l'objet d'un abattement de 30 %, un avenant sera nécessairement établi par l'assureur afin de marquer son acceptation.

VIE DU CONTRAT

15 COTISATIONS DU CONTRAT ET PRESTATIONS

15.1 Détermination du revenu de référence

Le revenu de référence est exprimé en fonction du plafond annuel de la Sécurité sociale et indiqué au certificat d'adhésion.

Pour chaque garantie l'adhérent choisit un pourcentage appliqué au revenu de référence déterminant la prestation qu'il désire obtenir.

Pour les garanties de ressources en cas d'invalidité ou d'incapacité, le pourcentage retenu ne peut en aucun cas être supérieur à 100% et en tout état de cause, devra être fixé compte tenu du montant des prestations versées par le régime de base de l'adhérent.

Si le revenu de référence de l'adhérent évolue en cours de vie du contrat, il sera nécessaire de déclarer cette modification à l'assureur pour ajuster au mieux les garanties du contrat.

Augmentation du revenu de référence ou du pourcentage qui s'y applique :

L'adhérent, s'il n'est pas en arrêt de travail ou en invalidité, peut demander l'adjonction d'une garantie sous réserve qu'il se soumette aux formalités médicales requises. La demande doit parvenir à l'assureur dans les deux premiers mois d'un trimestre civil pour prendre effet le 1er jour du trimestre civil suivant, sous réserve de l'acceptation par l'assureur. Passé ce délai, la date d'effet sera différée d'un trimestre civil.

La modification n'est acceptée qu'après examen par l'assureur des pièces médicales requises et sous réserve du paiement des cotisations correspondantes. L'assureur peut demander des examens complémentaires auxquels l'adhérent devra se soumettre, les frais étant à la charge de l'assureur.

Toutefois, pour les garanties : DÉCÈS (TOUTES CAUSES), DÉCÈS - DOUBLE EFFET, INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE ET EXONÉRATION

DU PAIEMENT DES COTISATIONS, l'adhérent est dispensé de ces formalités médicales si les conditions suivantes sont réunies :

- l'augmentation doit être motivée par un accroissement de ses charges de famille,
- elle doit être limitée à un plafond annuel de la Sécurité sociale en vigueur à la date de la demande,
- la demande de modification doit être présentée dans un délai de TROIS MOIS à partir de l'évènement qui a entraîné l'accroissement des charges de famille.

Un avenant est établi par l'assureur.

Les exclusions et les délais de carence déterminés pour chaque garantie s'appliquent à compter de la date d'effet de l'avenant pour le montant des prestations supplémentaires auxquelles est tenu l'assureur.

On entend par Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS) à une date donnée, 12 fois le plafond mensuel en vigueur à cette date.

15.2 Modification des garanties

1. Adjonction de garanties

L'adhérent, s'il n'est pas en arrêt de travail ou en invalidité, peut demander l'adjonction d'une garantie sous réserve qu'il se soumette aux formalités médicales requises. La demande doit parvenir à l'assureur dans les deux premiers mois d'un trimestre civil pour prendre effet le 1er jour du trimestre civil suivant, sous réserve de l'acceptation par l'assureur. Passé ce délai, la date d'effet sera différée d'un trimestre civil.

Un avenant est établi par l'assureur.

Les exclusions et les délais de carence déterminés pour chaque garantie s'appliquent à compter de la date d'effet de l'avenant pour le montant des prestations supplémentaires auxquelles est tenu l'assureur.

2. Suppression ou réduction de garanties

L'adhérent peut demander la suppression ou la réduction d'une garantie. La demande doit

parvenir à l'assureur dans les deux premiers mois d'un trimestre civil pour prendre effet le 1er jour du trimestre civil suivant, sous réserve de l'acceptation par l'assureur. Passé ce délai, la date d'effet sera différée d'un trimestre civil.

Un avenant est établi par l'assureur.

15.3 Déplacement hors du territoire français

1. En cas de sinistre survenant au cours de voyages ou de séjours dans un état membre de l'Union Européenne

Seront agréés par l'assureur les certificats émanant de médecins accrédités auprès de l'Ambassade de France ou d'un Consulat Français dans les pays de résidence.

2. En cas de sinistre survenant au cours de voyages ou de séjours hors de France métropolitaine, de ses départements et collectivités d'outre-mer ou d'un état membre de l'Union Européenne

Les prestations seront dues si l'adhérent est rapatrié dans l'un des territoires ci-dessus sur le territoire de la France Métropolitaine, ou sur le territoire de l'un de ses départements ou collectivités d'outre-mer, dans les 6 mois suivant le 1er jour de son arrêt de travail. Le sinistre ouvrant droit aux prestations est considéré comme ayant pris naissance à la date où il aura été constaté après ce retour. Au-delà des 6 mois, le sinistre ne sera pas garanti.

15.4 Montant des cotisations

Le montant des cotisations s'obtient pour chaque garantie, en multipliant l'assiette par le taux.

1. Assiette

Pour chaque garantie, l'assiette de cotisation est indiquée au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants et évolue en fonction du PASS.

Pour chaque garantie, l'assiette des cotisations est constituée par un pourcentage appliqué au revenu de référence.

2. Taux

Pour chaque garantie, le taux de cotisation est indiqué au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants et évolue au 1er janvier de chaque année.

Il dépend de l'âge de l'adhérent et de sa profession. L'âge se détermine par différence de millésime entre l'année d'assurance et l'année de naissance (**sauf cas du gérant majoritaire**).

Le taux de cotisation peut être révisé par l'assureur en fonction de ses résultats. Cette modification du taux de cotisation doit être établie d'un commun accord entre AMPHITÉA et La Mondiale. Toute modification de taux est notifiée à l'adhérent au

moins trois mois avant la date de renouvellement de ses garanties pour pouvoir prendre effet à cette date. Dans cette hypothèse, l'adhérent a la possibilité de résilier son adhésion sans préavis dans un délai de 30 jours suivant la date de la notification.

3. Versement

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, semestriellement, trimestriellement ou mensuellement, dans un délai de 15 jours à compter de leur échéance.

En cas de non-paiement au terme de ce délai, l'assureur adresse une mise en demeure à l'adhérent, conformément à l'Article L 113-3 du Code des assurances. Si la cotisation n'a pas été acquittée dans les 30 jours suivant cet envoi, les garanties sont de plein droit suspendues et peuvent être résiliées par l'assureur à compter du 41e jour.

15.5 Détermination des prestations

Pour chaque garantie les prestations sont déterminées en fonction du revenu de référence et du pourcentage choisi par l'adhérent qui sont indiqués au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants.

15.6 Revalorisation des prestations dues en cas de décès

Revalorisation prévue à l'article L132-5 du code des assurances jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires au paiement ou jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations :

En cas de décès de la personne garantie, le montant des prestations décès telles que visées à l'article L.132-5 du code des assurances est revalorisé jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires à son paiement (cf le paragraphe DECLARATIONS DE L'ADHERENT - ARTICLE 2 déclarations des sinistres) et au plus tard jusqu'au transfert à la Caisse des dépôts et consignations (cf article 7 « Cas des prestations n'ayant pas fait l'objet d'une demande de règlement par le(s) bénéficiaire(s) »), suivant les modalités prévues ci-après.

A compter de la date du décès de l'assuré et jusqu'à la date de réception par La Mondiale des pièces justificatives (cf le paragraphe DECLARATIONS DE L'ADHERENT - ARTICLE 2 déclarations des sinistres), il sera accordé, pour chaque année civile, une revalorisation, nette de frais, égale au moins élevé des deux taux suivants :

- soit la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français (TME), calculée au 1er novembre de l'année précédente,
- soit le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français (TME) disponible au 1er novembre de l'année précédente.

Les revalorisations visées au présent paragraphe sont également applicables postérieurement à la résiliation ou au non renouvellement du contrat.

Cas des prestations n'ayant pas fait l'objet d'une demande de règlement par le(s) bénéficiaire(s) :

Conformément à l'article L.132-27-2 du Code des assurances, les sommes dues au titre des contrats d'assurance sur la vie qui ne font pas l'objet d'une demande de versement des prestations décès sont déposées par La Mondiale à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de connaissance par La Mondiale du décès.

Les prestations décès déposées à la Caisse des dépôts et consignations qui n'ont pas été réclamées par le(s) bénéficiaire(s) sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt à la Caisse des dépôts et consignations.

Pour l'application des dispositions du présent paragraphe, la date de connaissance du décès par La Mondiale correspond à la réception par celle-ci de l'acte de décès.

15.7 Cas des prestations n'ayant pas fait l'objet d'une demande de règlement par le(s) bénéficiaire(s) désigné(s)

Conformément à l'article L.132-27-2 du Code des assurances, les sommes dues au titre des contrats d'assurance sur la vie qui ne font pas l'objet d'une demande de versement des prestations décès sont déposées par La Mondiale à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de connaissance par La Mondiale du décès.

Les prestations décès déposées à la Caisse des dépôts et consignations qui n'ont pas été réclamées par le(s) bénéficiaire(s) sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de vingt ans à compter de la date de leur dépôt à la Caisse des dépôts et consignations.

Pour l'application des dispositions du présent paragraphe, la date de connaissance du décès par La Mondiale correspond à la réception par celle-ci de l'acte de décès.

- soit à la pratique d'une nouvelle profession ou à la cessation d'activité,
- soit à une installation hors de France métropolitaine, de ses départements et collectivités d'outre-mer,
- soit à la présentation de nouveaux risques, conformément à l'Article L 113-4 du Code des assurances
- soit à un changement de domicile,
- soit à la rémunération,

doit être déclarée dans un délai de 15 jours à l'assureur par lettre recommandée, sous peine des sanctions prévues par le Code des assurances.

Lorsque cette modification constitue une aggravation du risque telle que si cet état avait existé lors de la souscription, l'assureur ne l'aurait accepté que moyennant une majoration des cotisations, de nouvelles conditions de garanties sont alors fixées par avenant.

16.2 Déclarations des sinistres

L'adhérent ou les bénéficiaires doivent remettre à l'assureur toutes les pièces justificatives dans les délais requis.

1. En cas de décès

Lors du décès de l'adhérent, doivent être transmis dans les plus brefs délais tout ou partie des documents ci-dessous, suivant la demande de l'assureur :

- l'acte de décès original ;
- l'acte de notoriété établi par le notaire ;
- le livret de famille du défunt ;
- le formulaire d'acceptation du bénéfice du contrat et d'identification de la personne physique, transmis par l'assureur, pour chaque bénéficiaire ;
- la copie recto-verso de la carte nationale d'identité ou du passeport, en cours de validité pour chaque bénéficiaire. Si toutefois ces pièces n'avaient pas été renouvelées, en complément, une copie du permis de conduire ;
- le certificat médical post mortem, transmis à l'assureur, à retourner complété par le Médecin traitant sous pli confidentiel à l'aide de l'enveloppe dédiée ;
- la copie du dernier avis d'imposition du défunt (imprimé cerfa) ;
- un relevé d'identité bancaire pour chaque bénéficiaire ;
- si le défunt avait des enfants scolarisés et fiscalement à charge :
 - un certificat de scolarité actualisé ;
 - une attestation sur l'honneur de l'enfant majeur précisant ne pas percevoir de revenus ou attestant le montant de ses revenus ;

16 DÉCLARATIONS DE L'ADHÉRENT

16.1 Modifications de la situation de l'adhérent

Toute modification touchant :

- soit à de nouvelles conditions d'exercice de la profession indiquée sur la demande d'adhésion et figurant au certificat d'adhésion,
- soit à un changement de situation au regard de son régime de prévoyance obligatoire,

- si le défunt avait des enfants infirmes à charge : la carte d'invalidé civil ou d'attribution de l'allocation pour adulte handicapé ;
- en complément pour chaque bénéficiaire sous tutelle (tutelle ou curatelle) :
 - la copie du jugement prononçant la tutelle et désignant le tuteur ;
 - le formulaire d'acceptation du bénéfice du contrat, transmis par l'assureur, signé par le tuteur ;
 - une copie recto-verso de la carte nationale d'identité ou du passeport, en cours de validité, du tuteur. Si toutefois ces pièces n'avaient pas été renouvelées, en complément, une copie du permis de conduire ;
- en complément pour chaque bénéficiaire mineur :
 - une attestation du(es) parent(s) selon laquelle il(s) exerce(nt) pleinement l'autorité parentale sans restriction à l'égard de l'enfant mineur ;
 - le formulaire d'acceptation du bénéfice du contrat, transmis par l'assureur, signé par le(s) représentant(s) légal(aux) ;
 - une copie recto-verso de la carte nationale d'identité ou du passeport, en cours de validité, du(es) représentant(s) légal(aux). Si toutefois ces pièces n'avaient pas été renouvelées, en complément, une copie du permis de conduire ;
- en complément pour le(s) bénéficiaire(s) résidant à l'étranger :
 - une attestation sur l'honneur confirmant que le bénéficiaire n'est pas résident français au titre de l'article 4B du Code général des impôts ;
 - la copie du dernier avis d'imposition du(es) bénéficiaire(s) afin de déterminer l'éventuelle fiscalité à appliquer ;
- afin de remplir nos obligations légales auprès de l'administration fiscale, l'attestation sur l'honneur, transmise par l'assureur, établie en application de l'article 990I du Code général des impôts en raison des versements effectués par le défunt postérieurement au 13 octobre 1998. Une notice explicative est jointe à l'attestation afin d'aider le(s) bénéficiaire(s) à la compléter. Si le conjoint du défunt est bénéficiaire du contrat, la fiscalité de l'article 990I du Code général des impôts ne s'applique pas, conformément à la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 art 8 XIV du Journal officiel du 22 août 2007.

L'assureur se réserve le droit de réclamer toutes pièces complémentaires utiles.

2. En cas d'invalidité

A compter de la date de consolidation de son état de santé et au plus tard dans un délai de 3 mois, l'adhérent doit remettre à l'assureur un certificat médical circonstancié du médecin traitant apportant

toutes les précisions nécessaires sur l'origine et la nature de l'affection invalidante.

L'assureur se réserve le droit de réclamer toutes pièces complémentaires utiles.

Si la déclaration est faite après la fin du 3e mois, et sauf cas de force majeure le sinistre n'est pas garanti.

3. En cas d'incapacité Temporaire de Travail

La déclaration doit comporter :

- un certificat délivré par le médecin traitant, précisant la nature et l'origine de l'affection ainsi que la date du premier jour d'arrêt de travail et sa durée probable,
- tout document émanant du régime d'assurance obligatoire et justifiant de l'indemnisation correspondante.

L'assureur se réserve le droit de réclamer toutes pièces complémentaires utiles.

Si l'incapacité se poursuit sans interruption, l'adhérent devra fournir chaque mois, à compter de la première déclaration d'incapacité, **un certificat médical justifiant la continuité de son état d'incapacité temporaire de travail.**

À défaut d'avoir fourni ces différents justificatifs, l'adhérent sera considéré comme n'étant plus en incapacité temporaire de travail.

Toute cessation d'activité doit faire l'objet d'une déclaration à l'assureur dans le délai maximum de la franchise retenue.

Si la déclaration est faite au-delà du terme de la franchise applicable, le nombre de jours de retard reculera, d'une durée égale, la date de prise en charge du sinistre par l'assureur, si un préjudice est établi.

L'adhérent doit également aviser l'assureur de la date à laquelle aura cessé son incapacité.

4. Déclaration complémentaire en cas d'accident

En cas de décès accidentel, afin d'étudier les droits à la garantie complémentaire, la preuve du caractère accidentel du décès incombe au(x) bénéficiaire(s) qui devra(ont) fournir :

- une copie du rapport de police ou de gendarmerie, ou à défaut, ses éléments d'identification (numéro du procès-verbal, brigade de gendarmerie ou commissariat ayant établi le document).

Ainsi que tout élément d'information sur les circonstances du décès (article de presse par exemple).

L'assureur se réserve le droit de réclamer toutes pièces complémentaires utiles.

5. Expertise médicale

Toute contestation de l'adhérent sur les conclusions de l'expert relatives à son état de santé entrainera la procédure qui suit :

i. Expertise contradictoire :

En cas de désaccord sur les conclusions de l'expert de l'assureur, les parties peuvent procéder à une expertise amiable contradictoire durant laquelle chacune d'elles devra se faire assister par le médecin de son choix.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin.

ii. Compromis d'arbitrage :

Si un désaccord sur l'état de santé de l'adhérent subsiste après l'expertise contradictoire, les parties intéressées pourront convenir, si elles le souhaitent, de s'en remettre à un médecin tiers-arbitre désigné d'un commun accord. Faute d'entente sur le choix de ce dernier, il sera désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'adhérent.

Chaque partie paie les frais et honoraires du médecin qui l'assiste. En revanche, les honoraires du tiers arbitre, ainsi que s'il y a lieu, les frais de sa nomination judiciaire sont payés par moitié par chacune des parties.

Les conclusions rendues par le tiers arbitre s'imposeront aux parties qui ne pourront former de recours ultérieur envers celles-ci.

16.3 Contrôle de l'état de santé de l'adhérent

L'adhérent doit immédiatement déclarer à l'assureur, **SOUS PEINE D'ETRE DÉCHU DE SON DROIT AUX PRESTATIONS**, toute reprise -même partielle- d'activité professionnelle.

L'assureur peut effectuer, à tout moment, les contrôles qu'il jugera nécessaires auprès de l'adhérent afin de pouvoir constater la réalité de son état.

SAUF CAS DE FORCE MAJEURE, LE REFUS DU LIBRE ACCÈS AUPRÈS DE L'ADHÉRENT DES MÉDECINS ET DES DELEGUÉS DE L'ASSUREUR ENTRAINE LA SUSPENSION DE LA GARANTIE.

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'Adhérent 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'Adhérent 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'Adhérent 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'Adhérent.

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'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Adhérent à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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.

Information complémentaire :

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

Pour prendre connaissance de toute mise à jour éventuelle des dispositions précitées, nous vous invitons à consulter le site officiel www.legifrance.gouv.fr.

Article 2240 du Code civil

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

17 DISPOSITIONS LÉGALES

17.1 Prescription

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les Articles L. 114-1 à L. 114-3 du Code des assurances reproduits ci-après :

Article 2241 du Code civil

La demande en justice, même en référé, interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure.

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

Article 2244 du Code civil

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

Article 2245 du Code civil

L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

Article 2246 du Code civil

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

17.2 Réclamations - conciliation

Pour toute réclamation relative à son adhésion, l'adhérent peut s'adresser au Centre de relation clients : 0970 808 808 (numéro non surtaxé) du lundi au vendredi de 8h30 à 19h30.

Si la difficulté n'a pu être réglée, le Département des relations commerciales 32, avenue Émile Zola - Mons en Barœul 59896 LILLE CEDEX 9, est à la disposition de l'adhérent, pour lui apporter une réponse dans les meilleurs délais.

En cas de désaccord avec la réponse donnée,

l'adhérent pourra, sans renoncer aux autres voies d'action légales, faire appel au conciliateur d'AG2R LA MONDIALE en lui adressant un courrier expliquant l'objet de son désaccord à l'adresse suivante : Conciliateur d'AG2R LA MONDIALE - 32, avenue Émile Zola - Mons-en-Barœul - 59896 Lille cedex 9.

Si le différend persistait après la réponse donnée par le conciliateur, l'adhérent pourrait, sans renoncer aux autres voies d'action légales, demander l'avis du Médiateur de l'Assurance en écrivant à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75 441 Paris Cedex 09.

Les modalités de recours à la Médiation de l'Assurance sont disponibles sur le site internet : <http://www.mediation-assurance.org> ou auprès du conciliateur sur simple demande.

Ces recours sont gratuits.

17.3 Informatique et libertés

Les données à caractère personnel traitées par votre organisme d'assurance sont collectées à des fins de gestion commerciale et administrative. Elles peuvent, le cas échéant, être communiquées aux membres du Groupe AG2R LA MONDIALE et à ses partenaires, lesquels pourront notamment, sauf opposition de votre part, vous informer sur leur offre de produits ou de services.

Les données collectées par voie de formulaires et présentées comme obligatoires sont nécessaires à la mise en œuvre de ce traitement. En cas de réponse incomplète de votre part, nous pourrions ne pas être en mesure de donner suite à votre demande. Les données personnelles collectées au titre de la gestion de votre contrat peuvent être utilisées pour des traitements de lutte contre la fraude afin de prévenir, de détecter ou de gérer les opérations, actes, ou omissions à risque, et pouvant, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui les concernent, conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, dite « Informatique et Libertés ». Ces droits peuvent être exercés directement par courrier adressé au Groupe AG2R LA MONDIALE, A l'attention du Correspondant Informatique et Libertés, 104-110 Bd Haussmann, 75379 PARIS Cedex 08 ou par mail à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr

17.4 Autorité de contrôle

L'autorité chargée du contrôle de La Mondiale est :
Autorité de contrôle prudentiel et de résolution
(ACPR)
61 rue Taitbout
75436 Paris Cedex 09

17.5 Délai et modalités de renonciation

L'assuré peut renoncer à son engagement dans un délai de 30 jours à compter de son adhésion au contrat conformément au 1er alinéa de l'article L 112-9(1) du Code des assurances.

La réception du certificat d'adhésion vaudra information de l'adhésion.

L'assuré récupère le montant de l'acompte versé.

Pour exercer ce droit, il suffit de recopier le modèle ci-dessous sur papier libre, le dater et le signer avant de le retourner à l'assureur par lettre recommandée avec accusé de réception :

Monsieur le directeur,

J'ai l'honneur de vous faire connaître,
qu'usant de la faculté de renonciation,
je souhaite mettre fin à la demande d'adhésion
que j'ai signée le

Je demande de ce fait le remboursement
de l'acompte que j'ai versé dans un délai de
30 jours à compter de la réception
de la présente lettre.

Fait à ____ le ____ Signature

ANNEXES

18 BARÈME INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE

PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE & RACHIS	Barème
Aliénation totale incurable	100%
Névrалgie, sciatique persistante (avec signes objectifs)	5 à 40%
Syndrome subjectif ou post-commotionnel d'origine traumatique	5 à 20 %
Névrose traumatique constituée avec retentissement fonctionnel important	20 à 100%
Épilepsie post-traumatique avec crise, traitée avec retentissement fonctionnel	20 à 100%
Déficit sensitif ou moteur d'origine médullaire, hémisphérique, tronculaire ou cérébelleux selon l'importance des signes neurologiques et du retentissement fonctionnel	15 à 100%
Trouble de l'équilibre en fonction des retentissements fonctionnels	10 à 100%
Séquelles douloureuses des traumatismes vertébraux : <ul style="list-style-type: none"> • Au niveau du rachis cervical, thoraco-lombaire et lombaires, sans complications neurologiques • Au niveau du rachis cervical, thoraco-lombaire et lombaires avec complications neurologiques ou vasculaires en fonction des séquelles 	10 à 35% 30 à 100%
Traumatismes costal, sternal du bassin suivant les séquelles fonctionnelles	0 à 25%

ORL & OPHTHALMOLOGIE & STOMATOLOGIE	Barème
NEZ	
Anosmie totale associée à agueusie	20%
Anosmie, agueusie	5 à 8%
Trouble de la ventilation nasale: <ul style="list-style-type: none"> • Gêne respiratoire : <ul style="list-style-type: none"> - Unilatérale permanente - Bilatérale 	3% 6%
ŒIL ET OREILLE	
Altération de la fonction visuelle (en tenant compte de la possibilité de correction)	5 à 85%
Perte vision d'un œil	25 à 100%
Perte totale d'un œil	80% à 100%
Cécité complète	100%
Déficit auditif: <ul style="list-style-type: none"> • Perte complète et bilatérale de l'audition • Perte partielle unilatérale ou bilatérale, en fonction du degré de la perte auditive en tenant compte des possibilités d'appareillage auditif 	100% 10 à 100%
Acouphènes et hypoacousie, trouble de l'équilibre d'origine labyrinthique	5 à 40%
MÂCHOIRES ET DENTS	
Amputation de la langue, suivant le degré de gêne de la parole, de la mastication, de la déglutition	10 à 80%
Fracture du maxillaire inférieur avec consolidation vicieuse avec trouble de l'articulé dentaire et selon la possibilité de prothèse	5 à 20%
Fracture du maxillaire avec trouble de l'articulé dentaire: <ul style="list-style-type: none"> • Écartement interosseux inférieur à 10 mm suivant causes • Écartement interosseux entre 10 et 30 mm suivant le degré de mastication 	25 à 60% 5 à 20%

ABDOMEN & APPAREIL GENITO URINAIRE**Barème**

Néphrectomie avec second rein normal	15 à 30%
Insuffisance rénale légère avec peu de retentissement sur la vie professionnelle	10 à 20%
Insuffisance rénale avec retentissement professionnel selon les cas	20 à 80%
Lésion urétrale, lésion vésicale selon le retentissement	10 à 60%
Cicatrice de la paroi abdominale, éventration	5 à 25%
Splénectomie	10%

ORL & OPHTHALMOLOGIE & STOMATOLOGIE**Barème**

Fracture du bassin : Selon les séquelles (troubles statiques, moteurs et urinaires)	0 à 50%
Amputation de la cuisse au tiers moyen	50 à 100%
Désarticulation ou Ankylose de la hanche	100%
Perte des deux membres inférieurs (au-dessus du tarse)	100%
Pseudarthrose lâche de la cuisse ou des deux os de la jambe	100%
Amputation de jambe au tiers moyen	30 à 60%
Amputation des cinq orteils	25%
Désarticulation tibio-tarsienne	60%
Amputation du gros orteil	15%
Amputation d'un des quatre autres orteils	4%
Amputation du pied	25 à 60%
Ankylose du cou-de-pied	10 à 30%
Ankylose du genou en bonne position rectitude ou flexion de 100 qui raccourcit le membre et permet un meilleur passage du pas	30%
Ankylose du genou en mauvaise position	60%

GENOU :

<ul style="list-style-type: none"> • Désarticulation du genou • Ablation de la rotule 	60 à 80%
	10 à 100%
Paralysie du nerf crural	20 à 40%
Paralysie sciatique poplitée interne ou sciatique poplitée externe	15 à 30%
Paralysie du nerf sciatique	10 à 60%
Perte complète de l'usage des deux jambe	100%
Pseudarthrose lâche de la cuisse ou des deux os de la jambe, non appareillable	40 à 100%
Pseudarthrose de la cuisse ou de la jambe appareillable	30 à 100%
Raccourcissement d'un membre inférieur	5 à 30%
Raideur et Ankylose de la hanche avec attitude vicieuse en adduction et rotation	50 à 70%
Raideur et Ankylose de la hanche avec Limitation moyenne des mouvements de la hanche	20 à 50%
Rupture du tendon d'Achille	5 à 15%

MEMBRES SUPÉRIEURS	Dominant	Non dominant
Désarticulation ou ankylose d'épaule	100%	100%
Limitation des mouvements de l'épaule	15 à 100%	15 à 100%
Ankylose du coude en position favorable	10 à 70%	10 à 50%
Ankylose du coude en position défavorable	10 à 100%	20 à 80%
Ankylose du poignet avec blocage des mouvements de pronation et supination	20 à 50%	10 à 40%
Raideur du poignet, atteinte combinée flexion, extension, pronation-supination	10 à 100%	5 à 70%
Paralysie complète du circonflexe	15 à 60%	15 à 60%
Paralysie complète du cubital au coude	15 à 80%	10 à 80%
Paralysie complète du cubital au poignet	25 à 65%	25 à 50%
Paralysie complète du plexus brachial	60 à 100%	60 à 100%
Paralysie complète du radial au-dessous du coude	20 à 80%	15 à 70%
Paralysie complète du radial au-dessus du coude	30 à 100%	20 à 100%
Pseudarthrose lâche du bras, du coude ou de l'avant-bras, non appareillable	80 à 100%	80 à 100%
Paralysie totale du nerf médian du bras	35 à 100%	35 à 100%
Paralysie totale du nerf médian du poignet	5 à 100%	5 à 100%
Amputation du bras, de l'avant-bras, du poignet	5 à 100%	5 à 100%
MAINS		
Amputation ou perte fonctionnelle totale:		
• de la main	60 à 100%	50 à 100%
• du pouce	20 à 100%	20 à 100%
• de l'index	15 à 100%	15 à 80%
• du médius	5 à 80%	5 à 80%
• de l'annulaire	20%	10%
• de l'auriculaire	10 à 20%	5 à 10%
• de la phalange terminale du pouce	10 à 80%	10 à 70%
• de la phalange terminale de l'index	15 à 80%	5 à 40%
• de la phalange terminale du médius	5 à 30%	5 à 20%
• de la phalange terminale de l'annulaire ou de l'auriculaire	5%	0 à 5%

19 ABATTEMENT DE PRESTATIONS ET EXCLUSIONS LIÉES À LA PRATIQUE DU SPORT

Les garanties :

- Décès (toutes causes),
- Double effet,
- Invalidité Absolue et Définitive,
- Exonération du paiement des cotisations,
- Garantie de ressources en cas d'incapacité temporaire de travail,
- Garantie de ressources en cas d'invalidité permanente,
- Garantie invalidité professionnelle,
- Capital invalidité,

sont couvertes avec un abattement de 30% ou sont exclues en cas de pratique d'un des sports mentionnés ci-après, sauf acceptation expresse de l'assureur sur demande de proposition tarifaire (sous réserve d'informations précises, permettant d'évaluer le risque).

PRATIQUE DU SPORT	HORS COMPÉTITION	EN COMPÉTITION
SPORTS DE COMBAT		
Boxe américaine, boxe française, boxe japonaise, viet vo dao, kick boxing et Krav Maga.	Abattement de prestations de 30%.	
Boxe anglaise, boxe arabe, boxe thaï.	Exclus	
SPORTS AÉRIENS OU AÉRONAUTIQUES À MOTEUR		
Sports aériens dans le cadre de vol à voile, deltaplane, U.L.M, aérostat, parapente, paramoteur, parachute ascensionnel, parachute à ouverture automatique.	Abattement de prestations de 30%.	Exclus
Acrobatie, voltige, raid, vol d'essai ou vol sur prototype, vol autogire, tentative de record, parachutisme en chute libre, base jump ou saut à l'élastique, sky surf. La pratique de la navigation aérienne à bord d'un appareil, non muni d'un certificat de navigabilité en vigueur et /ou dirigé par un pilote ne possédant pas de brevet ou de licence valable et en cours de validité pour l'appareil, le pilote pouvant être adhérent lui-même.	Exclus	
SPORTS ÉQUESTRES		
Course d'obstacles ou cross.	Abattement de prestations de 30%.	Exclus
La pratique du concours complet, des courses de plat et de trot. La pratique du horse ball, du polo, du marathon, de l'équitrando, des raids et de l'endurance.	Abattement de prestations de 30%.	
La voltige équestre, le rodéo, la taoumachie.	Exclus	
SPORTS D'HIVER, ESCALADE, ALPINISME		
La pratique du bobsleigh, hockey sur glace, ski alpin ou snow-board hors-pistes balisées, saut à ski, kilomètre lancé, spéléologie (sans plongée), via ferrata. La pratique de l'escalade ou varappe avec sécurité sur mur, paroi, falaise, ou surface de glace. La pratique en deçà de 3000 mètres de l'alpinisme et du ski de randonnée.	Abattement de prestations de 30%.	
La pratique du ski extrême ou acrobatique ou free style ou ski bob, du skeleton, de la luge (y compris essais), du ski alpin sur piste en compétition, des raids. La pratique au-delà de 3000 mètres de la randonnée, de l'escalade, des expéditions, de l'alpinisme, du ski de randonnée.	Exclus	
SPORTS D'EAU ET/OU DE VOILE		
Le jet ski, surf, ski nautique, planche à voile / windsurf, speed sail, char à voile, kite surf, canyoning, rafting, nage en eau vive, pêche au gros.	Abattement de prestations de 30%.	
La plongée sous-marine, avec bouteille, d'une profondeur supérieure à 40 mètres. La plongée en apnée supérieure à 20 mètres, la navigation maritime à voile au sens de la législation française au-delà de 20 milles nautiques d'un abri côtier, offshore / inshore, les courses de bateaux, hydroglisseurs / aéroglisseurs.	Exclus	
ACTIVITÉS SPORTIVES TERRESTRES NÉCESSITANT L'UTILISATION D'UN APPAREIL À MOTEUR		
Toutes les activités (y compris en entraînement), dès lors qu'elles ne sont pas mentionnées aux exclusions ci-dessous.	Abattement de prestations de 30%.	
Les courses sur circuit ou pistes (record, vitesse), courses de côte, rallyes, raid tout terrain.	Exclus	
AUTRES ACTIVITÉS SPORTIVES		
La spéléologie sous-marine, le zorbing, le safari, le Vélo Tout Terrain de descente.	Exclus	
Le rugby, le football Américain	Exclus	
La pratique de tout sport à titre professionnel	Exclus	

LEXIQUE

ACCIDENT

Atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent et provenant exclusivement de l'action soudaine d'une cause extérieure.

ADHÉRENT

La personne physique qui adhère à l'association AMPHITÉA et qui s'engage à payer les cotisations.

ASSURÉ

La personne sur laquelle repose le risque et dont l'état de santé conditionne le versement de prestations garanties.

BÉNÉFICIAIRE

La personne physique ou morale désignée au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants.

CARCINOME BASO-CELLULAIRE

Tumeur maligne des cellules de la couche profonde de l'épiderme.

CARCINOME SPINO-CELLULAIRE

Tumeur maligne des cellules du corps muqueux de la peau et des muqueuses.

CONSOLIDATION

La consolidation est le moment où les lésions se fixent et prennent un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation et qu'il est possible d'apprécier un certain degré d'incapacité permanente réalisant un préjudice définitif.

La date de consolidation peut donc être fixée lorsque les séquelles présentent un caractère définitif et stable.

DÉLAI D'ATTENTE

Période qui suit la prise d'effet du contrat et au cours de laquelle les sinistres qui surviennent ne sont pas pris en charge pour une durée prévue contractuellement.

DÉLAI DE FRANCHISE

Période qui s'écoule entre la survenance d'un sinistre et son indemnisation au titre du contrat de prévoyance.

DIALYSE

Procédé d'épuration extrarénale permettant d'extraire les déchets toxiques accumulés dans le sang.

ÉCHÉANCE

Date à laquelle une cotisation devient exigible.

ENFANT À CHARGE

On entend par enfant à charge:

- les enfants de l'adhérent, de son conjoint, de son partenaire ou de son concubin, c'est-à-dire les enfants légitimes, naturels reconnus, adoptifs ou recueillis âgés de moins de 18 ans, ou âgés de moins de 25 ans sous réserve qu'ils poursuivent effectivement leurs études à temps plein, qu'ils n'exercent aucune activité rémunérée et qu'ils soient effectivement à la charge de

l'adhérent, de son conjoint, de son partenaire ou de son concubin au sens fiscal,

- les enfants de l'adhérent, non confiés à sa garde mais pour lesquels il est judiciairement tenu au versement d'une pension alimentaire, sous réserve des mêmes conditions d'âge et d'activité que ci-dessus,
- les enfants de l'adhérent, de son conjoint, de son partenaire ou de son concubin, quel que soit leur âge, tant qu'ils bénéficient de l'allocation d'adulte handicapé et tant qu'ils sont titulaires de la carte d'invalidé civil. Dans ce cas, une pièce justifiant de cet état devra être produite.

ENZYME

Substance de nature protéinique qui active une réaction chimique organique définie.

GREFFON

Partie du tissu ou d'un organe transplanté.

IN SITU

Qui est localisé, sans extension locale ou à distance.

INDICE DE BRESLOW

Indice utilisé dans la classification des mélanomes selon l'invasion dans le derme.

MÉLANOME MALIN

Tumeur cutanée de grande malignité, souvent pigmentée.

NÉCROSE

Arrêt définitif des processus vitaux dans une cellule, un groupe cellulaire ou un tissu ; mortification.

PSYCHOACTIVE

Qui agit sur le psychisme.

PSYCHOMÉTRIQUE

Qui a pour but l'appréciation et la notation chiffrée des capacités intellectuelles.

STADE T1A, T1B

Niveau d'extension dans le cadre du cancer de la prostate correspondant à des tumeurs non palpables, non visibles.

STÉNOSE

Rétrécissement d'un canal ou d'un orifice organique.

THROMBOSE

Formation d'un caillot dans un vaisseau sanguin, une artère ou dans une des cavités du cœur.

TNM

Classification décrivant l'extension anatomique de la tumeur.

VIRUS DE L'IMMUNODÉFICIENCE ACQUISE

Virus de l'Immunodéficience Humaine (VIH) ou Syndrome Immuno Déficitaire Acquis (SIDA).

L'OFFRE AG2R LA MONDIALE POUR LES PROFESSIONNELS

AG2R LA MONDIALE offre une gamme étendue de solutions en protection sociale

SANTÉ

Complémentaire santé
Sur-complémentaire santé

PRÉVOYANCE

Incapacité et invalidité
Décès
Garantie perte d'autonomie

ÉPARGNE

Constitution d'un capital
Transmission d'un patrimoine

RETRAITE

Complément de revenus

ENGAGEMENT SOCIAL

Gestion de fin de carrière
Services à la personne

AG2R LA MONDIALE
104-110 bd Haussmann
75379 Paris Cedex 08
Tél. : 09 74 50 1234
www.ag2rlamondiale.fr

AMPHITÉA - Association régie par la loi de 1901 - Siège social : 5, rue Cadet - 75009 Paris
LA MONDIALE - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation - Entreprise régie par le code des assurances - Membre d'AG2R LA MONDIALE - 32, avenue Emile Zola 59370 Mons-en-Baroeul - 775 625 635 RCS Lille - Métropole
PRIMA - SA au capital social de 30 489 803,45 € entièrement libéré - Entreprise régie par le code des assurances - Membre d'AG2R LA MONDIALE - 37, boulevard Brune 75014 Paris - 333 193 795 RCS Paris - Membre du GIE AG2R RÉUNICA

AMPHITÉA
Association d'assurés partenaire d'AG2R LA MONDIALE