

prévoyance —

MONDIALE PRÉVOYANCE
INDIVIDUEL / MAJORITAIRE

NOTICE D'INFOR- MATION



AG2R LA MONDIALE

Individuel (Mondiale Prévoyance Individuel)

Conventions n°110210 (fiscalité Madelin)

n°110209 (fiscalité Assurance vie)

Gérant Majoritaire (Mondiale Prévoyance Majoritaire)

Conventions n°110311 (fiscalité Madelin)

n°110310 (fiscalité Assurance vie)

Formule Conjoint Collaborateur (Mondiale Prévoyance Individuel)

Convention n°033026 (fiscalités Madelin et Assurance vie)

SOMMAIRE		GARANTIE RENTE ÉDUCATION	11
		Article 1 - Prestation	11
PRÉAMBULE	3	Article 2 - Revalorisation	11
		Article 3 - Terme de la garantie	11
ADHÉSION	3	Article 4 - Exclusions	11
Article 1 - Date d'effet - Durée - Renouvellement	3	GARANTIE RENTE DE CONJOINT	11
Article 2 - Droit d'adhésion et frais	3	Article 1 - Prestation	11
Article 3 - Admissibilité de l'assuré	3	Article 2 - Revalorisation	11
Article 4 - Formalités d'adhésion	4	Article 3 - Identification du bénéficiaire	11
Article 5 - Date d'effet des garanties	4	Article 4 - Terme de la garantie	12
Article 6 - Cessation des garanties	4	Article 5 - Exclusions	12
Article 7 - Prescription	5		
Article 8 - Délai et modalités de renonciation	5	GARANTIE EN CAS DE MALADIE REDOUTÉE	12
Article 9 - Dispositions diverses	5	Article 1 - Objet de la garantie	12
		Article 2 - Définition	12
PRESTATIONS ET COTISATIONS	5	Article 3 - Déclaration de la maladie redoutée	13
Article 1 - Détermination du revenu de référence	5	Article 4 - Terme de la garantie	13
Article 2 - Modification des garanties	6	Article 5 - Exclusions	13
Article 3 - Déplacement hors du territoire français	6	GARANTIE DE RESSOURCES EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL	13
Article 4 - Montant des cotisations	6	Article 1 - Objet de la garantie	13
Article 5 - Détermination des prestations	7	Article 2 - Définition du risque	14
		Article 3 - Franchise	14
DÉCLARATION DE L'ASSURÉ	7	Article 4 - Prestations	14
Article 1 - Modifications de la situation de l'assuré	7	Article 5 - Rechute	14
Article 2 - Déclarations des sinistres	7	Article 6 - Terme de la garantie	14
Article 3 - Expertise médicale	8	Article 7 - Clause de subrogation	14
Article 4 - Réclamations - Conciliation	8	Article 8 - Exclusions	14
		GARANTIE DE RESSOURCES EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE	14
GARANTIE DÉCÈS-DOUBLE EFFET-INVALIDI- TÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE-EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS	8	Article 1 - Objet de la garantie	14
Article 1 - Décès	8	Article 2 - Définition du risque	15
Article 2 - Double effet	9	Article 3 - Prestation	15
Article 3 - Invalidité absolue et définitive	9	Article 4 - Revalorisation	17
Article 4 - Exonération du paiement des cotisations	10	Article 5 - Terme de la garantie	17
Article 5 - Exclusions	10	Article 6 - Clause de subrogation	17
		Article 7 - Exclusions	17
GARANTIE EN CAS D'ACCIDENT	10	EXCLUSIONS ET DÉLAIS DE CARENCE	17
Article 1 - Définition du risque	10		
Article 2 - Prestation	11	ANNEXES	21
Article 3 - Terme de la garantie	11		
Article 4 - Exclusions	11	LEXIQUE	23

PRÉAMBULE

Les Conventions d'Assurance Collective à adhésion individuelle numéro 110210, 110209, 110311, 110310, 033026, régies par le Code des assurances, est émise par :

La Mondiale

Société d'assurance mutuelle
Entreprise régie par le Code des assurances
R.C.S. LILLE D 775 625 635
32, Avenue Emile Zola - Mons-en-Baroeul -
59896 LILLE CEDEX 9
dénommée «l'assureur».

Elles sont souscrites par :

AMPHITÉA

Association sans but lucratif régie par la loi du 1^{er} juillet 1901
5, rue Cadet - 75009 PARIS
dénommée «le souscripteur».

Chaque convention a pour objet de garantir les membres d'AMPHITÉA contre tout ou partie des risques définis aux conditions générales et aux conditions particulières.

Si le contrat est souscrit dans le cadre fiscal de l'article 154 bis du Code Général des Impôts, l'assuré doit obligatoirement exercer une activité en qualité de Travailleur Non Salaré non agricole. Le contrat peut aussi être souscrit par les conjoints collaborateurs au sens de l'article 154 bis du Code Général des Impôts. La date de prise d'effet de la convention est indiquée aux conditions générales. Elle est tacitement reconduite le 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation du souscripteur ou de l'assureur au moins trois mois avant la date de renouvellement.

La convention est constituée par les conditions générales et particulières signées par l'assureur et l'assuré. Ce dernier adhère à la convention aux conditions et tarifs en vigueur à la date de signature, sous réserve des modifications postérieures constatées par avenant qui lui seront notifiées conformément à l'article L 141-4 du Code des assurances.

La gestion de la convention 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 tout certificat, reçoit tous avis et communications, perçoit toutes cotisations, en donne quittance et adresse tous avis et lettres recommandées.

ADHÉSION

Article 1 - Date d'effet - Durée - Renouvellement

L'adhésion à la convention prend effet à la date indiquée aux conditions particulières, pour une période qui expire le 31 décembre suivant.

Elle est ensuite tacitement reconduite le 1^{er} 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'assuré, l'assureur renonce expressément à se prévaloir de la faculté de résilier l'adhésion tant que l'assuré n'a pas atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse.

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.

Article 2 - 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 :

Ils sont fixés à 15 euros.

Article 3 - Admissibilité de l'assuré

Peut être admise à l'assurance, toute personne physique, membre d'AMPHITÉA, à condition :

- que sa demande d'adhésion soit présentée avant son 65^e anniversaire,
- qu'elle exerce effectivement une activité professionnelle rémunérée en tant que non salariée, si la garantie de ressources en cas d'incapacité de travail ou en cas d'invalidité ou si la garantie rente de conjoint est souscrite (**ou cas particulier : exercer une activité professionnelle rémunérée en tant que gérant majoritaire**),
- qu'elle soit à jour du paiement des cotisations à ses régimes obligatoires d'Assurance Maladie et d'Assurance Vieillesse.

Cette notice d'information est commune à plusieurs conventions d'assurance de groupe souscrites entre AMPHITÉA et l'assureur La Mondiale. L'adhésion à l'une ou l'autre des conventions dépend à la fois de votre statut (gérant majoritaire, conjoint collaborateur...) et/ou des choix que vous effectuerez en matière de fiscalité. Votre choix sera rappelé dans les conditions particulières émises. Tout changement ne vous rendant plus adhérent à la convention initialement choisie, nécessitera d'engager un nouveau processus contractuel d'adhésion à la convention nouvellement retenue, sauf dérogation écrite de l'assureur.

Vous adhérez à une convention relevant du Code des assurances. Cette convention est souscrite entre une association (AMPHITÉA) et un assureur (La Mondiale). Par l'intermédiaire d'AMPHITÉA, vous êtes représenté(e) au sein d'un comité de gestion paritaire qui réunit au moins une fois par an des membres d'AMPHITÉA et des représentants de La Mondiale.

Article 4 - 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 par l'assuré,
- une attestation des caisses d'assurance maladie et vieillesse justifiant le paiement des cotisations.

Des formalités médicales complémentaires peuvent lui être demandées.

Après étude du dossier médical, l'assureur peut exclure ou refuser tout ou partie des garanties, en diminuer certaines ou appliquer une surprime. Ses décisions seront notifiées à l'assuré, dans les conditions prévues à l'article 5 ci-après.

Sauf mention spéciale aux conditions particulières, l'adhérent et l'assuré sont une seule et même personne.

Article 5 - Date d'effet des garanties

1. Garantie décès immédiate (en cas d'accident)

Le versement d'un acompte entraîne une garantie immédiate en cas de décès accidentel qui est accordée pendant une durée de 90 jours dès le lendemain 0 heure de la date de signature de la présente proposition d'assurance, sauf renonciation par l'une ou l'autre des parties avant ce délai. Le capital versé en cas de décès par accident est égal au capital décès de base prévu, hors majoration accident et dans la limite de cinq Plafonds Annuels de la Sécurité sociale, en vigueur au jour du décès. Le coût de cette garantie est inclus dans l'acompte. En cas de renonciation de la part du souscripteur, l'assureur conserve une somme forfaitaire de 30 euros sur le montant de l'acompte. En revanche, celui-ci est intégralement restitué au souscripteur en cas de renonciation à l'initiative de l'assureur. La garantie immédiate du risque "accident" s'applique exclusivement à l'occasion de la demande d'adhésion au contrat initial et ne concerne pas les demandes d'augmentation formulées ultérieurement, au cours de la période d'assurance. Elle cesse en tout état de cause dès la remise au proposant des conditions générales et particulières valant contrat définitif.

2. Ensemble des garanties

Les garanties prennent effet le 1^{er} jour du mois civil qui suit la date de signature de la demande d'adhésion, sous réserve :

- de la réception, par l'assureur, de l'ensemble des pièces énumérées à l'article 4 ci-dessus dans les 15 jours qui suivent la signature de la demande d'adhésion. Au-delà de ce délai,

les garanties prennent effet le 1^{er} jour du mois civil qui suit la date de réception des pièces.

- de l'acceptation de l'assureur après étude du dossier médical, sous réserve de la remise des conditions particulières,
- du paiement de la cotisation correspondante.

En cas d'exclusion, de diminution de certaines garanties ou d'application de surprime, le contrat ne prendra effet à la date prévue au 1^{er} alinéa 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.

Article 6 - Cessation des garanties

Les garanties prennent fin :

1) De plein droit

- en cas de cessation du paiement des cotisations,
- en cas de fausse déclaration ou de réticence stipulée à l'article L 113-8 du Code des assurances ou en cas de fraude caractérisée,
- en cas de non-renouvellement de la présente convention,
- à la date à laquelle l'assuré cesse toute activité professionnelle rémunérée (**ou cas particulier : à la date à laquelle l'assuré perd son statut de gérant majoritaire/perd son statut de conjoint collaborateur**), à l'exception des garanties maintenues par l'assureur au titre de la garantie de prise en charge des cotisations.

2) À la demande de l'adhérent

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

3) À l'initiative de l'assureur

- pendant le délai de 2 ans suivant l'adhésion, conformément à l'article 6 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

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 de fonction, de changement d'activité professionnelle, de modification d'exercice de la profession indiquée, ou en cas de pratique de sports dangereux.

À ces dispositions générales s'ajoutent les règles particulières aux risques garantis, énoncées aux chapitres suivants.

Article 7 - Prescription

Toutes actions qui se rapportent à la présente adhésion ne peuvent plus être engagées par l'assureur ou par l'assuré deux ans après l'événement qui les motive. La prescription est portée à dix ans pour l'assurance en cas de décès lorsque le bénéficiaire est distinct de l'assuré. La durée de prescription ne pourra pas être modifiée par les parties, même d'un commun accord.

Il est précisé que la prescription est valablement interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription, telle une action en justice, mais également par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription peut en outre résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article 8 - Délai et modalités de renonciation

L'assuré peut renoncer à son engagement dans un délai de 30 jours à compter du moment où l'adhérent est informé de son adhésion au contrat pour les contrats Mondiale Prévoyance Individuel et Mondiale Prévoyance Majoritaire.

La réception des Conditions Particulières 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 donner 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

Article 9 - Dispositions diverses

Droit de communication, d'opposition et de rectification :

La collecte de vos données personnelles est effectuée, par votre assureur, dans le cadre d'un traitement relatif à la gestion des fichiers de prospects ou de clients. Ces informations pourront, sauf opposition de votre part,

être communiquées aux membres du groupe AG2R LA MONDIALE et à leurs partenaires aux fins de vous informer de leurs offres de produits ou de services. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui vous concernent, sur simple courrier adressé à AG2R LA MONDIALE, Direction des Risques -Conformité, 104-110 Bd Haussmann, 75379 PARIS Cedex 08. Pour les traitements mis en œuvre aux seules fins de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, le droit d'accès du souscripteur aux données s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 8 rue Vivienne, CS 30223, 75083 PARIS Cedex 02.

Autorité chargée du contrôle de La Mondiale :
Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP)
61 rue TAITBOUT - 75436 PARIS Cedex 09

PRESTATIONS ET COTISATIONS

Article 1 - Détermination du revenu de référence

Le revenu de référence correspond à la moyenne du bénéfice professionnel net imposable de l'assuré des deux derniers exercices. Il est exprimé en nombre de Plafonds Annuels de la Sécurité sociale (PASS) et indiqué aux conditions particulières. On entend par Plafond Annuel de la Sécurité sociale à une date donnée, 12 fois le plafond mensuel en vigueur à cette date.

Pour le cas particulier des conjoints collaborateurs, le revenu de référence est forfaitaire et compris entre 0,5 et 0,75 Plafond Annuel de la Sécurité sociale.

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'assuré.

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

L'adhérent, si l'assuré n'est pas en arrêt de travail ou en invalidité, peut demander à modifier au premier jour d'un trimestre civil le revenu de référence ou le pourcentage retenu. La modification n'est acceptée qu'après examen par l'assureur des pièces médicales requises et sous réserve du paiement des

Le revenu de référence sert de base de calcul de vos garanties. N'oubliez pas de procéder à sa mise à jour en cas de variation de vos revenus.

cotisations correspondantes. L'assureur peut demander des examens complémentaires auxquels l'assuré devra se soumettre, les frais étant à la charge de l'assureur.

Toutefois, pour la garantie DÉCÈS-DOUBLE EFFET-INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE-EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS. L'assuré 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.

Article 2 - Modification des garanties

1. Adjonction de garanties

L'adhérent, si l'assuré n'est pas en arrêt de travail ou en invalidité, peut demander l'adjonction d'une garantie sous réserve que l'assuré 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 premier jour du trimestre civil suivant, sous réserve de l'acceptation de 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

Toute suppression ou réduction de garanties prendra effet le 1^{er} jour du trimestre civil si la demande correspondante est parvenue à l'assureur dans les deux premiers mois du trimestre précédent.

À défaut, la demande sera différée d'un trimestre civil.

Un avenant est établi par l'assureur.

Article 3 - Déplacement hors du territoire français

1. En cas de sinistre survenant au cours de voyages ou de séjours dans un Etat 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, de ses Départements et Collectivités d'Outre-Mer ou d'un Etat membre de l'Union Européenne

Les prestations ne seront dues que si l'assuré a été rapatrié dans l'un de ces territoires, dans les 6 mois suivant le 1^{er} 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.

3. Exclusions

Voir chapitre EXCLUSIONS ET DÉLAIS DE CARENCE.

Article 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 aux conditions particulières et évolue en fonction du PASS. Pour chaque garantie, l'assiette de cotisation est constituée par le pourcentage appliqué au revenu de référence.

2. Taux

Pour chaque garantie, le taux de cotisation est indiqué aux conditions particulières et évolue au 1^{er} janvier de chaque année.

Il dépend de l'âge de l'assuré (**sauf cas particulier des gérants majoritaires**) et de sa profession.

L'âge se détermine par différence de millésime entre l'année d'assurance et l'année de naissance.

Il est stipulé que 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 l'assureur. Toute modification de taux devra être notifiée à l'adhérent trois mois avant la date de renouvellement annuel de la convention pour pouvoir prendre effet à cette date. Dans cette hypothèse, l'adhérent a la possibilité de résilier son adhésion sans préavis

Votre situation professionnelle ou personnelle peut évoluer. N'oubliez pas d'en informer votre assureur.

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 de cet envoi, les garanties sont de plein droit suspendues et peuvent être résiliées par l'assureur à compter du 41^e jour.

4. Remise en vigueur

- dans le délai de 15 jours suivant la date de résiliation, l'adhésion est remise en vigueur sans formalités médicales,
- passé ce délai et dans le délai d'un an qui suit la résiliation, l'assureur peut accepter de remettre en vigueur l'adhésion, sous réserve de formalités médicales et du paiement de l'intégralité de l'arriéré de cotisation.

Les risques -et leurs conséquences- survenus entre la date de suspension et celle de la remise en vigueur ne sont pas garantis.

Article 5 - Détermination des prestations

Pour chaque garantie, les prestations sont déterminées en fonction du revenu de référence et du pourcentage choisis par l'adhérent et indiquées aux conditions particulières.

DÉCLARATION DE L'ASSURÉ

Article 1 - Modifications de la situation de l'assuré

Toute modification touchant :

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

Article 2 - Déclarations des sinistres

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

1. En cas de décès

Le bénéficiaire doit remettre à l'assureur dès qu'il a eu connaissance du décès de l'assuré :

- un extrait d'acte de décès,
- un certificat médical précisant la nature et l'origine de l'affection ayant causé le décès,
- la preuve de la qualité d'enfant à charge (tel que défini au chapitre DÉCÈS-DOUBLE EFFET-INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE-EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS Article 2), au sens de la présente convention, sera demandée pour le bénéfice des garanties DOUBLE EFFET et RENTE ÉDUCATION.

L'assureur se réserve le droit de réclamer toute pièce complémentaire utile.

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'assuré 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.

SI LA DÉCLARATION EST FAITE APRÈS LA FIN DU 3^e MOIS, ET SAUF CAS DE FORCE MAJEURE LE SINISTRE N'EST PAS GARANTI.

3. En cas d'incapacité

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.

Si l'incapacité se poursuit sans interruption, l'assuré 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.**

A DÉFAUT D'AVOIR FOURNI CES DIFFÉRENTS JUSTIFICATIFS, L'ASSURÉ SERA CONSIDÉRÉ COMME GUÉRI.

Les pièces nécessaires aux déclarations de sinistre sont à envoyer à l'adresse suivante :

**La Mondiale service prestations
TSA 41029
59896 Lille Cedex 9**

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

4. Déclaration complémentaire en cas d'accident

Tout accident susceptible d'ouvrir droit à prestation, doit être déclaré à l'assureur dans un DÉLAI DE 30 JOURS à compter du jour de l'accident.

SAUF CAS DE FORCE MAJEURE, LE DÉFAUT DE DÉCLARATION DANS CE DÉLAI ANNULE TOUT DROIT À PRESTATION SUPPLÉMENTAIRE.

5. Contrôle de l'état de santé de l'assuré

L'assuré doit immédiatement déclarer à l'assureur, **SOUS PEINE D'ÊTRE 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'assuré afin de pouvoir constater la réalité de son état.

SAUF CAS DE FORCE MAJEURE, LE REFUS DU LIBRE ACCÈS AUPRÈS DE L'ASSURÉ DES MÉDECINS ET DES DÉLÉGUÉS DE L'ASSUREUR ENTRAÎNE LA SUSPENSION DE LA GARANTIE.

Il est d'autre part convenu entre les parties contractantes que l'assuré autorise son médecin traitant à fournir confidentiellement au médecin conseil de l'assureur, sur sa demande, tous renseignements médicaux le concernant en rapport avec le sinistre déclaré.

Article 3 - Expertise médicale

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

1. 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.

2. 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.

Article 4 - Réclamations - Conciliation

Pour toute réclamation relative à son adhésion, l'adhérent peut s'adresser au service Information Sociétaires au : 0970 808 808 (numéro non surtaxé)

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

En cas de désaccord sur la réponse donnée, l'adhérent peut solliciter l'avis du Conciliateur interne Groupe - 32 avenue Émile Zola - Mons-en-Baroeul - 59896 Lille Cedex 9.

Si le différend persiste, l'adhérent est informé par le Conciliateur interne Groupe de la possibilité de saisir le Médiateur de la Fédération française des sociétés d'assurances dont les coordonnées et les modalités d'intervention lui sont communiquées.

GARANTIE DÉCÈS-DOUBLE EFFET-INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE-EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS

Article 1 - Décès

1. Prestation

Le montant du capital versé au(x) bénéficiaire(s) en cas de décès de l'assuré, est égal au pourcentage appliqué au revenu de référence indiqué aux conditions particulières. Ce capital, peut, à la demande du ou des bénéficiaire(s), être réglé en un nombre déterminé de versements trimestriels.

Si le contrat est souscrit dans le cadre fiscal de l'article 154 bis du CGI, le capital est obligatoirement converti en rente moyennant des frais de 3 % de chaque arrérage et selon

les tables de mortalité et taux d'intérêt en vigueur lors de la conversion en rente.

2. Bénéficiaire(s)

Le capital (la rente) est versé(e) au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) aux conditions particulières.

Par leur désignation, le(s) bénéficiaire(s) dispose(nt) vis à vis de l'assureur, après sinistre, d'un droit propre et direct qui rétroagit à partir du jour du contrat.

L'attribution bénéficiaire peut être modifiée à toute époque par l'assuré. La modification 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. 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 du souscripteur, qu'il accepte cette désignation : il la rend ainsi irrévocable. Dans ce cas, l'adhérent ne pourra plus, sans l'accord du bénéficiaire acceptant, disposer de son contrat notamment en modifiant la clause bénéficiaire.

3. Terme de la garantie

La garantie prend fin le 31 décembre qui suit le 65^e anniversaire de l'assuré.

Elle peut toutefois être prolongée avec l'accord express de l'assureur, l'adhérent devant en faire la demande au moins TROIS MOIS avant son 65^e anniversaire. Dans cette hypothèse, le revenu de référence ne pourra être supérieur à celui existant au moment de la demande et le montant de la garantie retenue ne pourra être supérieur à 250 % 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 70^e anniversaire de l'assuré.

La dénonciation par l'une ou l'autre des parties doit être faite par lettre recommandée au moins DEUX MOIS avant la date de renouvellement.

Article 2 - Double effet

En cas de décès du conjoint, du partenaire ou du concubin tel que défini au Livre 1^{er} du Code Civil, avant son 65^e anniversaire et après le décès de l'assuré, un capital (rente) est versé aux enfants que l'assuré avait à sa charge et qui sont

encore à la charge du conjoint, du partenaire ou du concubin à son décès.

On entend par enfant à charge :

- les enfants de l'assuré ou 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 au sens des dispositions de la Sécurité sociale et qu'ils soient effectivement à la charge de l'assuré ou de son conjoint, de son partenaire, de son concubin au sens fiscal.
- les enfants de l'assuré, 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'assuré ou de son conjoint, de son partenaire ou de son concubin quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes ou incurables au sens de l'article 173 du Code de la Famille et incapables d'exercer une activité professionnelle. Dans ce cas, une pièce justifiant de cet état devra être produite.

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

En cas de décès simultané de l'assuré et de son conjoint, de son partenaire ou de son concubin, le capital (rente) est versé(e) dans les mêmes conditions ; si les conjoints, partenaires ou concubins sont l'un et l'autre assurés par la présente convention, le capital sera égal au capital le plus élevé.

Si le contrat est souscrit dans le cadre fiscal de l'article 154 bis du CGI, le capital est obligatoirement converti en rente.

Cette garantie prend fin au plus tard le 31 décembre qui suit le 65^e anniversaire de l'assuré.

Article 3 - Invalidité absolue et définitive

1. Définition du risque

Est considéré en invalidité absolue et définitive, l'assuré 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 au sens de l'article L 341-4 du Code de la Sécurité sociale.

2. Prestation

L'assureur règle par anticipation à l'assuré le capital garanti en cas de décès. Ce règlement met fin à l'adhésion.

Si vous optez pour la fiscalité Madelin, la prestation que versera l'assureur en cas de décès s'effectuera sous forme de rente.

Si le contrat est souscrit dans le cadre fiscal de l'article 154 bis du CGI, le capital est obligatoirement converti en rente moyennant des frais de 3 % de chaque arrérage et selon les tables de mortalité et taux d'intérêt en vigueur lors de la conversion en rente.

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'assuré, et au plus le 31 décembre qui suit le 62^e anniversaire de l'assuré.

Article 4 - Exonération du paiement des cotisations en cas d'incapacité temporaire ou d'invalidité permanente

1. Définition du risque incapacité temporaire de travail

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

2. Prestation

En cas d'incapacité, 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 65^e anniversaire de l'assuré.

S'il est établi que l'assuré a repris ou peut reprendre -même partiellement- 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 au paragraphe ci-dessous.

3. Rechute

Si un nouvel arrêt de travail dû à la même affection intervient moins de 60 jours après la reprise d'activité et sous réserve que l'adhé-

sion 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'assuré est considéré comme victime d'une nouvelle affection.

4. Consolidation en invalidité

L'assuré dispense l'adhérent du paiement des cotisations relatives à l'ensemble des garanties, lorsque l'état de l'assuré 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'assuré, et au plus tard le 31 décembre qui suit le 62^e anniversaire de l'assuré. Le taux d'invalidité fonctionnelle est établi par le médecin mandaté par l'assureur. Il est apprécié en dehors de toute considération professionnelle et basé uniquement sur la diminution de la capacité physique ou mentale de l'assuré.

Le capital décès maintenu est revalorisé 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.

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

5. 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'assuré, et au plus tard le 31 décembre :

- qui suit le 65^e anniversaire de l'assuré en cas d'incapacité temporaire de travail
- qui suit le 62^e anniversaire de l'assuré en cas d'invalidité permanente.

Article 5 - Exclusions

Voir chapitre EXCLUSIONS ET DÉLAIS DE CARENCE.

GARANTIE EN CAS D'ACCIDENT

Article 1 - 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'assuré 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,

Une garantie est prévue au contrat en cas d'incapacité de travail qui vous dispense du paiement de la cotisation.

Le congé légal de maternité n'est pas un arrêt maladie, c'est pourquoi il ne donne pas lieu à indemnisation.

- l'accident en rapport direct ou indirect avec un état pathologique préexistant de l'assuré,
- 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.

Article 2 - Prestation

L'assureur verse en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive consécutifs à un accident tel que défini ci-dessus, une prestation supplémentaire au capital décès toutes causes, dont le montant est indiqué aux conditions particulières. **Si le contrat est souscrit dans le cadre fiscal de l'article 154 bis du CGI, le capital est obligatoirement converti en rente.**

Article 3 - Terme de la garantie

À la date de liquidation des droits à la retraite par le régime de base de l'assuré, et au plus tard le 31 décembre :

- qui suit le 65^e anniversaire de l'assuré en cas de décès
- qui suit le 62^e anniversaire de l'assuré en cas d'invalidité.

Article 4 - Exclusions

Voir chapitre EXCLUSIONS ET DÉLAIS DE CARENCE.

GARANTIE RENTE ÉDUCATION

Article 1 - Prestation

En cas de décès de l'assuré ou d'invalidité absolue et définitive définie à la garantie DÉCÈS-DOUBLE EFFET-INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE-EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS, chaque enfant à sa charge (conformément à l'Article 2 de la même garantie) au jour du sinistre, bénéficie d'une rente éducation.

Le montant de la rente exprimé en pourcentage du revenu de référence est indiqué aux conditions particulières.

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 dans les conditions définies à l'Article 2 de la garantie DÉCÈS-DOUBLE EFFET-INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE-EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS.

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.

Article 2 - Revalorisation

La rente éducation 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 du sinistre ouvrant droit à la prestation et le 1^{er} juillet de chaque année.

Article 3 - Terme de la garantie

À la date de liquidation des droits à la retraite par le régime de base de l'assuré, et au plus tard le 31 décembre :

- qui suit le 65^e anniversaire de l'assuré en cas de décès
- qui suit le 62^e anniversaire de l'assuré pour l'invalidité.

Article 4 - Exclusions

Voir chapitre EXCLUSIONS ET DÉLAIS DE CARENCE.

GARANTIE RENTE DE CONJOINT

Article 1 - Prestation

En cas de décès de l'assuré ou d'invalidité absolue et définitive définie à la garantie DÉCÈS-DOUBLE EFFET-INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE-EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS, l'assureur verse une rente au conjoint, au partenaire ou au concubin, tel que défini au Livre 1^{er} du Code Civil, nominativement désigné aux conditions particulières. Le montant de la rente exprimé en pourcentage du revenu de référence est indiqué aux conditions particulières.

La rente est payable trimestriellement et à terme échu jusqu'au décès du bénéficiaire et au plus tard à son 65^e anniversaire.

Article 2 - Revalorisation

La rente 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 du sinistre ouvrant droit à la prestation et le 1^{er} juillet de chaque année.

Article 3 - Identification du bénéficiaire

Le bénéficiaire de la rente est le conjoint de l'assuré non séparé judiciairement au jour du décès de l'assuré, le partenaire ou le concubin de l'assuré.

Le nom et la date de naissance du bénéficiaire doivent être obligatoirement indiqués aux conditions particulières pour ouvrir droit au versement de la rente.

Par sa désignation, le bénéficiaire dispose vis-à-vis de l'assureur, après sinistre, d'un droit propre et direct qui rétroagit à partir du jour du contrat.

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. 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 du souscripteur, qu'il accepte cette désignation : il la rend ainsi irrévocable. Dans ce cas, l'adhérent ne pourra plus, sans l'accord du bénéficiaire acceptant, disposer de son contrat notamment en modifiant la clause bénéficiaire.

Article 4 - Terme de la garantie

À la date de liquidation des droits à la retraite par le régime de base de l'assuré, et au plus tard le 31 décembre :

- qui suit le 65^e anniversaire de l'assuré en cas de décès
- qui suit le 62^e anniversaire de l'assuré en cas d'invalidité.

Article 5 - Exclusions

Voir chapitre EXCLUSIONS ET DÉLAIS DE CARENCE.

GARANTIE EN CAS DE MALADIE REDOUTÉE

Article 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'assuré, ou dès que la greffe d'organe a été réalisée, l'assureur verse un capital dont le montant indiqué aux conditions particulières 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 ne peut pas être retenue si le contrat est souscrit dans le cadre fiscal de l'article 154 bis du Code Général des Impôts.

Article 2 - Définition

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 tronç 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.

LEXIQUE

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.

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

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)

sureur 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.

Article 4 - Terme de la garantie

La garantie prend fin au plus tard le 31 décembre qui suit le 60^e anniversaire de l'assuré.

Article 5 - Exclusions

Voir chapitre EXCLUSIONS ET DÉLAIS DE CARENCES.

GARANTIE DE RESSOURCES EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

Article 1 - Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet de procurer à l'assuré 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'assuré un revenu supérieur à la moyenne du bénéfice professionnel net imposable des deux années civiles précédant le sinistre.

L'assureur se réserve la faculté de demander à l'assuré tous documents de nature à justifier le montant de son bénéfice professionnel. 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 particulier des deux premières années d'activité :

Si l'incapacité temporaire de travail intervient au cours de la première année d'activité et que l'assuré est dans l'impossibilité de justifier la conformité de ses revenus à ceux déclarés lors de l'adhésion, la prestation indiquée aux conditions particulières 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 aux conditions particulières sera versée sans que celle-ci ne puisse excéder le bénéfice net imposable de la première année.

La "garantie de ressources en cas d'incapacité temporaire de travail" est une garantie indemnitaire qui permet le versement d'indemnités journalières pour compenser une perte de revenus en cas d'arrêt de travail.

Article 3 - Déclaration de la maladie redoutée

La survenance de la Maladie Redoutée doit faire l'objet d'une déclaration écrite à l'as-

La présente garantie n'ayant pas pour objet de procurer un enrichissement sans cause, 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.

Article 2 - Définition du risque

Est considéré en incapacité temporaire de travail l'assuré que l'état de santé oblige à suspendre totalement l'exercice de ses activités professionnelles.

Article 3 - Franchise

La prestation est versée après une franchise fixée aux conditions particulières.

Sur option, cette franchise est réduite à 3 jours en cas d'hospitalisation d'au moins quatre jours consécutifs : l'hospitalisation doit intervenir avant le terme de la franchise retenue et faire l'objet de facturation du forfait journalier.

L'hospitalisation à domicile ne peut être assimilée à une hospitalisation.

Article 4 - Prestations

En cas d'incapacité temporaire de travail médicalement constatée et reconnue par l'assureur, celui-ci garantit le versement d'indemnités journalières d'un montant égal à la 365^e partie du pourcentage du revenu de référence indiqué aux conditions particulières 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 en invalidité (défini à la garantie DÉCÈS-DOUBLE EFFET-INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE-EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS Article 4-4 et le cas échéant à la GARANTIE DE RESSOURCES EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE Article 2) et pendant un maximum de 3 ans, à compter du 1^{er} 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 65^e anniversaire de l'assuré.

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 1^{er} jour d'incapacité. Cette prestation cesse au moment de la liquidation de la re-

traite et au plus tard le 31 décembre qui suit le 65^e anniversaire de l'assuré.

S'il est établi que l'assuré a repris ou peut reprendre, même partiellement, 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'assuré.

Article 5 - Rechute

Si un nouvel arrêt de travail dû à la même affection intervient moins de 60 jours après 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'assuré est considéré comme victime d'une nouvelle affection.

Article 6 - Terme de la garantie

La garantie prend fin en cas de cessation d'activité professionnelle et au plus tard le 31 décembre qui suit le 65^e anniversaire de l'assuré.

Article 7 - 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'assuré 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.

Article 8 - Exclusions

Voir chapitre EXCLUSIONS ET DÉLAIS DE CARENCES.

GARANTIE DE RESSOURCES EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE

Article 1 - Objet de la garantie

Cette garantie a pour objet de procurer à l'assuré en invalidité permanente un revenu indemnitaire de substitution à hauteur du pourcentage du revenu de référence, les prestations versées par l'assureur ne pouvant

A l'adhésion, vous choisissez une durée de franchise en cas d'arrêt de travail, période pendant laquelle le sinistre reste à votre charge.

avoir pour effet de procurer à l'assuré un revenu supérieur à la moyenne de son bénéfice professionnel net imposable des deux années civiles précédant le sinistre.

L'assureur se réserve la faculté de demander à l'assuré tous documents de nature à justifier le montant de son bénéfice professionnel. 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 particulier des deux premières années d'activité :

Si l'invalidité permanente intervient au cours de la première année d'activité et que l'assuré est dans l'impossibilité de justifier la conformité de ses revenus à ceux déclarés lors de l'adhésion, la prestation indiquée aux conditions particulières sera versée sans que celle-ci ne puisse excéder 1 PASS (Plafond Annuel de la Sécurité sociale en vigueur au jour du constat de l'invalidité).

Si l'invalidité permanente intervient au cours de la deuxième année d'activité, la prestation indiquée aux conditions particulières sera versée sans que celle-ci ne puisse excéder le bénéfice net imposable de la première année.

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

Article 2 - Définition du risque

Est réputé INVALIDE PERMANENT TOTAL au sens de la présente garantie, l'assuré dont l'état de santé justifie une **invalidité permanente dont le taux d'invalidité pondérée est supérieur ou égal à 66 %**.

Est considéré INVALIDE PERMANENT PARTIEL, l'assuré 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'assuré :

- 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'assuré, abstraction faite de toute consi-

dération professionnelle,

- 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'assuré 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'assuré (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 - DÉCLARATION DE L'ASSURÉ - article 3). Les décisions prises par les Régimes obligatoires des assurés ne sont pas opposables à l'assureur.

Le taux «N» d'invalidité pondérée est calculé selon la formule suivante : $\sqrt[3]{a^2 \times b}$ (a = taux d'invalidité fonctionnelle, b = taux d'invalidité professionnelle).

Voir exemples en annexe (taux d'invalidité pondérée).

Article 3 - Prestation

1. Prestation en cas d'invalidité permanente

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

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'assuré a alors droit au bénéfice de la rente totale,
- si le taux d'invalidité pondérée devient inférieur à 66 %, l'assuré n'a plus droit au bénéfice de la rente totale,
- l'assuré conserve le bénéfice de la rente partielle tant que le taux d'invalidité pondérée reste supérieur 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'assuré 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'assuré, et au plus tard :

- au 31 décembre qui suit le 62^e anniversaire de l'assuré,
- au 31 décembre qui suit le 65^e anniversaire pour les chirurgiens dentistes, experts comptables et vétérinaires.

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-après.

2. Option invalidité professionnelle des professions non salariés :

2.1. Objet :

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'assuré est supérieur ou égal à 33 %.

L'option est strictement réservée aux professions suivantes 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 ; ainsi qu'aux vétérinaires tels que défini au Code rural et de la pêche maritime.

2.2. Montant des prestations garanties :

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, selon le barème spécifique (en annexe). Il permet de déterminer le taux de rente attribué à l'assuré :

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

- 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 aux conditions particulières.
- 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 l'invalidité permanente s'appliquera si elle est plus favorable à l'assuré, mais ne pourra en aucun cas se cumuler à l'option « invalidité professionnelle ».

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'assuré 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 :

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

Le taux 30,29 % ne permet pas à l'assuré 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 garantit une rente minimale 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 l'assuré 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 :

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

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

$$\bullet (3 \times N) / 2 \text{ soit } (3 \times 48,58 \%) / 2 = 72,87 \%$$

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 garantit une rente minimale 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.

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 4 ci-dessous.

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

Article 4 - 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.

Article 5 - 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'assuré, et au plus tard :

- au 31 décembre qui suit le 62^e anniversaire de l'assuré,
- au 31 décembre qui suit le 65^e anniversaire pour les chirurgiens dentistes, experts comptables et vétérinaires.

Article 6 - 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'assuré 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.

Article 7 - Exclusions

Voir chapitre EXCLUSIONS ET DÉLAIS DE CARENCE.

EXCLUSIONS ET DÉLAIS DE CARENCE

1. Exclusions et délais de carence :

Les garanties « DÉCÈS - DOUBLE EFFET - INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE - EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS », « RENTE ÉDUCATION », « RENTE DE CONJOINT » :

- ne couvrent pas le décès et l'Invalidité Absolue et Définitive résultant :
 - de faits de guerre étrangère,
 - de la désintégration du noyau atomique
 - du suicide conscient ou inconscient 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.

Les garanties « DÉCÈS - DOUBLE EFFET - INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE - EXONÉRATION DU PAIEMENT DES COTISATIONS », « GARANTIE DE RESSOURCES EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL », « RENTE ÉDUCATION », « RENTE DE CONJOINT », « GARANTIE DE RESSOURCES EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE »

- ne couvrent pas l'incapacité temporaire de travail et l'invalidité 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 : thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication, même effectuées en établissements hospitaliers, ainsi que les séjours en maisons de repos,
 - les interventions chirurgicales dans un but esthétique (sauf les interventions faisant suite à un préjudice corporel et prises en charge par le Régime Obligatoire).
- comportent un délai de carence sur l'incapacité temporaire de travail et 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,
 - d'une récurrence durant les DEUX PREMIÈRES 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 PREMIÈRE ANNÉE D'ASSURANCE ; **étant précisé que les suites et conséquences relatives à l'affection en cause seront définitive-**

ment 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 PREMIÈRE ANNÉE D'ASSURANCE ; **étant précisé que les suites et conséquences relatives à l'affection en cause seront définitivement exclues.**

La « GARANTIE EN CAS D'ACCIDENT » :

- ne couvre pas :
 - le décès ou l'invalidité survenu après un délai de 18 mois à compter du jour de l'accident,
 - le décès ou l'invalidité résultant d'un accident survenu antérieurement à la prise d'effet du contrat,
 - le décès ou l'invalidité 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 et l'invalidité résultant de la pratique, même en qualité d'amateur, des activités sportives exclues ou avec un abatement de prestations définis au chapitre « Exclusions et délais de carence » sauf acceptation expresse de l'Assureur.
- Dans le cadre de la « GARANTIE EN CAS DE MALADIE REDOUTÉE » :
 - 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.

2. Déplacement ou séjour à titre professionnel :

De convention expresse, pour tout déplacement ou séjour à titre professionnel en dehors de l'Union Européenne, la Suisse, la Norvège, les États Unis, le Canada, la Nouvelle Zélande, l'Islande, l'Australie, le Japon ou Singapour, les conséquences directes ou indirectes des événements suivants sont exclues des garanties du contrat : guerre civile ou étrangère, conflits à caractère militaire, terrorisme, sabotage, attentat, émeutes, troubles civils ou mouvements populaires.

3. Affections du rachis et psychologiques :

3.1 Affections de la colonne vertébrale :
Si le délai de carence d'un an énoncé ci-dessus est écoulé : Toutes les affections cervi-

cales, dorsales, lombo-sacrées qui ne sont pas liées à une infection, une tumeur ou une fracture sont 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 aux conditions particulières).

Si la franchise réduite à 3 jours en cas d'hospitalisation a été souscrite (telle que définie au chapitre « GARANTIE DE RESSOURCES EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL »), celle-ci s'applique.

3.2 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 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 aux conditions particulières).

Si la franchise réduite à 3 jours en cas d'hospitalisation a été souscrite (telle que définie au chapitre « GARANTIE DE RESSOURCES EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL »), celle-ci s'applique.

Pour toute information,
l'adhérent peut joindre
son conseiller ou appeler
le service Informations
Sociétaires :
0970 808 808
(numéro non surtaxé)

4. Abattement de prestations et exclusions liées à la pratique du sport pour les garanties suivantes :

Les garanties :

« DÉCÈS - 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 »,
 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).

Voir tableau ci-après.

Pratique du sport	Hors compétition	En compétition
SPORTS DE COMBAT		
Boxe américaine, boxe française, boxe japonaise, kickboxing, viet vo dao.	Abattement de prestations de 30 %	Abattement de prestations de 30 %
Boxe anglaise, boxe arabe, boxe thaï.	Exclus	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	Exclus
SPORTS ÉQUESTRES		
Course d'obstacles ou cross.	Abattement de prestations de 30 %	Exclus
La pratique du concours complet, courses de plat, de trot, de horse ball, du polo, de marathon, équirando, raids, endurance.	Abattement de prestations de 30 %	Abattement de prestations de 30 %
La voltige équestre, le rodéo, la tauromachie.	Exclus	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, 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 %	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), des raids. La pratique au-delà de 3000 mètres de l'escalade, des expéditions, de l'alpinisme, du ski de randonnée.	Exclus	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 %	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	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 %	Abattement de prestations de 30 %
Les courses sur circuit ou pistes (record, vitesse), courses de côte, rallyes, raid tout terrain.	Exclus	Exclus
AUTRES ACTIVITÉS SPORTIVES		
La spéléologie, le zorbing, le safari, le Vélo Tout Terrain de descente.	Exclus	Exclus
Le rugby, le football Américain.	-	Exclus
La pratique de tout sport à titre professionnel.	Exclus	Exclus

ANNEXE 1 - EXEMPLES DE TAUX D'INVALIDITÉ PONDÉRÉ

Le tableau ci-dessous propose une série de taux d'invalidité pondérée. Des taux intermédiaires peuvent être retenus même s'ils ne figurent pas à titre d'exemple dans ce tableau.

Taux d'invalidité professionnelle (%)	Taux d'invalidité 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

Exemple : Après examen, le médecin expert retient un taux d'invalidité professionnelle de 60 % et un taux d'invalidité fonctionnelle de 50 %. En application du barème ci-dessus, le taux d'invalidité pondérée sera de 53,13 %.

ANNEXE 2 - BARÈME D'INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE

Uniquement si l'option INVALIDITE PROFESSIONNELLE DES PROFESSIONS NON SALARIES a été souscrite :

	Barème
PSYCHIATRIE & NEUROLOGIE & RACHIS	
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 :	
• Au niveau du rachis cervical, thoraco-lombaire et lombaires, sans complications neurologiques	10 à 35 %
• Au niveau du rachis cervical, thoraco-lombaire et lombaires avec complications neurologiques ou vasculaires en fonction des séquelles	30 à 100 %
Traumatismes costal, sternal du bassin suivant les séquelles fonctionnelles	0 à 25 %
ORL & OPHTHALMOLOGIE & STOMATOLOGIE	
Nez	
Anosmie totale associée à agueusie	20 %
Anosmie, agueusie	5 à 8 %
Trouble de la ventilation nasale:	
Gêne respiratoire :	
Unilatérale permanente	3 %
Bilatérale	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 :	
• Perte complète et bilatérale de l'audition	100 %
• Perte partielle unilatérale ou bilatérale, en fonction du degré de la perte auditive en tenant compte des possibilités d'appareillage auditif	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 :	
• Écartement interosseux inférieur à 10 mm suivant causes	25 à 60 %
• Écartement interosseux entre 10 et 30 mm suivant le degré de mastication	5 à 20 %

ABDOMEN & APPAREIL GENITO URINAIRE

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 %

MEMBRES INFERIEURS

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 :	
• Désarticulation du genou	60 à 80 %
• Ablation de la rotule	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 jambes	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 SUPERIEURS

	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 %

LEXIQUE DE L'ADHÉSION

Accident

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

Adhérent

La personne physique ou morale qui adhère à l'association AMPHITEA et 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 aux conditions particulières.

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 survenue d'une incapacité de travail ou d'une invalidité et son indemnisation au titre du contrat de prévoyance.

Échéance

Date à laquelle une cotisation devient exigible.

Enfant à charge

On entend par enfant à charge:

- les enfants de l'Assuré, 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 au sens des dispositions de la Sécurité sociale et qu'ils soient effectivement à la charge de l'Assuré, de son conjoint, de son partenaire ou de son concubin au sens fiscal.
- les enfants de l'Assuré, 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'Assuré, de son conjoint, de son partenaire ou de son concubin, quel que soit leur âge, s'ils sont infirmes ou incurables au sens de l'Article 173 du Code de la Famille et incapables d'exercer une activité professionnelle. Dans ce cas, une pièce justifiant de cet état devra être produite.

L'OFFRE AG2R LA MONDIALE

Partout en France un acteur de référence
de l'assurance de protection sociale
et patrimoniale

PROFESSIONNELS

SANTÉ

Complémentaire santé

PRÉVOYANCE

Incapacité et invalidité

Décès

Garantie perte d'autonomie

ÉPARGNE

Constitution d'un capital

Transmission d'un patrimoine

RETRAITE

Complément de revenus