



AG2R LA MONDIALE

PRÉVOYANCE CERTIFICAT D'ADHÉSION

Prévoyance
Protection
des
Revenus

À RAPPELER LORS DE CHAQUE CORRESPONDANCE :

N° d'adhésion : AN132011374000

N° de sociétaire : P7509715

Adhérent : Mme DENNER née MOREAU Audrey

Né(e) le 17 avril 1982

Demeurant : 63 AVENUE DE LA REPUBLIQUE 33450 ST LOUBES

Profession : COMMERCANTE

Classe professionnelle : 2

A adhéré au contrat d'assurance de groupe Prévoyance Protection des Revenus numéro 170911 M souscrite par AMPHITÉA auprès de PRIMA.

L'adhésion est effectuée dans le cadre fiscal de la loi Madelin.

Elle prend effet le 01 juillet 2021 sous réserve du paiement de la première cotisation, déduction faite de l'acompte, et cessera au plus tard le 31 décembre qui suit le 70^e anniversaire de l'adhérent.

CARACTÉRISTIQUES DU CONTRAT

Le revenu de référence de l'adhérent à l'adhésion est de 0,75 Plafond(s) Annuels de la Sécurité Sociale (PASS) soit 30 852 €.

Les montants du revenu de référence, des garanties et des cotisations sont indexés chaque année, en fonction de l'évolution du PASS.

La présente adhésion, qui a pour base les déclarations de l'assuré, est établie conformément à la proposition d'assurance qu'il a signée et dont il a approuvé les adaptations.

BÉNÉFICIAIRES

En cas de décès :

L'adhérent en cas d'invalidité absolue et définitive.

GARANTIE EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL

En cas d'incapacité temporaire de travail de l'adhérent, l'assureur verse :

- après une franchise de 15 jours et jusqu'au 90^e jour : 1/365^e de 71 % du revenu de référence soit 61 €
- et du 91^e au 1095^e jour : 1/365^e de 71 % du revenu de référence soit 61 €

L'assureur prend en charge les cotisations à compter du 91^e jour d'arrêt de travail, selon les dispositions prévues dans la notice d'information et maintient toutes les autres garanties.

L'option hospitalisation permet la suppression de la franchise selon les dispositions prévues dans la notice d'information.

GARANTIE EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE

En cas de reconnaissance d'une invalidité permanente et totale de l'adhérent selon les dispositions prévues dans la notice d'information, l'assureur verse une rente d'invalidité égale à 51 % du revenu de référence soit 15 735 €.

En cas de reconnaissance d'une invalidité permanente partielle de l'adhérent, l'assureur verse une rente d'invalidité dont le montant est pondéré selon les dispositions prévues dans la notice d'information.

Dans les deux cas l'assureur prend en charge définitivement le paiement des cotisations et maintient les autres garanties du contrat selon les dispositions prévues dans la notice d'information.

Si le taux d'invalidité pondéré est inférieur à 33 %, il n'y a pas de rente garantie par l'assureur.

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

Votre dossier est suivi par votre conseiller : MONSIEUR ANTHONY MARTINEAU

Le centre de relation clients AG2R LA MONDIALE est joignable au 0 970 808 808 (numéro non surtaxé).

Les conseillers clientèle sauront répondre à vos questions et vous guider dans les différentes démarches concernant votre contrat.

COTISATIONS

À partir du 01/07/2021 le montant de annuel TTC de vos cotisations s'élève à :

Garantie en cas d'incapacité temporaire de travail Option hospitalisation : OUI	411,81 €
--	----------

Garantie en cas d'incapacité permanente Option invalidité professionnelle : NON	248,61 €
--	----------

Total	660,42 €
-------	----------

Compte tenu du fractionnement retenu, votre cotisation mensuelle s'établit à	55,04 €
--	---------

Compte tenu des déclarations de l'assuré quant au démarrage récent de son activité, les cotisations bénéficieront, pendant trois années consécutives d'un taux d'appel : de 60% pendant les 12 premiers mois de l'adhésion au contrat, de 80% pendant les 12 mois suivants puis de 90% les 12 derniers mois.

Fait à Mons-en-Baroeul, le 10 septembre 2021

Le Directeur Général Délégué



TAUX DE COTISATION* T.T.C. (exprimé en pourcentage)

À la date de l'adhésion compte tenu des taxes en vigueur à cette date

Âge de l'assuré	Décès toutes causes	Décès accident	Rente éducation	Rente de conjoint	Maladie redoutée	Capital invalidité	Incapacité temporaire de travail	Invalidité permanente
							Du 16 ^e au 90 ^e jour	
							Du 91 ^e au 1095 ^e jour	
							Option	Option invalidité
							hospitalisation : OUI	professionnelle : NON
39	-	-	-	-	-	-	1,88 %	1,58 %
40	-	-	-	-	-	-	1,88 %	1,58 %
41	-	-	-	-	-	-	1,88 %	1,58 %
42	-	-	-	-	-	-	1,88 %	1,58 %
43	-	-	-	-	-	-	1,88 %	1,58 %
44	-	-	-	-	-	-	1,88 %	1,58 %
45	-	-	-	-	-	-	1,88 %	1,58 %
46	-	-	-	-	-	-	1,88 %	1,58 %
47	-	-	-	-	-	-	1,88 %	1,58 %
48	-	-	-	-	-	-	1,88 %	1,58 %
49	-	-	-	-	-	-	1,88 %	1,58 %
50	-	-	-	-	-	-	1,88 %	1,58 %
51	-	-	-	-	-	-	1,88 %	1,58 %
52	-	-	-	-	-	-	1,88 %	1,58 %
53	-	-	-	-	-	-	1,88 %	1,58 %
54	-	-	-	-	-	-	1,88 %	1,58 %
55	-	-	-	-	-	-	1,88 %	1,58 %
56	-	-	-	-	-	-	1,88 %	1,58 %
57	-	-	-	-	-	-	1,88 %	1,58 %
58	-	-	-	-	-	-	1,88 %	1,58 %
59	-	-	-	-	-	-	1,88 %	1,58 %
60	-	-	-	-	-	-	1,88 %	1,58 %
61	-	-	-	-	-	-	1,88 %	1,58 %
62	-	-	-	-	-	-	1,88 %	1,58 %
63	-	-	-	-	-	-	1,88 %	1,58 %
64	-	-	-	-	-	-	1,88 %	1,58 %
65	-	-	-	-	-	-	1,88 %	1,58 %
66	-	-	-	-	-	-	1,88 %	1,58 %
67	-	-	-	-	-	-	1,88 %	1,58 %
68	-	-	-	-	-	-	1,88 %	-
69	-	-	-	-	-	-	1,88 %	-
70	-	-	-	-	-	-	1,88 %	-

* pour chaque garantie, le taux de cotisation est à appliquer au pourcentage du revenu de référence retenu.



AG2R LA MONDIALE

Vous venez de souscrire un contrat AG2R LA MONDIALE et nous vous en remercions !

Pour en suivre l'évolution et effectuer des opérations sur Internet, inscrivez-vous dès à présent sur votre **Espace Client**, gratuit et accessible 24h/24.

Pour vous inscrire Madame Audrey DENNER
depuis l'Espace Client : <https://client.professionnel.ag2rlamondiale.fr>
munissez-vous de votre N° de personne et de votre N° de contrat mentionnés ci-dessous :
N° de personne : P7509715
N° de contrat : AN132011374000

Suite à votre inscription, vous recevrez votre identifiant ainsi que votre mot de passe par e-mail.

Ces codes sont confidentiels et ne doivent en aucun cas être communiqués à un tiers.

En cas de perte ou de vol, contactez nous au **0 970 808 808 (numéro non surtaxé)**, du Lundi au Vendredi de 8h30 à 18h30.

Votre **Espace Client** est accessible depuis le site Internet de La Mondiale :
<http://www.professionnel.ag2rlamondiale.fr>

ou directement depuis cette adresse :
<https://client.professionnel.ag2rlamondiale.fr>

Bonne visite !



AG2R LA MONDIALE

NOTICE DU CONTRAT

PRÉVOYANCE PROTECTION DES REVENUS



LEXIQUE

ACCIDENT

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

ADHÉRENT

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

ASSURÉ

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

BÉNÉFICIAIRE

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

CONSOLIDATION

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

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

DÉLAI D'ATTENTE

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

DÉLAI DE FRANCHISE

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

ÉCHÉANCE

Date à laquelle une cotisation devient exigible.

ENFANT À CHARGE

On entend par enfant à charge :

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

GÉRANT MAJORITAIRE

Est considéré comme gérant majoritaire, le gérant qui possède en pleine propriété ou en usufruit, seuls ou avec les éventuels autres co-gérants la moitié plus une des parts sociales.

On tiendra compte également des parts possédées par le conjoint ou le partenaire pacsé et les enfants mineurs ou détenues par des sociétés interposées (dont le gérant contrôle plus de 50% du capital et où il exerce des fonctions de direction).



PRÉAMBULE

Prévoyance Protection des Revenus est un contrat d'assurance de groupe à adhésion individuelle et facultative, régie par le Code des assurances, souscrite sous le numéro 170911 M par :

AMPHITÉA

Association à but non lucratif régie par la loi du 1er juillet 1901

5, rue Cadet

75009 PARIS

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

PRIMA

SA au capital social de 30 489 803,45 € entièrement libéré

Entreprise régie par le Code des Assurances

Membre d'AG2R LA MONDIALE et du GIE AG2R RÉUNICA

37 boulevard Brune

75014 PARIS

333 193 795 R.C.S. Paris

dénommée « l'assureur ».

Peut bénéficier de l'assurance, toute personne physique, membre d'AMPHITÉA, ayant le statut de gérant majoritaire et éligible à l'article 154 bis du Code général des impôts, dénommée « l'adhérent ». L'adhérent et l'assuré sont une seule et même personne.

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

L'ensemble des formalités de gestion est accompli par :

LA MONDIALE

Société d'Assurance Mutuelle sur la vie et de capitalisation

Entreprise régie par le Code des Assurances

Membre d'AG2R LA MONDIALE

32, avenue Emile Zola

59370 Mons-en-Baroeul

775 625 635 R.C.S. Lille - Métropole

La gestion du contrat d'assurance de groupe Prévoyance Protection des Revenus 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 La Mondiale qui apprécie tous les risques, délivre tous les certificats, reçoit tous les avis et toutes les communications, perçoit toutes les cotisations, en donne quittance et adresse tous les avis et les lettres recommandées.

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

À propos d'AMPHITÉA :

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

Elle a également pour objet :

- d'informer ses membres sur toutes les questions concernant la protection sociale et l'assurance de personne, à titre individuel et collectif, et d'engager à ces effets toute action d'information, de formation et de communication avec ses membres et en dehors d'eux pour accueillir de nouveaux membres ;
- de développer entre ses membres un esprit de solidarité conforme à la tradition mutualiste ;
- de prendre toutes participations et toutes initiatives présentant une utilité directe, indirecte ou complémentaire pour son activité.



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

Loi applicable au contrat et régime fiscal

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

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



PRÉSENTATION DU CONTRAT

ARTICLE 1 - OBJET DU CONTRAT

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

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

ARTICLE 2 - DATE D'EFFET - DURÉE - RENOUVELLEMENT

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

Elles sont ensuite tacitement reconduites le 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'adhérent et sans préjudice des dispositions prévues aux articles L113-3 et L113-4 du code des assurances, l'assureur renonce expressément à se prévaloir de la faculté de résilier l'adhésion tant que l'adhérent n'a pas atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de retraite.

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 3 - DROIT D'ADHÉSION ET FRAIS

1. Frais de dossier :

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



ADHÉSION AU CONTRAT

ARTICLE 1 - ADMISSIBILITÉ

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

- présenter sa demande d'adhésion avant son 65^e anniversaire,
- justifier de son statut de gérant majoritaire,
- être éligible à l'article 154 bis du Code général des impôts,
- être à jour du paiement des cotisations à ses régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance retraite,
- exercer effectivement une activité professionnelle rémunérée

ARTICLE 2 - FORMALITÉS D'ADHÉSION

L'adhérent doit faire parvenir à l'assureur :

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

Des formalités médicales complémentaires peuvent lui être demandées.

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

ARTICLE 3 - DATE D'EFFET 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 respecter les conditions cumulatives suivantes :

- réception, par l'assureur, de l'ensemble des pièces énumérées à l'article 2 ci-dessus dans les 15 jours qui suivent la date de signature de la demande d'adhésion.
Au-delà de ce délai, les garanties prennent effet le 1^{er} jour du mois civil qui suit la date de réception des pièces,
- acceptation par l'assureur après étude du dossier médical, sous réserve de la remise du certificat d'adhésion,
- paiement de la cotisation correspondante.

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



ARTICLE 4 - CESSATION DES GARANTIES

Les garanties prennent fin

1. de plein droit :

- en cas de cessation du paiement des cotisations (cf VIE DU CONTRAT article 4 paragraphe 3 Versement),
- en cas de fausse déclaration ou de réticence prévues à l'article L 113-8 du Code des assurances ou en cas de fraude caractérisée,
- en cas de non-renouvellement du présent contrat,
- à la date à laquelle l'adhérent cesse toute activité professionnelle rémunérée concernant les garanties de ressources qu'il a souscrites à l'exception des garanties maintenues par l'assureur au titre de la garantie de prise en charge des cotisations,
- en tout état de cause, au décès de l'adhérent.

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

3. à l'initiative de l'assureur :

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

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

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

ARTICLE 5 - SUPPRESSION DES DÉLAIS DE CARENCE

Si le présent contrat fait suite à un autre contrat précédemment souscrit depuis au moins deux ans et toujours en cours chez un autre assureur, comportant des garanties équivalentes et de même nature, les délais de carence suivants peuvent être supprimés :

- Les délais de carence sur l'incapacité temporaire de travail et l'invalidité permanente résultant :
 - d'une affection quelconque dont les premiers symptômes se sont manifestés dans les TROIS MOIS qui suivent la date d'effet de la garantie.
 - d'une récurrence durant les DEUX PREMIERES ANNÉES D'ASSURANCE d'une affection antérieure à la date d'effet de la garantie.
 - d'affections de la colonne vertébrale : toutes les affections cervicales, dorsales, lombo-sacrées qui ne sont pas liées à une infection, une tumeur ou une fracture qui se manifestent durant la PREMIERE ANNÉE D'ASSURANCE.

Cette suppression des délais de carence peut être accordée à la demande expresse de l'assuré lors de l'adhésion au contrat et avec l'accord de l'assureur, sous réserve de l'analyse administratif et médicale du dossier.

L'assuré devra justifier lors de l'adhésion de l'ancienneté du précédent contrat, de la nature et du montant des garanties précédemment souscrites.

En cas d'accord de l'assureur, un avenant stipulant la suppression des délais de carence concernés sera remis à l'assuré avec son certificat d'adhésion.



GARANTIES DU CONTRAT



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'adhérent en incapacité temporaire de travail un revenu de substitution à hauteur du pourcentage du revenu de référence indiqué au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants.

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

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

Cas particuliers

1. Pendant les deux premières années d'activité :

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

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

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

2. Lorsque le revenu de référence est inférieur ou égal à 1 PASS

Si le revenu de référence indiqué au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants est inférieur ou égal à 1 PASS, alors les prestations versées par l'assureur revêtent un caractère forfaitaire.

ARTICLE 2 - DÉFINITION DU RISQUE

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



ARTICLE 3 - FRANCHISE

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

Option « hospitalisation » :

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

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

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

Déclenche l'option « hospitalisation » :

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

Ne déclenche pas l'option « hospitalisation » :

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

ARTICLE 4 - MODALITÉS DE LA GARANTIE

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

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

Ces indemnités sont dues au terme de la franchise retenue par l'adhérent jusqu'à la cessation de l'incapacité ou jusqu'à la consolidation de l'état en invalidité (défini au chapitre GARANTIE DE RESSOURCES EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE Article 2) et pendant un maximum de trois ans à compter du premier jour d'incapacité.

Cette prestation payable mensuellement et à terme échu cesse au jour de la liquidation de la retraite de base et au plus tard le 31 décembre qui suit le 70^e anniversaire de l'adhérent.

Ces indemnités sont dues au terme de la franchise retenue par l'adhérent jusqu'à la cessation de l'incapacité ou jusqu'à la consolidation de l'état de santé de l'adhérent (défini au chapitre GARANTIE DE RESSOURCES EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE Article 2) et pendant un maximum de trois ans à compter du premier jour d'incapacité.

Cette prestation payable mensuellement et à terme échu cesse au jour de la liquidation de la retraite de base et au plus tard le 31 décembre qui suit le 70^e anniversaire de l'adhérent.

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

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

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

ARTICLE 5 - MI-TEMPS THÉRAPEUTIQUE

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



ARTICLE 6 - RECHUTE

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

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

ARTICLE 7 - TERME DE LA GARANTIE

Outre les cas de cessation des garanties mentionnés à l'article 4 de la partie ADHÉSION AU CONTRAT, la garantie prend fin en cas de cessation d'activité professionnelle et au plus tard le 31 décembre qui suit le 70^e anniversaire de l'adhérent.

ARTICLE 8 - CLAUSE DE SUBROGATION

En raison du caractère indemnitaire de la prestation garantie, en cas de sinistre l'assureur sera subrogé dans les droits et actions de l'adhérent à l'encontre du tiers responsable du dommage, par application des Articles L121-12 et L131-2 du Code des assurances.

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



ARTICLE 9 - EXCLUSIONS ET DÉLAIS DE CARENCE

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

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

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

- d'une affection quelconque dont les premiers symptômes se sont manifestés dans les TROIS MOIS qui suivent la date d'effet de la garantie, étant précisé que les suites et conséquences relatives à l'affection en cause seront définitivement exclues,
- d'une récurrence durant les DEUX 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 définitivement exclues,
- d'affections de la colonne vertébrale : toutes les affections cervicales, dorsales, lombo-sacrées qui ne sont pas liées à une infection, une tumeur ou une fracture qui se manifestent durant la PREMIÈRE ANNÉE D'ASSURANCE ; étant précisé que les suites et conséquences relatives à l'affection en cause seront définitivement exclues.

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

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

Affections de la colonne vertébrale :

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

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

Affections psychiatriques et troubles psychologiques :

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

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



GARANTIE DE RESSOURCES EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE

ARTICLE 1 - OBJET DE LA GARANTIE

Cette garantie a pour objet de procurer à l'adhérent en invalidité permanente un revenu de substitution à hauteur du pourcentage du revenu de référence indiqué au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants.

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

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

Cas particuliers

1. Pendant les deux premières années d'activité :

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

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

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

2. Lorsque le revenu de référence est inférieur ou égal à 1 PASS

Si le revenu de référence indiqué au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants est inférieur ou égal à 1 PASS, alors les prestations versées par l'assureur revêtent un caractère forfaitaire.



ARTICLE 2 - DÉFINITION DU RISQUE

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

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

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

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

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

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

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

TAUX D'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

Le taux « N » d'invalidité pondéré est calculé comme suit :

$$\sqrt[3]{a^2 \times b}$$

a : étant le taux d'invalidité fonctionnelle

b : étant le taux d'invalidité professionnelle.



ARTICLE 3 - MODALITÉS DE LA GARANTIE

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

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

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

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

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

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

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

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 ARRCO 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

Outre les cas de cessation des garanties mentionnés à l'article 4 de la partie ADHÉSION AU CONTRAT, la garantie prend fin à la date de liquidation des droits à la retraite par le régime de base de l'adhérent, et au plus tard au 31 décembre qui suit le 67^e anniversaire de l'adhérent.

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'adhérent à l'encontre du tiers responsable du dommage, par application des Articles L 121-12 et L 131-2 du Code des assurances.

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



ARTICLE 7 - EXCLUSIONS ET DÉLAIS DE CARENCE

La garantie ne couvre pas l'invalidité permanente résultant :

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

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

- d'une affection quelconque dont les premiers symptômes se sont manifestés dans les TROIS MOIS qui suivent la date d'effet de la garantie étant précisé que les suites et conséquences relatives à l'affection en cause seront définitivement exclues,
- d'une récurrence durant les DEUX 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 définitivement exclues,
- d'affections de la colonne vertébrale : toutes les affections cervicales, dorsales, lombo-sacrées qui ne sont pas liées à une infection, une tumeur ou une fracture qui se manifestent durant la PREMIÈRE ANNÉE D'ASSURANCE ; étant précisé que les suites et conséquences relatives à l'affection en cause seront définitivement exclues.

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

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



VIE DU CONTRAT



COTISATIONS DU CONTRAT ET PRESTATIONS

ARTICLE 1 - DÉTERMINATION DU REVENU DE RÉFÉRENCE

Le revenu de référence correspond à la moyenne du bénéfice professionnel de l'adhérent des deux derniers exercices pour les travailleurs non-salariés (TNS).

A cet égard, seuls sont pris en compte, les revenus du travail issus de l'exercice d'une activité professionnelle effective; les revenus du capital (notamment dividendes...) ainsi que les frais généraux étant expressément exclus du revenu de référence.

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

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

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

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

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

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

Un avenant est établi par l'assureur.

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

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

ARTICLE 2 - MODIFICATION DES GARANTIES

1. Adjonction de garanties

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

Un avenant est établi par l'assureur.

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

2. Suppression ou réduction de garanties

L'adhérent peut demander la suppression ou la réduction d'une garantie. La demande doit parvenir à l'assureur dans les deux premiers mois d'un trimestre civil pour prendre effet le 1^{er} jour du trimestre civil suivant, sous réserve de l'acceptation par l'assureur. Passé ce délai, la date d'effet sera différée d'un trimestre civil.

Un avenant est établi par l'assureur.



ARTICLE 3 - DÉPLACEMENT HORS DU TERRITOIRE FRANÇAIS

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

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

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

Les prestations seront dues si l'adhérent est rapatrié dans l'un des territoires ci-dessus sur le territoire de la France Métropolitaine, ou sur le territoire de l'un de ses départements ou collectivités d'outre-mer, dans les 6 mois suivant le 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.

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 au certificat d'adhésion ou aux éventuels avenants et évolue en fonction du PASS.

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

2. Taux

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

Il dépend de la profession de l'adhérent.

Le taux de cotisation peut être révisé par l'assureur en fonction de ses résultats. Cette modification du taux de cotisation doit être établie d'un commun accord entre AMPHITÉA et La Mondiale. Toute modification de taux est notifiée à l'adhérent au moins trois mois avant la date de renouvellement de ses garanties pour pouvoir prendre effet à cette date. Dans cette hypothèse, l'adhérent a la possibilité de résilier son adhésion sans préavis dans un délai de 30 jours suivant la date de la notification.

En cas de résiliation du contrat AVR, le tarif du contrat AVR (y compris surprimes éventuelles) sera majoré de 25 % à compter de la prochaine échéance de cotisations. L'adhérent ne pourra plus bénéficier du tarif préférentiel et se verra donc appliquer le tarif de base en vigueur au jour de la résiliation de AVR.

3. Versement

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

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

ARTICLE 5 - DÉTERMINATION DES PRESTATIONS

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



DÉCLARATIONS DE L'ADHÉRENT

ARTICLE 1 - MODIFICATIONS DE LA SITUATION DE L'ADHÉRENT

Toute modification touchant :

- soit à de nouvelles conditions d'exercice de la profession indiquée sur la demande d'adhésion et figurant au certificat d'adhésion,
- soit à la perte du statut de gérant majoritaire,
- soit à un changement de situation au regard de son éligibilité à l'article 154 bis du Code général des impôts,
- 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'adhérent ou les bénéficiaires doivent remettre à l'assureur toutes les pièces justificatives dans les délais requis.

1. En cas d'invalidité

A compter de la date de consolidation de son état de santé et au plus tard dans un délai de 3 mois, l'adhérent doit remettre à l'assureur un certificat médical circonstancié du médecin traitant apportant toutes les précisions nécessaires sur l'origine et la nature de l'affection invalidante.

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

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

2. En cas d'incapacité Temporaire de Travail

La déclaration doit comporter :

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

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

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

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

Toute cessation d'activité doit faire l'objet d'une déclaration à l'assureur dans le délai maximum de la franchise retenue. Si la déclaration est faite au-delà du terme de la franchise applicable, le nombre de jours de retard reculera, d'une durée égale, la date de prise en charge du sinistre par l'assureur, si un préjudice est établi.

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

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 :

i. Expertise contradictoire :

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

ii. Compromis d'arbitrage :

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

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

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

ARTICLE 3 - CONTRÔLE DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ADHÉRENT

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

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

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



DISPOSITIONS LÉGALES

ARTICLE 1 - PRESCRIPTION

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

Article L. 114-1 du Code des assurances :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Adhérent contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Adhérent décédé.

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

Article L. 114-2 du Code des assurances :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Adhérent à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Article L. 114-3 du Code des assurances :

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Information complémentaire :

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

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

Article 2240 du Code civil

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

Article 2241 du Code civil

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

Article 2242 du Code civil

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

Article 2243 du Code civil

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

Article 2244 du Code civil

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

Article 2245 du Code civil

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

Article 2246 du Code civil

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



ARTICLE 2 - RÉCLAMATIONS - CONCILIATION

Pour toute réclamation relative à son adhésion, l'adhérent peut s'adresser au Centre de relation clients : 0 970 808 808 (numéro non surtaxé) du Lundi au Vendredi de 8h30 à 18h30.

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

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

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 Paris Cedex 09

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

Ces recours sont gratuits.

ARTICLE 3 - PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Comment et pourquoi sont utilisées les données à caractère personnel ?

Les données à caractère personnel sont collectées et traitées par votre organisme d'assurance, membre du Groupe AG2R LA MONDIALE, au titre de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi nous utilisons :

- des données relatives à l'âge, à la situation familiale ou professionnelle, à la santé qui sont nécessaires pour l'étude des besoins et des profils afin de proposer des produits et services adaptés, les données de santé ne sont collectées et traitées que pour les garanties santé et prévoyance ;
- les coordonnées de contact et informations bancaires pour la gestion administrative, technique et commerciale du contrat et des services associés.

Elles peuvent également être utilisées pour poursuivre les intérêts légitimes de votre organisme d'assurance, de développement des activités et d'amélioration continue des produits et services offerts à nos adhérents au travers de :

- la réalisation d'analyses et d'études portant sur le fonctionnement des contrats pour mettre au point de nouvelles offres de prévoyance, santé, épargne retraite, et autres assurances, individuelles ou collectives ;
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation en fonction de l'analyse de votre situation personnelle, familiale ou professionnelle et de vos contrats ;
- la lutte contre la fraude, notamment à partir de la détection d'anomalies dans le fonctionnement des contrats, pouvant conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Elles sont enfin traitées pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires de votre organisme d'assurance, notamment :

- la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme ;
- les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques.



Votre organisme d'assurance peut être amené à mettre en œuvre des traitements automatisés ou de profilage fondés sur l'analyse des données, notamment afin de répondre à des obligations de conseil, de déterminer les garanties et prestations applicables et de proposer des contrats et produits adaptés.

Les données collectées au moyen d'un formulaire papier ou en ligne et signalées comme obligatoires sont nécessaires à la gestion des garanties et services prévus au contrat, l'organisme d'assurance ne sera pas en mesure de les mettre en œuvre si ces informations sont mal renseignées.

Les données nécessaires à la gestion du contrat et des services associés sont conservées pendant la durée du contrat et jusqu'à expiration des délais de prescription légale.

Dans le cadre de ces traitements, les données sont transmises aux services en relation avec les bénéficiaires, aux membres du Groupe AG2R LA MONDIALE et le cas échéant à ses sous-traitants qui interviennent dans la réalisation des finalités énoncées, aux réassureurs du contrat.

Quels sont les droits et comment les exercer ?

Vous pouvez demander l'accès aux données vous concernant et leur rectification. Vous disposez, sous certaines conditions, d'un droit à l'effacement et à la portabilité de ces données, ainsi que de la possibilité d'obtenir la limitation de leur traitement. Vous avez également la faculté de définir des directives relatives au sort de vos données à caractère personnel après votre décès.

Vous disposez, en outre, du droit de vous opposer au traitement de vos données conformément aux dispositions légales et réglementaires, et notamment à leur utilisation à des fins de prospection commerciale.

Ces droits peuvent être exercés en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à AG2R LA MONDIALE, à l'attention du Délégué à la protection des données, à l'adresse postale suivante : 154 rue Anatole France, 92599 Levallois-Perret Cedex, ou par courriel à informatique.libertes@ag2rlamondiale.fr.

Pour les données traitées au titre de la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme, les droits d'accès s'exercent auprès de la **Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS.**

Votre organisme d'assurance apporte la plus grande attention à vos données personnelles, néanmoins vous considérez que le traitement des données vous concernant constitue une atteinte à vos droits, vous disposez de la faculté d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Nous vous informons de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle vous pouvez vous inscrire ici : <https://conso.bloctel.fr/>

Pour en savoir plus sur notre politique de protection des données personnelles :
<https://www.ag2rlamondiale.fr/protection-des-donnees-personnelles> »

ARTICLE 4 - AUTORITÉ DE CONTRÔLE

L'autorité chargée du contrôle de LA MONDIALE est :

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR)
61 rue Taitbout
75436 Paris Cedex 09

ARTICLE 5 - DÉLAI ET MODALITÉS DE RENONCIATION

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

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

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



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

Monsieur le directeur,

J'ai l'honneur de vous faire connaître, qu'usant de la faculté de renonciation, je souhaite 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



ANNEXES



ABATTEMENT DE PRESTATIONS ET EXCLUSIONS LIEES A LA PRATIQUE DU SPORT

Les garanties :

- 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).

Pratique du sport	Hors compétition	En compétition
Sports de combat		
Boxe américaine, boxe française, boxe japonaise, viet vo dao, kick boxing et Krav Maga.	Abattement de prestations de 30%.	
Boxe anglaise, boxe arabe, boxe thaï.		Exclus
Sports aériens ou aéronautiques à moteur		
Sports aériens dans le cadre de vol à voile, deltaplane, U.L.M, aérostat, parapente, paramoteur, parachute ascensionnel, parachute à ouverture automatique.	Abattement de prestations de 30%.	Exclus
Acrobatie, voltige, raid, vol d'essai ou vol sur prototype, vol autogire, tentative de record, parachutisme en chute libre, base jump ou saut à l'élastique, sky surf. La pratique de la navigation aérienne à bord d'un appareil, non muni d'un certificat de navigabilité en vigueur et /ou dirigé par un pilote ne possédant pas de brevet ou de licence valable et en cours de validité pour l'appareil, le pilote pouvant être adhérent lui-même.		Exclus
Sports équestres		
Course d'obstacles ou cross.	Abattement de prestations de 30%.	Exclus
La pratique du concours complet, des courses de plat et de trot. La pratique du horse ball, du polo, du marathon, de l'équitrando, des raids et de l'endurance.	Abattement de prestations de 30%.	
La voltige équestre, le rodéo, la tauromachie.		Exclus
Sports d'hiver, escalade, alpinisme		
La pratique du bobsleigh, hockey sur glace, ski alpin ou snow-board hors-pistes balisées, saut à ski, kilomètre lancé, spéléologie (sans plongée), via ferrata. La pratique de l'escalade ou varappe avec sécurité sur mur, paroi, falaise, ou surface de glace. La pratique en deçà de 3000 mètres de l'alpinisme et du ski de randonnée.	Abattement de prestations de 30%.	
La pratique du ski extrême ou acrobatique ou free style ou ski bob, du skeleton, de la luge (y compris essais), du ski alpin sur piste en compétition, des raids. La pratique au-delà de 3000 mètres de la randonnée, de l'escalade, des expéditions, de l'alpinisme, du ski de randonnée.		Exclus
Sports d'eau et/ou de voile		
Le jet ski, surf, ski nautique, planche à voile / windsurf, speed sail, char à voile, kite surf, canyoning, rafting, nage en eau vive, pêche au gros.	Abattement de prestations de 30%.	
La plongée sous-marine, avec bouteille, d'une profondeur supérieure à 40 mètres. La plongée en apnée supérieure à 20 mètres, la navigation maritime à voile au sens de la législation française au-delà de 20 milles nautiques d'un abri côtier, offshore / inshore, les courses de bateaux, hydroglisseurs / aéroglisseurs.		Exclus
La pratique de tout sport à titre professionnel		Exclus



<u>Activités sportives terrestres nécessitant l'utilisation d'un appareil à moteur</u>	
Toutes les activités (y compris en entraînement), dès lors qu'elles ne sont pas mentionnées aux exclusions ci-dessous.	Abattement de prestations de 30%.
Les courses sur circuit ou pistes (record, vitesse), courses de côte, rallyes, raid tout terrain.	Exclus
<u>Autres activités sportives</u>	
La spéléologie sous-marine, le zorbing, le safari, le Vélo Tout Terrain de descente.	Exclus
Le rugby, le football Américain	Exclus
<u>La pratique de tout sport à titre professionnel</u>	Exclus