



NOTICE D'INFORMATION APICIL PREVENTIEL⁺ PRO

CONTRAT DE PRÉVOYANCE N° M - 014, CONVENTION N° 01 - 014

**SOUSCRIT PAR APICIL UPESE ASSOCIATION
AUPRÈS DE MICILS**



NOTICE D' INFORMATION

Contrat de Prévoyance n° M - 014, Convention n° 01 - 014 souscrit par APICIL UPESE ASSOCIATION auprès de MICILS

Entre les soussignées :

APICIL UPESE ASSOCIATION dont le siège social est situé : 38, rue François Peissel BP 47 - 69642 CALUIRE ET CUIRE Cedex

Ci-après dénommée : **Le Souscripteur**

et

MICILS, mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité et immatriculée sous le numéro 302 927 553, dont le siège social est situé au :

38, rue François Peissel 69300 CALUIRE ET CUIRE

Ci-après dénommée : **La Mutuelle**

DEFINITIONS

Le Souscripteur : APICIL UPESE ASSOCIATION, souscripteur du présent contrat au profit de ses membres.

La Mutuelle : MICILS.

L'Adhérent : personne physique ou morale, membre d'APICIL UPESE ASSOCIATION, domiciliée en France métropolitaine, qui adhère au contrat, en accepte toutes les clauses et paye les cotisations d'assurance.

Le membre participant : personne physique, âgée de moins de 65 ans à l'adhésion, résidant et exerçant son activité professionnelle en France métropolitaine à l'exception de la Corse, sur la tête de laquelle repose l'adhésion après acceptation de la Mutuelle. Il doit donner son consentement à l'adhésion et à la désignation du Bénéficiaire.

Tant que l'adhésion n'est pas acceptée par la Mutuelle, il est qualifié de personne proposée à l'adhésion.

Personne assurable : APICIL PREVENTIEL + PRO est réservé aux :

- Professions libérales,
- Artisans, Commerçants,
- Agriculteurs
- Conjoints ayant le statut de conjoint collaborateur.

Les membres participants sont répartis en cinq catégories professionnelles définies à l'article 9 b en fonction des conditions d'exercice de leur activité.

La catégorie professionnelle détermine le tarif appliqué.

Conjoint collaborateur : personne physique inscrite au RCS ou au RM en tant que conjoint collaborateur du membre participant.

Il ne peut pas être souscripteur du contrat ; il tire ses droits de l'adhésion au contrat par son conjoint, ce dernier étant le membre participant.

Il ne peut adhérer, quand il y a droit, qu'à des garanties auxquelles le membre participant a adhéré, et pour des niveaux, franchise et durée au plus équivalents.

Pour la garantie Incapacité Temporaire Totale, les franchises 15 jours maladie, accident et hospitalisation et 15 jours maladie, 3 jours accident et 3 jours hospitalisation ne peuvent pas être souscrites par les conjoints collaborateurs.

Dans la suite du contrat, le terme « Membre participant » vise aussi bien le Membre participant que le Conjoint collaborateur.

Créateurs d'entreprise :

Est assimilée à une création d'entreprise, la première inscription au registre du commerce et des sociétés ou au répertoire des métiers ou la première installation en tant que profession libérale.

Est aussi assimilée à la création d'entreprise, la reprise d'une entreprise existante par une personne devenant TNS pour la première fois, et cela au moyen d'un rachat de parts sociales ou de la prise en location gérance d'un fonds de commerce.

Dans tous ces cas, les membres participants pourront bénéficier du

tarif « créateurs » dans les 3 années de la création, de la reprise ou de la location-gérance.

Par contre, la transformation de la structure juridique d'une entreprise existante n'est pas considérée comme la création d'une entreprise.

Pour toutes les garanties Incapacité Temporaire Totale, Relais et Frais Professionnels, les franchises 15 jours maladie, accident et hospitalisation et 15 jours maladie, 3 jours accident et 3 jours hospitalisation ne peuvent pas être souscrites par les Créateurs.

Le Bénéficiaire : personne physique ou morale qui recevra les prestations assurées lors de la réalisation du risque dans les conditions prévues au contrat. Ce terme peut désigner plusieurs personnes.

Le bénéficiaire est :

• **En cas de décès du membre participant** :

- **Pour la garantie rente de conjoint** :

Le conjoint légitime du membre participant, non divorcé, non séparé judiciairement, ou le partenaire lié avec le membre participant par un Pacte Civil de Solidarité.

- **Pour la garantie rente éducation** :

Les enfants légitimes, reconnus ou adoptés du membre participant.

Il est de la responsabilité du membre participant d'informer la Mutuelle de toute évolution de situation familiale et en cas de changement de bénéficiaire.

• **En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) du membre participant** : le membre participant.

• **En cas d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente du membre participant** : le membre participant.

Echéance annuelle de l'Adhésion : le 31 décembre de chaque exercice.

Terme de l'Adhésion : date d'expiration de l'Adhésion, elle marque la fin des garanties.

Bulletin d'adhésion : document rempli et signé par l'Adhérent et la personne proposée à l'adhésion. Il sert de base pour l'établissement du Certificat d'adhésion.

Certificat d'adhésion : document, en deux exemplaires, signé par la Mutuelle, remis à l'Adhérent et précisant les dispositions particulières de l'Adhésion. Ce document permet au membre participant de savoir que le contrat est conclu. Les garanties ne sont acquises qu'à réception par la Mutuelle d'un exemplaire signé par l'Adhérent.

Avenant : document, en deux exemplaires, constatant une modification du Certificat d'adhésion. Il est remis à l'Adhérent et doit être signé par lui, pour marquer l'accord des parties.

Âge du membre participant : l'âge du membre participant pris en compte pour le calcul des cotisations est l'âge atteint à la date d'exigibilité du paiement des cotisations.

Hospitalisation : période correspondant au séjour d'au moins 24 heures, dans un établissement hospitalier à l'exclusion de tout autre lieu de cure ou de convalescence.

Incapacité Temporaire Totale : Incapacité de travail médicalement constatée. Le membre participant est dans l'impossibilité temporaire, complète et continue d'exercer l'activité professionnelle mentionnée au Certificat d'adhésion. **Il doit en outre être dans l'impossibilité de gérer ses affaires professionnelles, qu'il s'agisse d'une activité effective ou limitée à la direction ou à la surveillance.**

Aucune prestation n'est due en cas d'incapacité temporaire partielle.

Invalidité Permanente : Etat de la personne qui, par suite d'accident ou de maladie, subit de manière définitive, une réduction de ses capacités de travail, reconnue par son régime obligatoire ou à défaut par le médecin conseil de la Mutuelle.

Période d'attente : Période pendant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'Adhésion figurant sur le Certificat d'adhésion. **Toutes affections ou maladies ainsi que leurs suites et conséquences, survenant pendant cette période sont définitivement exclues des garanties.**

Franchise : Période, figurant sur le Certificat d'adhésion, pendant laquelle les prestations ne sont pas dues. Le point de départ de cette période est la date d'arrêt de travail. Seuls les jours d'incapacité de travail au-delà de la période de franchise donneront lieu à indemnisation.

Non fumeur : Est considéré comme non fumeur, toute personne ayant certifié qu'elle n'a pas fumé au cours des 36 mois précédant la date de l'adhésion, et pour autant qu'elle n'ait pas arrêté de fumer à la demande expresse du corps médical.

Rechute : Nouvelle manifestation d'une maladie ayant donné lieu à une indemnisation. En cas de rechute dans les deux mois suivant la reprise d'activité, aucun délai de franchise n'est appliqué.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) : le membre participant est considéré comme étant en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie si, avant l'âge auquel il peut faire valoir ses droits à retraite à taux plein et au plus tard avant son 68^e anniversaire, il est reconnu, par son Régime Obligatoire ou à défaut, suite à expertise, par le médecin conseil de la Mutuelle, définitivement incapable de se livrer à la moindre occupation ni au moindre travail lui procurant gain ou profit, et doit avoir recours pour les actes ordinaires de la vie à l'assistance constante d'une tierce personne.

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du membre participant et provenant directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Il est précisé que les affections vasculaires, cérébrales ou cardiaques, les affections coronariennes, l'infarctus du myocarde ne sont pas considérés comme des accidents. Il en est de même pour une noyade.

Frais Professionnels : Il s'agit des frais qui sont supportés habituellement par l'Adhérent ou le membre participant pour l'exercice de sa profession et qui sont légalement admis comme charges d'exploitation au plan fiscal, **mais à l'exclusion :**

- des salaires, honoraires, prélèvements, profits et autres avantages ou rémunérations du membre participant,
- de l'acquisition de toutes matières consommables, marchandises, équipements, fournitures, installations,
- des capitaux empruntés et leurs amortissements, des dotations aux amortissements et aux provisions, des charges et des taxes de toute nature sur les bénéfices.

Ainsi, la définition de Frais Professionnels comprend notamment et de façon non exhaustive :

- le loyer des locaux professionnels,
- les dépenses d'eau, de gaz, d'électricité, de chauffage et de téléphone,
- la contribution économique territoriale (ex taxe professionnelle),
- les salaires et les charges afférents au personnel habituel du membre participant,
- les frais de location de matériel professionnel.

Article 1

OBJET DU CONTRAT

APICIL PREVENTIEL + Pro est un contrat collectif de prévoyance, à adhésion facultative, souscrit par le Souscripteur auprès de la Mutuelle.

Il a pour objet de garantir, en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité Permanente de travail du membre participant, suite à une maladie ou un accident, le versement au Bénéficiaire désigné des prestations prévues sur le Certificat d'adhésion.

Cette garantie ne peut être mise en œuvre qu'avant le départ en retraite du membre participant ou l'âge auquel il peut faire valoir ses droits à retraite à taux plein, et au plus tard la veille de son 68^e anniversaire.

Article 2

MODIFICATIONS DU CONTRAT

APICIL PREVENTIEL + Pro peut faire l'objet de modifications le 1^{er} janvier de chaque exercice par accord entre la Mutuelle et le Souscripteur. Dans ce cas, le Souscripteur devra informer par écrit les Adhérents de ces modifications apportées à leurs droits et obligations, et cela, 3 mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur. Si l'Adhérent ou le Membre participant n'accepte pas ces modifications, il peut dénoncer son contrat dans les 3 mois suivant la notification des modifications.

Le paiement de la nouvelle cotisation de l'exercice de mise en application des modifications vaut acceptation de celles-ci.

Article 3

BASES JURIDIQUES

Le contrat est régi par le Code de la Mutualité. Les déclarations de l'Adhérent et du membre participant servent de base au présent contrat. **Conformément à l'article L.221-14 du Code de la Mutualité, la garantie accordée au membre participant est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du membre participant, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour la Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé par le membre participant a été sans influence sur la réalisation du risque.**

Article 4

GARANTIE RENTE VIAGÈRE DE CONJOINT

Il est possible d'adhérer à cette garantie seule.

a) Garantie décès

En cas de décès du membre participant postérieur à la date d'effet figurant sur le Certificat d'adhésion, avant son départ en retraite ou l'âge auquel il peut faire valoir ses droits à retraite à taux plein et au plus tard avant son 68^e anniversaire, la Mutuelle verse au Bénéficiaire désigné par le membre participant pour la garantie Rente de Conjoint, une rente mensuelle dont le niveau est indiqué sur le Certificat d'adhésion.

Cette rente viagère est versée à terme échu.

b) Niveaux des prestations garanties

L'Adhérent peut choisir entre 20 niveaux de prestations, multiples de la garantie de base suivante : 150 € par mois.

Les niveaux 11 à 20 sont réservés aux professions libérales uniquement.

Pour l'adhésion du conjoint ayant le statut de Conjoint collaborateur, comme pour le Créateur d'entreprise, les garanties sont limitées au niveau 10, soit 1500 € par mois.

c) Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie du membre participant, par suite de maladie, constatée après la date d'effet figurant sur le Certificat d'adhésion, avant son départ en retraite ou l'âge auquel il peut faire valoir ses droits à retraite à taux plein et au plus tard avant son 68^e anniversaire, la Mutuelle paie au membre participant la Rente Viagère de Conjoint prévue en cas de décès, dont le montant correspond au niveau qui figure sur le Certificat d'adhésion.

La Mutuelle règle les prestations aussitôt après la consolidation de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, c'est-à-dire à partir du jour où, l'état du membre participant s'étant stabilisé, la preuve de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie a été apportée. La preuve peut se faire par la production de la notification de la sécurité sociale ou de toute pièce justifiant de l'état du membre participant, et en particulier un certificat médical.

La reconnaissance de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie reste cependant soumise à l'appréciation du médecin conseil de la Mutuelle.

d) Conditions d'âge

Le tarif standard s'applique lorsque l'âge du membre participant ne dépasse pas de plus de 10 ans l'âge du Bénéficiaire. Au-delà de 10 ans, le tarif est majoré de 10%, au-delà de 15 ans, le tarif est majoré de 20%.

Il n'est pas possible d'adhérer à la garantie si la différence d'âge est supérieure à 20 ans.

e) Étendue territoriale

La garantie Décès produit ses effets dans le monde entier.

La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ne produit ses effets qu'à la date de constatation de l'état de de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie du membre participant, par le médecin conseil de la Mutuelle, en France métropolitaine, quel que soit le lieu du sinistre à l'origine de cet état.

Article 5

GARANTIE RENTE ÉDUCATION

Cette Garantie peut être souscrite seule.

a) Garantie décès

En cas de décès du membre participant postérieur à la date d'effet figurant sur le Certificat d'adhésion, avant son départ en retraite ou l'âge auquel il peut faire valoir ses droits à retraite à taux plein et au plus tard avant son 68^e anniversaire, la Mutuelle verse à chaque enfant bénéficiaire désigné sur le Bulletin d'adhésion, une Rente d'éducation mensuelle dont le montant est indiqué sur le Certificat d'adhésion.

Cette rente est payable jusqu'au 18^e anniversaire de l'enfant. Elle est prorogée, tant que l'enfant poursuit ses études et au plus tard jusqu'au 26^e anniversaire.

Le montant de la rente n'évolue pas avec l'âge de l'enfant.

La prestation globale servie représente au minimum l'équivalent de cinq années de prestations garanties.

Au delà de trois enfants bénéficiaires garantis :

Le montant maximum de cotisation payée est celui calculé sur la base de trois enfants, le montant maximum de rente servie est celui défini pour trois enfants et réparti également entre les enfants, s'ils sont plus de trois.

b) Niveaux des prestations garanties

L'Adhérent peut choisir entre 15 niveaux de prestations multiples de la garantie de base suivante : 100 € par mois.

Les niveaux 11 à 15 sont réservés aux professions libérales.

Pour l'adhésion du conjoint ayant le statut de Conjoint collaborateur, comme pour le Créateur d'entreprise, les garanties sont limitées au niveau 7, soit 700 € par mois.

L'Adhérent doit choisir le même niveau de garanties pour chacun de ses enfants. Au delà de trois enfants, le montant maximal choisi sera réparti également entre tous les enfants garantis.

c) Garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie du membre participant, par suite de maladie, constatée après la date d'effet figurant sur le Certificat d'adhésion, avant son départ en retraite ou l'âge auquel il peut faire valoir ses droits à retraite à taux plein et au plus tard avant son 68^e anniversaire, la Mutuelle paie au membre participant la ou les rentes éducation prévues en cas de décès.

La Mutuelle règle les prestations aussitôt après la consolidation de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, c'est-à-dire à partir du jour où, l'état du membre participant s'étant stabilisé, la preuve de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie a été apportée. La preuve peut se faire par la production de la notification de la sécurité sociale ou de toute pièce justifiant de l'état du membre participant, et en particulier un certificat médical. La reconnaissance de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie reste cependant soumise à l'appréciation du médecin conseil de la Mutuelle.

d) Étendue territoriale

La garantie Décès produit ses effets dans le monde entier.

La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ne produit ses effets qu'à la date de constatation de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie du membre participant, par le médecin conseil de la Mutuelle, en France métropolitaine, quel que soit le lieu du sinistre à l'origine de cet état.

Article 6

GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE ET INVALIDITÉ PERMANENTE

Il n'est possible d'adhérer à ces garanties qu'en complément d'une au moins des garanties Rente Viagère de Conjoint définie à l'article 4 de la présente convention ou Décès en capital de la convention n° 01 - 015 selon la règle suivante : le total des niveaux de garantie décès à souscrire (hors décès accidentel) doit être au moins égal à la moitié des niveaux des garanties arrêt de travail retenues.

6.1 GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE

a) Indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale de travail

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail du membre participant constatée après la date d'effet figurant sur le Certificat d'adhésion avant son départ en retraite ou l'âge auquel il peut faire valoir ses droits à retraite à taux plein et au plus tard avant son 68^e anniversaire, la Mutuelle verse au membre participant, les indemnités journalières forfaitaires dont le niveau est indiqué sur le Certificat d'adhésion, après expiration du délai de franchise et sous réserve de l'application des périodes d'attente définies à l'article 8-2-a.

Les indemnités journalières sont versées tant que dure l'Incapacité Temporaire Totale de travail et au plus tard jusqu'au terme de la période maximale d'indemnisation choisie par le membre participant pour cette garantie, ou jusqu'à son départ en retraite ou l'âge auquel il peut faire valoir ses droits à retraite à taux plein et au plus tard jusqu'à son 68^e anniversaire si celui-ci intervient pendant la période d'indemnisation, ou jusqu'à la date de la reconnaissance de l'état d'invalidité si elle est antérieure à son 68^e anniversaire.

Aucune prestation n'est due en cas d'incapacité temporaire partielle.

En cas de résiliation de la présente Convention, les indemnités journalières sont servies jusqu'à leur terme.

b) Niveaux des prestations garanties

L'Adhérent peut choisir entre 40 niveaux de prestations multiples de la garantie de base suivante : 10 € par jour.

Les niveaux 32 à 40 sont réservés aux professions libérales seulement, hors professions paramédicales.

Pour l'adhésion du conjoint ayant le statut de Conjoint collaborateur, les garanties sont limitées au niveau 4, soit 40 € par jour.

Pour l'adhésion du Créateur d'entreprise, les garanties sont limitées au niveau 10, soit 100 € par jour, pour les professions libérales paramédicales, les autres professions libérales peuvent adhérer jusqu'au niveau 20 soit 200 € par jour.

Il s'agit de prestations forfaitaires.

c) Délai de franchise

Les indemnités journalières forfaitaires sont versées après expiration du délai de franchise choisi par le membre participant.

Le membre participant a le choix entre les Franchises suivantes :

Franchise absolue de 15 jours, 30 jours, 90 jours, ou 365 jours en cas de maladie, d'Accident, ou d'hospitalisation.

Les Franchises 15 jours, 30 jours et 90 jours peuvent être ramenées à une durée de 3 jours en cas d'accident ou dans le cas d'une hospitalisation d'une durée supérieure à 3 jours, moyennant une cotisation supplémentaire.

d) Durée de versement des indemnités journalières

Le membre participant a le choix entre 2 durées maximales d'indemnisation en indemnités journalières, à savoir jusqu'au 365^e ou 1095^e jour suivant le début de son arrêt de travail.

La durée de versement des prestations est comprise entre les termes de la Franchise et de la durée de versement des indemnités journalières, choisis par le membre participant.

e) Franchise et durée de versement des indemnités journalières en cas de souscription de la Garantie Relais :

Si le membre participant est membre d'une Profession Libérale et qu'il adhère à la garantie Relais définie à l'article 6 bis, il doit obligatoirement souscrire la Franchise 90 jours toutes causes, pour le versement des indemnités journalières.

6.2 GARANTIE INVALIDITE PERMANENTE

a) Rente d'invalidité

L'Adhérent peut adhérer à la garantie Invalidité Permanente, s'il a opté pour une garantie Incapacité Temporaire Totale avec durée maximale de versement des indemnités journalières jusqu'au 1095^e jour suivant le début de l'arrêt de travail.

Ainsi, en cas d'Invalidité Permanente reconnue par le médecin conseil de la Mutuelle, supérieure ou égale à 33%, la Mutuelle verse au membre participant une rente mensuelle jusqu'à son départ en retraite ou l'âge auquel il peut faire valoir ses droits à retraite à taux plein et au plus tard jusqu'à son 68^e anniversaire.

b) Niveaux des prestations garanties

La Rente d'Invalidité annuelle est calculée sur la base de 300 fois l'indemnité journalière souscrite.

c) Versement des prestations garanties

- La rente d'invalidité est versée mensuellement à terme échu.
- La rente est versée en totalité lorsque le taux d'invalidité est d'au moins 66%.
- Lorsque le taux d'invalidité est d'au moins 33% mais inférieur à 66%, la rente est versée dans le rapport du taux d'invalidité (N) constaté à 66%, soit N/66%.

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

Le taux d'invalidité constaté est égal à la moyenne arithmétique du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle. Pour être pris en considération, les taux fonctionnel ou professionnel devront être au minimum de 20%.

- L'incapacité fonctionnelle est déterminée à partir du "barème des accidents du travail" de la Sécurité sociale (RSI),
- L'incapacité professionnelle est déterminée, par accord ou arbitrage, en tenant compte de la répercussion de l'incapacité fonctionnelle sur l'activité professionnelle, des conditions d'exercice antérieures, et des possibilités restantes d'exercice de l'activité.

Le taux d'invalidité des médecins, des chirurgiens-dentistes, des vétérinaires est fixé en ne prenant en considération que l'incapacité professionnelle.

En cas de résiliation de la présente convention, les rentes d'invalidité en cours sont servies jusqu'à leur terme.

6.3 EXONÉRATION DES COTISATIONS EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

À l'issue d'une période de 90 jours d'arrêt de travail, les prestations Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente s'accompagnent de l'exonération, prorata temporis, de la cotisation de cette garantie.

6.4 ÉTENDUE TERRITORIALE

La garantie Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente de travail ne produit ses effets qu'à la date de constatation de l'état d'incapacité du membre participant par un médecin ou par le médecin conseil de la Mutuelle, en France métropolitaine, quel que soit le lieu du sinistre à l'origine de cet état.

Article 6 bis

GARANTIE RELAIS SPÉCIAL PROFESSIONS LIBÉRALES

Il n'est possible d'adhérer à cette garantie qu'en complément d'au moins une des garanties Rente Viagère de Conjoint définies à l'article 4 de la présente convention ou Décès en capital de la convention n° 01 - 015 selon la règle suivante : le total des niveaux de garantie décès à souscrire (hors décès accidentel) doit être au moins égal à la moitié des niveaux des garanties arrêt de travail retenues.

Le Conjoint collaborateur ne peut adhérer à cette Garantie.

a) Indemnités Temporaires en Relais des régimes obligatoires

Cette garantie est destinée à compenser le différé d'intervention des régimes obligatoires des professions libérales.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail du membre participant constatée après la date d'effet figurant sur le Certificat d'adhésion, avant son départ en retraite ou l'âge auquel il peut faire valoir ses droits à retraite à taux plein et au plus tard avant son 68^e anniversaire, la Mutuelle verse au membre participant qui a adhéré à cette garantie, les Indemnités Temporaires Relais dont le niveau est indiqué sur le Certificat d'adhésion, après expiration du délai de Franchise et sous réserve de l'application des Périodes d'attente définies à l'article 8-2-a.

Les Indemnités Temporaires Relais sont versées tant que dure l'incapacité temporaire totale de travail et au plus tard jusqu'au 90^e jour qui suit le début de l'arrêt de travail, terme de la durée maximale d'indemnisation pour cette garantie, jusqu'à son départ en retraite ou l'âge auquel il peut faire valoir ses droits à retraite à taux plein et au plus tard jusqu'à son 68^e anniversaire, si celui-ci intervient pendant la période d'indemnisation.

Aucune prestation n'est due en cas d'incapacité temporaire partielle.

En cas de résiliation de la présente convention, les Indemnités Temporaires Relais sont servies jusqu'à leur terme.

b) Niveaux des prestations garanties

L'Adhérent peut choisir entre 40 niveaux de prestations, multiples de la garantie de base suivante : 10 € par jour sauf pour les Professions Paramédicales limitées à 31 niveaux.

Pour l'adhésion du Créateur d'entreprise, les garanties sont limitées au niveau 20, soit 200 € par jour, sauf pour les professions para médicales où elles sont limitées à 10 niveaux.

c) Délais de franchise

Les Indemnités Temporaires Relais sont versées après expiration du délai de franchise choisi par le membre participant.

Le membre participant a le choix entre les franchises suivantes :

- Franchise absolue de 15 jours ou 30 jours en cas de maladie, d'accident, ou d'hospitalisation.

Ces franchises 15 jours, 30 jours peuvent être ramenées à une durée de 3 jours en cas d'accident ou dans le cas d'une hospitalisation d'une durée supérieure à 3 jours, moyennant une cotisation supplémentaire.

- Franchise de 90 jours en cas de maladie, 3 jours en cas d'accident ou dans le cas d'une hospitalisation d'une durée supérieure à 3 jours.

d) Durée de versement des Indemnités Temporaires Relais

Les Indemnités Temporaires Relais sont versées tant que dure l'incapacité temporaire totale de travail, et au plus tard jusqu'au terme de la période d'indemnisation fixée au 90^e jour qui suit le début de l'arrêt de travail, jusqu'à son départ en retraite ou l'âge auquel il peut faire valoir ses droits à retraite à taux plein et au plus tard jusqu'à son 68^e anniversaire, si celui-ci intervient pendant la période d'indemnisation.

Article 7

GARANTIE FRAIS PROFESSIONNELS

Il n'est possible d'adhérer à ces garanties qu'en complément d'au moins une des garanties Rente Viagère de Conjoint définies à l'article 4 de la présente convention ou Décès en capital de la convention n° 01 - 015 selon la règle suivante : le total des niveaux de garantie décès à souscrire (hors décès accidentel) doit être au moins égal à la moitié des niveaux des garanties arrêt de travail retenues.

Le Conjoint collaborateur ne peut adhérer à cette Garantie.

a) Allocations Journalières Forfaitaires

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail du membre participant constatée après la date d'effet figurant sur le Certificat d'adhésion, avant son départ en retraite ou l'âge auquel il peut faire valoir ses droits à retraite à taux plein et au plus tard avant son 68^e anniversaire, la Mutuelle verse au membre participant, les allocations journalières forfaitaires dont le montant est indiqué sur le Certificat d'adhésion, après expiration du délai de Franchise et sous réserve de l'application des Périodes d'attente définies à l'article 8-2-a.

b) Niveaux des prestations garanties

L'Adhérent peut choisir entre 23 montants de prestations, de 10 euros à 230 euros par jour, par tranche de 10 euros.

Pour l'adhésion du Créateur d'entreprise, les garanties sont limitées au niveau 10, soit 100 € par jour.

c) Délais de franchise

Les allocations journalières forfaitaires sont versées après expiration du délai de Franchise choisi par le membre participant.

Le membre participant a le choix entre les Franchises suivantes :

- Franchise absolue de 15 jours ou 30 jours en cas de maladie, d'Accident ou d'hospitalisation.

d) Durée de versement des allocations journalières forfaitaires Frais Professionnels

L'Adhérent a le choix entre 2 durées maximales d'indemnisation pour la garantie allocations journalières forfaitaires Frais Professionnels, à savoir jusqu'au 180^e jour ou 365^e jour suivant le début de l'arrêt de travail.

La durée de versement des prestations est comprise entre les termes de la Franchise et de la durée de versement des indemnités journalières, choisis par le membre participant.

Article 8

EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

8.1 RISQUES EXCLUS

a) Sont exclus de la GARANTIE DÉCÈS :

- Le suicide conscient ou inconscient survenu dans la première année d'adhésion ou dans l'année suivant une éventuelle remise en vigueur de l'adhésion ou une éventuelle augmentation du capital assuré. Dans ce dernier cas, seule la fraction du capital correspondant à l'augmentation est visée.
- La guerre, déclarée ou non, quelle que soit la forme qu'elle prend (invasion, guerre civile ou étrangère, insurrection, mutinerie, soulèvement militaire...),
- Les sinistres résultant de la fission ou fusion nucléaire ou de la radioactivité, ainsi que leurs conséquences directes ou indirectes,
- Le risque de navigation aérienne : l'accident survenu au cours de vols de compétition ou d'essai, de raids, de matches ou d'acrobaties aériennes est exclu.

En dehors de ces cas, le décès résultant d'un accident de la navigation aérienne donne lieu à garantie, si le membre participant se trouvait à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé et une licence non périmée, ce pilote ne pouvant être le membre participant lui-même.

b) Garantie en cas de PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE :

La garantie en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est soumise aux mêmes exclusions que la garantie Décès et aux exclusions suivantes :

- Toute tentative consciente ou inconsciente de suicide,
- Tout fait intentionnel du membre participant ou d'un bénéficiaire (mutilation volontaire, par exemple),
- Tout acte médical non justifié par l'état de santé du membre participant (chirurgie esthétique, traitement de rajeunissement, par exemple),
- Les conséquences et séquelles d'accident ou de maladie dont la première constatation est antérieure à l'adhésion et dont l'exclusion a été notifiée expressément au membre participant ou non déclarées à l'adhésion,
- La manipulation d'explosifs,
- L'alcoolémie du membre participant, ou l'ivresse manifeste du membre participant lorsque le taux d'alcool dans le sang est égal ou supérieur au taux légal prévu en matière de circulation routière,
- Les affections qui sont la conséquence d'un comportement d'intoxication éthylique chronique,
- L'usage par le membre participant de drogues, de stupéfiants ou produits toxiques non prescrits médicalement ou consommés au delà des doses prescrites,
- La participation du membre participant à des rixes, émeutes ou mouvements populaires, crimes, actes de terrorisme ou de sabotage,
- Les cataclysmes,
- La pratique par le membre participant d'un sport quelconque à titre professionnel ou à titre d'amateur avec compétitions ou concours au niveau national ou international, y compris pendant les périodes d'entraînement,
- La participation du membre participant, en qualité de conducteur ou de passager, à des compétitions de toute nature avec usage de véhicules quelconques, à leurs essais ou entraînements préparatoires,
- La pratique par le membre participant d'une activité à risques : alpinisme (escalade ou varappe), ski hors piste, ski acrobatique, bobsleigh, toutes formes de boxes, catch, plongée sous-marine,

spéléologie, rafting, canyoning ou de sports aériens dangereux : deltaplane, ULM, parachutisme, parapente, aile volante, aérostat, tout sport aérien nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur, kitesurf, vol à voile et saut en élastique,

- Les exhibitions, tentatives de records, paris,
- Les troubles, ainsi que leurs conséquences et séquelles, d'origine psychique, y compris dépressions nerveuses, syndrome anxio-dépressif, surmenage, surmenage professionnel, « fatigue », asthénie, névrose d'où syndrome névrotique, psychose, d'où syndrome psychotique, sauf pendant la période d'hospitalisation en établissement spécialisé.

Cependant, les garanties s'exercent sur les conséquences des infirmités existant au moment de l'adhésion et des affections ayant fait l'objet d'une constatation ou d'une intervention médicale avant l'adhésion, à la condition toutefois :

- que ces affections aient été déclarées au questionnaire de santé,
- et qu'elles n'aient pas fait l'objet d'une exclusion dont la mention est portée sur le Certificat d'adhésion.

c) Garanties INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE ET INVALIDITÉ PERMANENTE, RELAIS ET FRAIS PROFESSIONNELS :

Les exclusions mentionnées aux articles 8-1 a et 8-1 b s'appliquent à ces garanties ainsi que les exclusions suivantes :

- Les cures de toute nature, mêmes prescrites médicalement, notamment cures thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication, même effectuées en établissements hospitaliers, ainsi que les séjours en maisons de repos,

8.2 LIMITATIONS PARTICULIÈRES

a) Période d'attente applicable aux garanties incapacité, invalidité, relais et frais professionnels

Les maladies survenant dans les 90 jours suivant la date d'effet de l'adhésion ainsi que leurs suites et conséquences éventuelles ne donnent pas lieu à indemnisation.

La période d'attente est portée à 360 jours pour toute affection liée à une maladie mentale ou un trouble de la personnalité.

Après acceptation médicale du dossier d'adhésion, les Périodes d'attente peuvent être abrogées lorsque l'adhésion au contrat APICIL PREVENTIEL + Pro remplace, sans interruption dans le temps, un contrat de même nature et de même montant précédemment souscrit par le membre participant. Dans ce cas, cette mention sera confirmée par écrit.

b) États antérieurs

Les garanties s'exercent sur les conséquences des affections ou infirmités :

- dont la première manifestation intervient après expiration de la Période d'attente pour les affections soumises à ce délai,
- existant au moment de l'adhésion ou survenues précédemment à l'adhésion, sous réserve qu'elles aient été déclarées sur le questionnaire médical ou sur le rapport médical d'adhésion et qu'elles n'aient pas fait l'objet d'une exclusion mentionnée sur le Certificat d'adhésion.

c) Activités sportives

La pratique de certains sports ou activités à risques spécifiques non visés précédemment à l'article 8-1 « risques exclus » pourra, après acceptation par la Mutuelle, faire l'objet d'un aménagement des garanties précisé sur le Certificat d'adhésion.

d) Affections disco-vertébrales

Toutes les pathologies disco-vertébrales sont assimilées à une maladie et indemnisées comme telles.

Article 9

ADMISSION - RADIATION

a) Conditions d'admission

La personne proposée à l'adhésion doit, lors de l'adhésion, être âgée au minimum de 18 ans et de moins de 65 ans.

Lors de l'adhésion, l'Adhérent et la personne proposée à l'adhésion devront :

- remplir et signer un Bulletin d'adhésion,
- répondre aux questions complémentaires éventuellement posées par la Mutuelle.

La personne proposée à l'adhésion devra :

- remplir et signer le questionnaire médical inclus dans le Bulletin d'adhésion,
- fournir les pièces médicales réclamées,
- remplir le cas échéant la déclaration sur l'honneur pour les non-fumeurs.

L'adhésion aux garanties applicables en cas d'arrêt de travail est réservée aux membres participants exerçant effectivement une activité professionnelle à plein temps.

La Mutuelle se réserve la possibilité, au vu des résultats des examens médicaux, de limiter ou de refuser l'adhésion des personnes qui lui paraîtraient constituer un risque aggravé, sans avoir à justifier sa décision.

La Mutuelle pourra aussi proposer une surprime en cas de risque aggravé pour des raisons médicales ou en raison de la pratique par le membre participant de certains sports ou activités à risques (conformément à l'article 8-2-c).

Dans tous les cas, l'acceptation d'une demande d'adhésion par la Mutuelle donnera lieu à l'émission d'un Certificat d'adhésion, en deux exemplaires. Les garanties ne sont acquises qu'à réception par la Mutuelle, d'un exemplaire signé par l'Adhérent et après paiement de la première cotisation sous réserve de son encaissement.

Si l'acceptation d'une personne proposée à l'adhésion rend nécessaire une limitation de la garantie ou une surprime, la Mutuelle adressera à l'Adhérent une contre proposition lui indiquant les restrictions de garantie ou la surprime. Cette lettre devra être retournée, datée et signée, dans un délai de trente jours pour marquer l'accord définitif des parties. En cas d'accord, le Certificat d'adhésion fera apparaître la surprime ou l'existence de réserves, lesquelles s'ajouteront aux Conditions Générales du présent contrat.

En cas de refus d'acceptation par la Mutuelle, celui-ci sera notifié à l'Adhérent par un courrier recommandé.

b) Catégories professionnelles

Les Adhérents sont répartis en cinq groupes pour tenir compte du niveau de risque correspondant à leur activité professionnelle :

CP 1 : Professions libérales : médicales et expertises

Professions Médicales concernées (liste non exhaustive) :

Anesthésiste, Cardiologue, Chirurgien, Chirurgien dentiste, Dentiste, Dermatologue, Endocrinologue, Gynécologue, Médecin généraliste, Ophtalmologue, Orthodontiste, Oto-rhino-laryngologiste (ORL), Pédiatre, Psychiatre, Radiologue, Sage-femme, Vétérinaire...

Professions Expertises concernées (liste exhaustive) :

Agent général, Analyste financier, Archéologue, Assureur, Audit et conseil, Auditeur financier (consultant), Avocat, Avoué, Clerc de notaire, Commissaire aux comptes, Commissaire priseur, Concepteur multimédia (si ingénieur), Conseil en gestion de patrimoine, Courtier en assurances, Expert Comptable, Expert en objet d'art, Greffier, Huissier de justice, Infographiste, Informaticien, Ingénieur, Interprète, Juriste, Liquidateur judiciaire, Magistrat, Mandataire de justice, Notaire, Traducteur, Webmaster...

CP 2 : Professions libérales paramédicales

Professions concernées (liste non exhaustive) :

Biologiste, Consultant pharmaceutique, Diététicien, Infirmier, Kinésithérapeute, Laborantin, Masseur kinésithérapeute, Opticien,

Orthopédiste, Orthophoniste, Orthoptiste, Ostéopathe, Pédicure, Pharmacien, Podologue, Préparateur en pharmacie, Prothésiste, Psychanalyste, Psychologue, Psychomotricien, Psychothérapeute, Sophrologue...

CP 3 : Autres Professions libérales (hors médicales, expertises et paramédicales)

Professions concernées (liste non exhaustive) :

Acupuncteur (hors médecin), Administrateur de biens, Administrateur judiciaire, Agent de change, Agent immobilier, Animateur, Architecte, Assistant commercial, Assistant de direction, Barman, Bailleur, Bureau d'étude, Cartographe, Chef de chantier, Chef d'équipe, Chef de projet, Chiropracteur (hors médecins), Coaching (libéral), Concepteur multimédia (autre), Conseil en brevet d'invention, Conseiller financier, Conseiller juridique, Consultant marketing, Courtier en publicité, Courtier maritime, Dessinateur, Directeur commercial, Enseignant, Ergonome, Ergothérapeute, Expert agricole et foncier, Expert automobile, Formateur, Généalogiste, Géologue, Géomètre, Graphiste, Graphologue, Homéopathe, Instituteur, Loueur, Maître d'œuvre, Métreur, Naturaliste, Naturopathe (hors médecin), Œnologue, Phyt thérapeute (hors médecin), Praticien shiatsu, Préparateur de commande, Promoteur immobilier, Publiciste, Puéricultrice, Réceptionniste, Reflexologue, Secrétaire, Sociologue, Standardiste, Stomatologue, Technico-commercial, Télé-conseiller, Topographe...

CP 4 : Artisans / Commerçants sans risques professionnels

Qui exercent une profession ne comportant pas de travail manuel ou un travail manuel occasionnel peu important et non dangereux.

Professions concernées (liste non exhaustive) :

Antiquaire, Armurier, Batelier, Bibliothèque, Blanchisseur, Boucher, Boulanger, Bouquiniste, Brocanteur, Buraliste, Caviste, Charcutier, Chocolatier, Coaching Sportif, Coiffeur, Coiffeur à domicile, Comptable, Confiseur, Cordonnier, Couturier, Créateur (mode), Crémier, Décorateur, Disquaire, Documentaliste, Droguiste, Editeur, Eleveur, Encadreur, Epicier, Esthéticienne, Fleuriste, Fourreur, Herboriste, Imprimeur, Jardinier, Laveur de vitre (< de 15 mètres), Libraire, Marchand de bestiaux, Marchand de biens, Marchand de vin, Maroquinier, Matelassier, Négociant en bois, Papetier, Parfumeur, Pâtissier, Paysagiste, Pépiniériste, Photographe, Pisciculteur, Poissonnier, Pompiste, Potier, Pressing, Quincaillier, Réparateur de TV, Représentant de Commerce, Sommelier, Styliste, Tapissier sur meuble, Teinturier, Tisseur, Toilettier canin, Traiteur, Urbaniste...

CP 5 : Artisans / Commerçants à risques professionnels

Qui exercent une profession comportant des déplacements fréquents et/ou un travail manuel important avec utilisation d'outillage et/ou manipulation de marchandises dangereuses.

Professions concernées (liste non exhaustive) :

Aide à domicile, Affûteur, Agent commercial, Agent d'entretien (hors femme de ménage), Agent territorial, Agriculteur, Ajusteur, Ambulancier, Autocariste, Auxiliaire de vie, Bijoutier, Briquetier, Cafetier, Cariste, Carreleur, Carrossier, Casseur automobile, Céramiste, Charpentier, Charron, Chaudronnier, Chauffagiste, Chauffeur routier, Conducteur d'engin, Couvreur, Cuisinier, Déménageur, Démolisseur, Dentiste équin, Déménageur, Désosseur, Ebéniste, Électricien, Eleveur de chevaux, Entraîneur de chevaux, Entrepreneur du bâtiment, Exploitant Agricole, Ferronnier, Forgeron, Fraiseur, Frigoriste, Fumiste, Garagiste avec travail manuel, Grutier, Guide touristique, Horloger, Horticulteur, Hôtelier, Installateur électrique, Joaillier, Journaliste, Laveur automobile, Livreur, Maçon, Magasinier, Mandataire immobilier, Manutentionnaire, Maquignon, Maraîcher, Marbrier, Marchand Forain (Commerçant ambulante => marché), Maréchal Ferrand, Mécanicien, Menuisier, Menuisier - métallicien et alu, Meunier, Minotier, Miroitier, Moniteur auto-école, Monteur d'ascenseur, Monteur électricien, Motoriste, Orfèvre, Organisateur de foire et salon, Ostréiculteur, Peintre en bâtiment, Pisciniste, Pizzaiolo (tous), Plaquiste, Plâtrier, Plombier zingueur, Poseur d'antenne TV, Ramoneur, Ravaleur, Reporter, Restaurateur, Restaurateur de meuble d'art, Scieur, Serrurier, Serveur, Soudeur, Souffleur de verre, Sylviculteur, Tailleur de pierre, Taxi (chauffeur de), Terrassier, Tôlier, Transporteur routier, Verrier, Viticulteur, Vitrier, VRP, Zingueur...

Si la profession exercée ne figure pas parmi les exemples, il convient de contacter votre conseiller.

A l'adhésion, la Mutuelle indique à chaque Adhérent la catégorie professionnelle dont il relève.

c) Limitations particulières :

Les professions ou activités très dangereuses, particulières ou à risques, sont exclues du champ d'application de la convention, notamment les personnes :

- qui travaillent en haute montagne, les guides de montagne, guides de chasse, explorateurs, ethnologues,
- qui manipulent des explosifs, artificiers, personnels d'usine d'armements, démineurs,
- qui travaillent sur plates-formes off shore, ouvrages d'art et de BTP d'une hauteur supérieure à 15 mètres, sur échafaudages, laveurs de vitre (à plus de 15 mètres de hauteur), élagueurs,
- chargées du maintien de l'ordre, de surveillance, de sécurité, les convoyeurs de fonds, vigile, maîtres chien, gendarmes, militaires, policiers, pompiers, sapeurs pompiers y compris bénévoles, détectives,

Les exploitants forestiers, bûcherons, berger, marins pêcheurs, carriers (mines), puisatiers, mineurs de fond et travaux souterrains ou sous-marins, dockers, ouvriers portuaires,

Les sportifs professionnels, moniteurs de ski, professeurs de sport, les personnes exerçant des emplois saisonniers,

Les artistes auteurs, professionnels du cirque, professionnels du spectacle, intermittents du spectacle, artistes de music-hall ou de variétés, artistes peintre, écrivains, auteurs compositeurs, chanteurs, acteurs, comédiens, mannequins, metteurs en scène, scénaristes (intermittent), dialoguistes (intermittents), magiciens, cascadeurs, musiciens, jockeys,

Les aides soignant salariés, femmes de ménage, employés de maison, gardiens d'immeuble, agents de service technique sédentaire (fonctionnaire territorial), employés administratifs, employés, agents fonction publique, assistantes maternelles en crèche familiale ou municipale, directeurs (école),

Les astrologues, cartomanciens, magnétiseurs, voyants,

Les employés de commerce, commerciaux, forains, marchands forain, vendeurs, caissiers, hôtesse d'accueil,

Les opérateurs qualifiés, ouvriers agricoles, ouvriers, techniciens.

Sont aussi exclues les personnes sans domicile fixe, sans activité professionnelle (chômeurs).

Les personnes ne travaillant pas à temps complet ne peuvent adhérer à des garanties applicables en cas d'arrêt de travail.

d) Date d'effet - renouvellement de l'adhésion

L'adhésion prend effet pour chaque membre participant à la date indiquée sur le Certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la date de réception du Bulletin d'adhésion par la Mutuelle ou à la date d'acceptation médicale par la Mutuelle.

Cependant, les garanties ne sont acquises qu'à réception par la Mutuelle du Certificat d'adhésion signé par l'Adhérent et après paiement de la première cotisation sous réserve de son encaissement.

L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction, pour un an, à chaque échéance annuelle.

e) Modification du risque

L'Adhérent qui bénéficie de garanties autres que celles prévues en cas de décès doit avertir la Mutuelle par lettre recommandée :

- s'il change de profession, d'occupation ou s'il exerce sa profession dans des conditions autres que celles déclarées à l'adhésion,
- s'il pratique des activités sportives différentes de celles signalées à l'adhésion.

Le changement de profession ou d'occupation entraîne le classement de l'Adhérent dans le groupe professionnel correspondant à sa nouvelle activité, et l'application du tarif propre à ce groupe.

Une activité sportive aggravante pourra entraîner, le cas échéant, un aménagement ou une limitation des garanties.

Le membre participant a l'obligation de déclarer s'il se met ou se remet à fumer en cours de contrat. Il y aura alors application des tarifs fumeurs dès la plus proche échéance de paiement des cotisations.

f) Modification des garanties

L'Adhérent peut demander l'augmentation du niveau de ses garanties, une fois au cours de l'année, par lettre recommandée, avec un préavis de 2 mois, sous réserve d'acceptation par la Mutuelle.

Pour une demande de diminution des garanties, sauf si cette diminution fait suite à un changement de profession ou de conditions d'exercice de sa profession, celle-ci doit se faire par un courrier recommandé, avec un préavis de 2 mois, pour une date d'effet au 1^{er} janvier uniquement.

Dans le cas d'une demande d'augmentation des prestations, le membre participant doit remplir un nouveau Bulletin d'adhésion et un questionnaire de santé et se soumettre aux éventuelles formalités médicales demandées par la Mutuelle.

Il devra en outre justifier cette augmentation pour les garanties Incapacité Invalidité, Relais, et Frais Professionnels.

Toute modification de garanties donne lieu à l'émission d'un nouveau Certificat d'adhésion.

Article 10

RENONCIATION

Dans tous les cas où il n'a pas fait l'objet d'un démarchage à domicile, l'Adhérent dispose d'un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception du Certificat d'adhésion pour renoncer à l'adhésion, par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception à la Mutuelle, conformément au modèle figurant dans le Bulletin d'adhésion.

L'exercice de cette faculté entraîne la restitution par la Mutuelle de l'intégralité des sommes versées par l'Adhérent, dans un délai de 30 jours calendaires révolus à partir de la réception de la lettre recommandée.

Toutes les garanties cessent dès réception de la lettre de demande de renonciation.

Article 11

RÉSILIATION

L'adhésion prend fin :

- En cas de résiliation par l'Adhérent, au 31 décembre d'un exercice, sous réserve que la demande ait été faite par lettre recommandée avec un préavis de deux mois.
- En cas de résiliation par la Mutuelle, dans un délai de deux ans suivant l'adhésion au présent contrat, avec un préavis de deux mois.
- En cas de non-paiement de la cotisation.

À défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours suivant son échéance, l'Adhérent sera informé, par lettre recommandée adressée à son dernier domicile connu, que le défaut de paiement de cotisations ou fractions de cotisation échues entraînera la résiliation de l'adhésion 40 jours après l'envoi de la lettre recommandée, à moins que les cotisations dues n'aient été versées entre-temps.

En cas de décès ou de constatation de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie du membre participant survenant alors qu'il y a défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation ou pendant le délai de 40 jours après l'envoi de la lettre recommandée, le capital versé par la Mutuelle sera diminué du montant des cotisations arriérées.

À la demande de l'Adhérent, l'adhésion résiliée pourra être remise en vigueur dans les 60 jours qui suivent la résiliation, sous réserve

du paiement des cotisations arriérées, de la production de résultats d'examens médicaux du membre participant jugés satisfaisants par la Mutuelle et du paiement des cotisations échues et à échoir. Le coût des examens médicaux sera à la charge de l'Adhérent. **La Mutuelle prendra expressément position sur la remise en vigueur et un avenant sera délivré.**

Article 12

CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent de produire leurs effets :

- au départ en retraite du membre participant,
- à l'âge auquel le membre participant peut faire valoir ses droits à retraite à taux plein,
- en tout état de cause la veille du 68^e anniversaire du membre participant,
- en cas de non-paiement des cotisations,
- en cas de résiliation de l'adhésion notifiée par lettre recommandée deux mois avant la date de l'échéance annuelle fixée au 1^{er} janvier de chaque année,
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans les déclarations à la souscription ou en cours de contrat, conformément aux dispositions des articles L. 221-14 et L. 221-15 du Code de la Mutualité.

Article 13

COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance selon la périodicité choisie par l'Adhérent - annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle. Le prélèvement automatique est obligatoire si l'Adhérent opte pour un paiement mensuel.

L'encaissement de la première cotisation ne préjuge pas de la position ultérieure de la Mutuelle qui se réserve la possibilité de limiter ou de refuser l'adhésion des personnes qui lui paraîtraient constituer un risque aggravé. En cas de refus d'adhésion, la partie de cotisation éventuellement encaissée sera intégralement remboursée.

Les cotisations sont calculées en tenant compte de l'âge du membre participant à la date d'exigibilité du paiement de la cotisation, du montant des garanties souscrites et du tarif en vigueur à cette date.

Le tarif peut évoluer annuellement en fonction des résultats du contrat et de l'évolution de la mortalité de la population assurable.

Article 14

CHANGEMENT DE DOMICILE

Pour tout changement de domicile, en France ou hors de France, l'Adhérent devra, par lettre recommandée avec avis de réception, informer la Mutuelle de son changement d'adresse pour y recevoir toutes communications. À défaut, les lettres recommandées adressées à son dernier domicile connu produiront tous leurs effets.

Article 15

RÈGLEMENT DES PRESTATIONS ASSURÉES

Les sommes dues par la Mutuelle sont payables dans les 30 jours qui suivent la réception par la Mutuelle :

- du Certificat d'adhésion
- des avenants éventuels,
- de la copie du livret de famille de chaque bénéficiaire,

auxquels s'ajoutent :

En cas de Décès :

- une déclaration de sinistre,
- un acte de naissance du décédé,
- un extrait d'acte de décès,
- un certificat de notoriété ou un acte de notaire,
- les justificatifs de paiement des prestations en espèces de la sécurité sociale,
- une copie du livret de famille tenu à jour,
- les justificatifs des personnes « à charge »,
- un certificat médical indiquant la nature de l'affection ayant entraîné le décès,
- le cas échéant, la preuve que le décès est accidentel (P.V. de gendarmerie par exemple).

Pour la Rente de Conjoint :

- l'attestation d'engagement établie par le greffe du tribunal pour le partenaire lié par un PACS, bénéficiaire de la garantie.

Pour la garantie Rente Education :

- un certificat de scolarité pour chacun des enfants bénéficiaires,
- la copie du livret de famille du tuteur des enfants mineurs,
- l'extrait de délibération du conseil de famille ayant nommé les tuteurs des enfants mineurs et de la décision du juge des tutelles.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- la déclaration d'invalidité (PTIA) doit être faite par le membre participant (ou ses proches) dès qu'il a eu connaissance de son état. Cette déclaration doit comporter toutes les justifications nécessaires. Elle peut se faire par la production de la notification de la sécurité sociale ou de toutes pièces justifiant de l'état du membre participant, en particulier un certificat médical.

La Mutuelle se réserve le droit de demander, le cas échéant, toute pièce complémentaire nécessaire à l'instruction du dossier.

En cas d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente :

1) Déclaration de sinistre :

Sauf cas de force majeure, le membre participant doit déclarer tout arrêt de travail au cours des 30 premiers jours de l'incapacité.

À défaut, les Franchises contractuelles seront décomptées à partir du jour de réception de la déclaration par la Mutuelle.

Cette déclaration doit être accompagnée d'un certificat médical précisant :

- la date de début de l'incapacité et sa durée prévisible,
- la nature exacte des lésions, des blessures ou de l'affection, les antécédents éventuels et l'évolution probable de la pathologie,
- les répercussions de l'affection sur l'activité professionnelle du membre participant,
- les salariés devront fournir également dès que possible une copie du décompte de la sécurité sociale.

Ultérieurement, le membre participant fournira :

- un certificat de prolongation de l'arrêt de travail ou au contraire un certificat indiquant la date de reprise, même partielle de l'activité.

Cette liste n'est pas limitative et peut être modifiée en fonction de l'évolution de la législation.

2) Contrôle :

Pour justifier son arrêt de travail le membre participant s'oblige à fournir à la Mutuelle tous les éléments du dossier qui peuvent lui être demandés, il doit également se soumettre aux examens de contrôle effectués par le médecin missionné par la Mutuelle.

Dans le cas où le membre participant ne peut se déplacer, le médecin de la Mutuelle doit avoir accès à son lieu de résidence pour pouvoir constater médicalement son état.

Le membre participant doit toujours indiquer à la Mutuelle l'adresse où il peut être valablement joint et signaler par courrier recommandé tout changement d'adresse.

À défaut, ses droits contractuels sont suspendus jusqu'à ce qu'il soit soumis à l'examen de contrôle demandé par la Mutuelle.

Après ceci et si l'état de santé du membre participant le justifie, le droit à indemnité ne s'applique qu'à la période consécutive au contrôle.

Les mêmes limitations s'appliquent au membre participant qui ne se présente pas à la convocation du médecin de la Mutuelle.

3) Rechute :

En cas de rechute dans les deux mois suivant la reprise d'activité, aucun délai de Franchise n'est appliqué.

4) Procédure d'arbitrage :

En cas de désaccord sur l'appréciation de l'état de santé du membre participant, les parties choisissent un médecin tiers arbitre.

Faute d'entente sur son choix, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile du membre participant. Les frais sont supportés par moitié entre la Mutuelle et l'Adhérent.

Article 16

REVALORISATION DES PRESTATIONS

Les prestations en cas de décès au titre des garanties rente éducation et rente de conjoint ainsi que les prestations en cas d'arrêt de travail, servies depuis plus d'un an, sont revalorisées chaque année, au 1^{er} janvier de l'année N en fonction de l'évolution du point AGIRC entre le 31 décembre de l'année N-1 et le 31 décembre de l'année N-2, dans la limite des disponibilités des fonds de revalorisation définis ci-après.

Le Fonds Non Vie est alimenté par :

- un prélèvement égal à 3% des cotisations hors taxes, encaissées dans un exercice au titre des garanties Incapacité temporaire totale et Invalidité permanente,
- les produits financiers générés par les fonds.

Le Fonds Vie est alimenté par :

- 90% des bénéfices techniques et financiers conformément à l'article D. 212-1 et suivants du Code de la Mutualité,
- les produits financiers générés par les fonds.

À défaut d'alimentation par la participation aux bénéfices, le Fonds Vie est également alimenté par un prélèvement égal à 3% des cotisations hors taxes, encaissées dans un exercice au titre des garanties en cas de décès.

Le montant de ces deux fonds sera limité à 5 ans de revalorisation sur la base de la dernière revalorisation connue, et ce, appliqué au montant des provisions techniques.

Article 17

PRESCRIPTION

Conformément à l'article L. 221-11 du Code de la Mutualité, toutes actions dérivant de l'adhésion à ce contrat sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

Quand l'action du Membre participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle 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 le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Ce délai est porté à 10 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du membre participant et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (cf. articles 2240 et suivants du code civil), et par :

- la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception :
 - à la Mutuelle, adressée par l'Adhérent, le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit, en ce qui concerne le règlement des prestations.
 - à l'Adhérent, par la Mutuelle, en ce qui concerne le paiement des cotisations.

Article 18

RÉCLAMATIONS - MÉDIATION - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

Les éventuelles réclamations sont à adresser à la Mutuelle à l'adresse suivante :

MICILS
Service Qualité Client
69648 CALUIRE ET CUIRE CEDEX

Si le désaccord persiste, le membre participant a la possibilité de saisir le Médiateur par courrier à l'adresse suivante :

MICILS
Le Médiateur
38, rue François Peissel
69300 CALUIRE ET CUIRE

Si un désaccord persistait, le différend pourra être soumis au Tribunal compétent.

L'Autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) située au 61, rue Taitbout - 75436 PARIS cedex 09.

Article 19

EFFET - DURÉE ET RENOUVELLEMENT DU CONTRAT COLLECTIF

Le présent contrat prend effet au 01/01/2013. Il est souscrit pour une période se terminant le 31 décembre 2013. Il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année sauf dénonciation par le Souscripteur ou par la Mutuelle, par lettre recommandée avec avis de réception, moyennant un préavis de 2 mois.

En cas de dénonciation du contrat collectif, les adhésions en cours sont maintenues, sur demande de l'Adhérent, au plus tard jusqu'au terme des garanties, c'est-à-dire jusqu'au 68^e anniversaire du membre participant pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie et Décès, Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente, Relais et Frais Professionnels.

Article 20

ARBITRAGE

Tous les litiges auxquels l'interprétation, l'exécution ou la résiliation du présent contrat donnerait lieu entre l'Adhérent et la Mutuelle, pourront faire, sous réserve de l'accord des parties, l'objet d'un arbitrage dans les conditions prévues aux Titres II, III, IV du livre IV du Code de Procédure Civile.

Si les parties choisissent la procédure arbitrale, chaque partie désignera son arbitre, le tribunal arbitral étant complété par un troisième arbitre nommé soit par les arbitres désignés, soit à défaut d'accord entre ces derniers par le Président du Tribunal de Grande Instance de Lyon, saisi par voie de référé sur requête de la partie la plus diligente.

Si le défendeur ne choisissait pas son arbitre dans les 15 jours suivant une sommation faite par lettre recommandée avec accusé de réception, ce dernier serait nommé par le Président du Tribunal de Grande Instance de Lyon, saisi par voie de référé.

Article 21

DÉMARCHAGE À DOMICILE

Lorsque la personne proposée à l'Adhésion a fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, les dispositions suivantes du code de la consommation s'appliquent :

Article L. 121-23

Les opérations visées à l'article L. 121-21 doivent faire l'objet d'un contrat dont l'exemplaire doit être remis au client au moment de la conclusion de ce contrat et comporter, à peine de nullité, les mentions suivantes :

- 1° Noms du fournisseur et du démarcheur ;
- 2° Adresse du fournisseur ;
- 3° Adresse du lieu de conclusion du contrat ;
- 4° Désignation précise de la nature et des caractéristiques des biens offerts ou proposés ;
- 5° Conditions d'exécution du contrat, notamment les modalités et le délai de livraison des biens, ou d'exécution de la prestation de services ;
- 6° Prix global à payer et modalités de paiement; en cas de vente à tempérament ou de vente à crédit, les formes exigées par la réglementation sur la vente à crédit, ainsi que le taux nominal de l'intérêt et le taux effectif global de l'intérêt déterminé dans les conditions prévues à l'article L. 313-1 ;
- 7° Faculté de renonciation prévue à l'article L. 121-25, ainsi que les conditions d'exercice de cette faculté, et de façon apparente, le texte intégral des articles L. 121-23, L. 121-24, L. 121-25 et L. 121-26.

Article L. 121-24

Le contrat visé à l'article L. 121-23 doit comprendre un formulaire détachable destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation dans les conditions prévues à l'article L. 121-25.

Un décret en Conseil d'Etat précisera les mentions devant figurer sur ce formulaire. Ce contrat ne peut comporter aucune clause attributive de compétence. Tous les exemplaires du contrat doivent être signés et datés de la main même du client.

Article L. 121-25

Dans les sept jours, fériés compris, à compter de la commande ou de l'engagement d'achat, le client a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception. Si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Toute clause du contrat par laquelle le client abandonne son droit de renoncer à sa commande ou à son engagement est nulle et non avenue.

Le présent article ne s'applique pas aux contrats conclus dans les conditions prévues à l'article L. 121-27.

Article L. 121-26

Avant l'expiration du délai de réflexion prévu à l'article L. 121-25, nul ne peut exiger ou obtenir du client, directement ou indirectement, à quelque titre ni sous quelque forme que ce soit une contrepartie quelconque ni aucun engagement ni effectuer des prestations de services de quelque nature que ce soit.

Toutefois, la souscription à domicile d'abonnement à une publication quotidienne et assimilée, au sens de l'article 39 bis du code général des impôts, n'est pas soumise aux dispositions de l'alinéa précédent dès lors que le consommateur dispose d'un droit de résiliation permanent, dans un délai de quinze jours, des sommes versées au prorata de la durée de l'abonnement restant à courir.

En outre, les engagements ou ordres de paiement ne doivent pas être exécutés avant l'expiration du délai prévu à l'article L. 121-25 et doivent être retournés au consommateur dans les quinze jours qui suivent sa rétractation.

Les dispositions du deuxième alinéa s'appliquent aux souscriptions à domicile proposées par les associations et entreprises agréées par l'Etat ayant pour objet la fourniture de services mentionnés à l'article L. 129-1 du code du travail sous forme d'abonnement.

Le présent document est complété par une annexe tarifaire Réf. APICIL PREVENTIEL +, en vigueur en 2013. Ce tarif est révisable conformément à l'article 13.

Fait à Caluire, le 2 juillet 2013

APICIL UPESE ASSOCIATION

MICILS



MICILS, mutuelle régie par le livre II du Code de la Mutualité et immatriculée sous le numéro 302 927 553, dont le siège social est situé au 38, rue François Peissel - 69300 CALUIRE ET CUIRE - www.apicil.com