

# NOTICE D'INFORMATION

valant conditions générales

Prévérance  
La Prévoyance des Professionnels

ASAF & AFPS



<b>Chapitre I Les dispositions relatives à votre adhésion</b>	<b>7</b>
ARTICLE 1 - VOTRE ADHÉSION	7
ARTICLE 2 - VOTRE COTISATION	8
<b>Chapitre II Les garanties de prévoyance</b>	<b>9</b>
ARTICLE 3 - GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS, INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT)	9
ARTICLE 4 - GARANTIE EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL OU D'INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE OU TOTALE	11
ARTICLE 5 - GESTION DES PRESTATIONS	15
ARTICLE 6 - DÉSIGNATION ET ACCEPTATION DES BÉNÉFICIAIRES	16
<b>Chapitre III Les services d'assistance</b>	<b>17</b>
ARTICLE 7 - PRESTATIONS ACCORDÉES DÈS LA PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION - INFORMATIONS JURIDIQUES	17
ARTICLE 8 - PRESTATIONS ACCORDÉES EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE L'ASSURÉ SUPÉRIEURE À 10 JOURS CONTINUS – AIDE AU RETOUR À LA VIE PROFESSIONNELLE	17
ARTICLE 9 - PRESTATIONS ACCORDÉES EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE ATTESTÉE D'AU MOINS 66 % DE L'ASSURÉ	17
ARTICLE 10 - PRESTATIONS ACCORDÉES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE L'ASSURÉ SUPÉRIEURE À 24 HEURES OU D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPÉRIEURE À 5 JOURS	17
ARTICLE 11 - PRESTATIONS ACCORDÉES EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ	18
ARTICLE 12 - DISPOSITIONS APPLICABLES AUX SERVICES D'ASSISTANCE	19
<b>Chapitre IV Les dispositions générales</b>	<b>19</b>
ARTICLE 13 - EXCLUSIONS ET LIMITES DES GARANTIES	19
ARTICLE 14 - QUAND ET COMMENT ÊTES-VOUS INFORMÉ ?	21
ARTICLE 15 - VOTRE CERTIFICAT D'ADHÉSION EST PERDU, DÉTRUIT OU VOLÉ ?	21
ARTICLE 16 - RACHAT ET RÉDUCTION	21
ARTICLE 17 - MODALITÉS DE RENONCIATION	21
ARTICLE 18 - PRESCRIPTION	21
ARTICLE 19 - TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS	22
ARTICLE 20 - CONTRÔLE DE L'ENTREPRISE D'ASSURANCE	22
ARTICLE 21 - TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	22
<b>Chapitre V Accord de partenariat</b>	<b>22</b>
ARTICLE 22 - GESTION PARITAIRE	22
ARTICLE 23 - DURÉE ET RÉSILIATION DU CONTRAT	22
ARTICLE 24 - MODIFICATION DU CONTRAT	22

## OBJET DE LA PRÉSENTE NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT

Cette Notice d'information a pour but de vous informer des termes du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative « Prévérance », conclu entre l'ASAF & AFPS et les sociétés du groupe AXA, AXA France Vie et AXA Assurances Vie Mutuelle.

### DÉFINITIONS

Les mots qui figurent dans la présente notice d'information sous l'intitulé « Définitions » ont toujours dans le texte le sens correspondant à leur définition.

#### ACCIDENT

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure. Les affections de la colonne vertébrale et les pathologies cardiaques associées ou non à des coronaropathies sont considérées comme des maladies. Les chocs émotifs et les états dépressifs, même consécutifs à un accident, sont considérés comme des maladies.

#### ACTIVITÉS ET SPORTS À RISQUES

Sont définis comme activités et sports à risques, les activités et sports suivants :

SPORTS À RISQUES	ACTIVITÉS À RISQUES
<p><b>Sports extrêmes : Base jump, speed riding, raid aventure, saut à l'élastique, zorbing, essais de matériel de saut, autres nouveaux sports extrêmes</b></p> <p><b>Autres sports à risques :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Parachutisme, parapente, parachute ascensionnel</li><li>• Vol à moteur classique, ULM, vol à voile, aérostation, deltaplane</li><li>• Équitation (hors dressage, promenade, randonnée)</li><li>• Polo</li><li>• Sport automobile</li><li>• Sport motocycliste</li><li>• Spéléologie</li><li>• Arts martiaux (hors judo) et sports de combat</li><li>• Plongeon, jet ski, ski nautique, rafting, canyoning, kitesurf, nage en eaux-vives</li><li>• Randonnée/trekking supérieure à 3 500 mètres, escalade (hors support artificiel avec sécurité), varappe, alpinisme, raids et expéditions</li><li>• Yachting, voile dans le cadre d'une navigation en mer à plus de 20 milles marins des côtes</li><li>• Moto neige, snowcross, ski artistique et acrobatique, hockey sur glace, bobsleigh, biathlon, combiné nordique, saut à ski, kilométrage lancé, skiathlon, ski bob, ski héliporté, paraski, snow kite, char à glace</li><li>• Apnée, plongée avec scaphandre autonome, plongée souterraine</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Armée</li><li>• Aviation professionnelle</li><li>• Dirigeable, montgolfière</li><li>• Cascadeur</li><li>• Gendarme, police nationale</li><li>• Journaliste, caméraman, reporter, photographe</li><li>• Pétrole et gaz</li><li>• Pompiers, secouriste, sécurité civile</li><li>• Plongée professionnelle (militaire et commerciale)</li><li>• Métiers de la mer</li><li>• Résidences et Voyages</li></ul>

#### ADHÉRENT (VOUS)

La personne qui signe la demande d'adhésion et s'engage à acquitter les cotisations émises aux périodes définies et membre de l'ASAF & AFPS ; elle peut être aussi la personne assurée.

#### ASSOCIATION (NOUS)

L'ASAF & AFPS (Association Santé et Action Familiale – Action Familiale de Prévoyance Sociale), l'Association à laquelle vous avez adhéré et qui a souscrit le contrat d'assurance Prévérance auprès des sociétés du groupe AXA. Le siège de l'Association est situé à l'adresse suivante : 2740 chemin de St-Bernard – Porte 14 – 06220 VALLAURIS. L'Association est également le gestionnaire de votre adhésion.

#### ASSUREUR (AXA)

La société d'assurance qui garantit les risques souscrits. Il s'agit de la société AXA France vie ou AXA Assurances Vie Mutuelle.

#### ASSURÉ

La personne sur la tête de laquelle repose l'assurance.

#### BÉNÉFICIAIRES

L'ensemble des personnes désignées à l'adhésion pour recevoir les prestations.

#### CERTIFICAT D'ADHÉSION

Document qui complète la présente Notice d'information et dans lequel figurent entre autres l'identité de l'Adhérent, de l'Assuré, des bénéficiaires désignés, ainsi que les garanties choisies.

#### CONCUBIN

Concubin au sens de l'article 515-8 du Code civil, il ne doit être ni marié, ni lié par un Pacte civil de solidarité à un tiers.

#### CONJOINT

Epoux ou épouse de l'Assuré non divorcé(e), non séparé(e) judiciairement.

#### CONSOLIDATION

Stabilisation d'un état de santé après un accident ou une maladie, laissant subsister des séquelles et n'étant plus susceptible d'aggravation ou d'évolution notable.

#### DÉLAI D'ATTENTE

Période pendant laquelle les garanties ne s'appliquent pas, malgré la prise d'effet de l'adhésion.

#### DOMICILE

Le domicile est le lieu de résidence principal et habituel de l'Assuré. Il est situé en France métropolitaine, dans un des départements français d'outre-mer ou en Principauté de Monaco.

#### ENFANT FISCALEMENT À CHARGE

Le ou les enfants légitimes, reconnus, recueillis, ou adoptés de l'Assuré ou de son conjoint, partenaire ou concubin, pris en compte pour l'application du quotient familial ou percevant une pension alimentaire fiscalement déductible du revenu global.

#### FRANCHISE

Période entre la survenance de l'événement (hospitalisation, accident ou maladie) ouvrant droit à indemnisation et le début de cette indemnisation.

Plusieurs niveaux de franchise sont disponibles. La franchise choisie est précisée au certificat d'adhésion. Lorsque la franchise en cas d'hospitalisation est d'1 jour, l'Assuré doit justifier d'un arrêt de travail supérieur à 3 jours incluant une hospitalisation de 24 heures au moins avec facturation du forfait journalier.

Cette notion ne porte que sur les garanties suivantes :

- indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale de travail,
- indemnités journalières complémentaires aux régimes obligatoires,
- indemnités remboursement de frais professionnels,
- exonération des cotisations en cas d'incapacité temporaire totale de travail.

#### HOSPITALISATION

Tout séjour de 24 heures au moins (incluant une nuit d'hospitalisation), dans un établissement hospitalier privé ou public prescrit par un médecin pour y recevoir un traitement médical ou chirurgical nécessité par un accident ou une maladie.

#### INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL TOUTES CAUSES

L'Assuré est considéré en incapacité temporaire totale de travail lorsque son état de santé, médicalement constaté, l'oblige à arrêter totalement et temporairement l'exercice de ses activités professionnelles par suite d'une maladie ou d'un accident.

**Le congé légal de maternité n'est pas considéré comme de l'incapacité temporaire totale de travail.**

#### INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL PAR ACCIDENT

L'Assuré est considéré en incapacité temporaire totale de travail par accident lorsque son état de santé, médicalement constaté, l'oblige à arrêter totalement et temporairement l'exercice de ses activités professionnelles par suite d'un accident.

#### INVALIDITÉ FONCTIONNELLE

L'invalidité fonctionnelle est établie d'après le barème des accidents du travail de la Sécurité sociale, sans tenir compte de l'incidence professionnelle.

#### INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE

L'invalidité professionnelle est définie par expertise amiable. Elle est appréciée, de 0 à 100 %, d'après la nature de l'invalidité par rapport à la profession indiquée au certificat d'adhésion et toujours exercée au moment du sinistre. Il est tenu compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de la profession, des capacités professionnelles restantes et des possibilités d'adaptation, ainsi que des répercussions de cette invalidité sur les revenus professionnels de l'Assuré. Il appartient à l'Assuré d'apporter les éléments justificatifs de son invalidité professionnelle.

#### INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE OU TOTALE (IPPT)

Tout état physique ou mental de l'Assuré, résultant d'un accident ou d'une maladie et réduisant sa capacité de travail évaluée en fonction de sa profession déclarée dans le certificat d'adhésion et toujours exercée au moment du sinistre, de façon permanente et présumée définitive.

**L'invalidité permanente partielle ou totale est appréciée en fonction du taux d'invalidité professionnelle et du taux d'invalidité fonctionnelle.**

#### INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE OU TOTALE PAR ACCIDENT

Tout état physique ou mental de l'Assuré, résultant d'un accident et réduisant sa capacité de travail de façon permanente et présumée définitive, sans tenir compte de l'incidence professionnelle.

**L'invalidité permanente partielle ou totale par accident est appréciée en fonction du taux d'invalidité fonctionnelle.**

#### INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT)

L'Assuré est déclaré en invalidité permanente totale quand il est reconnu définitivement incapable de se livrer à la moindre activité professionnelle lui procurant gain ou profit, et dont le taux d'incapacité fonctionnelle est égal à 100 % par référence au barème des accidents du travail de la Sécurité sociale.

#### MALADIE

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pas pour origine un accident tel que défini plus haut.

#### NOTICE D'INFORMATION

Présent document qui définit les garanties disponibles et leurs modalités d'application.

#### NON FUMEUR

On entend par « non-fumeur » toute personne n'ayant jamais fumé ou ayant arrêté de fumer depuis au moins 24 mois. Si l'Assuré recommence à fumer même occasionnellement, pendant la durée de l'adhésion, l'Association se réserve le droit de modifier la tarification par avenant.

Les garanties Capital décès/IPT toutes causes, Rente éducation décès/IPT et Rente décès/IPT bénéficient d'un abattement tarifaire lorsque l'Assuré est non-fumeur.

#### PARTENAIRE

Partenaire avec lequel vous êtes lié par un Pacte civil de solidarité (PACS).

#### PAYS SENSIBLES

Pays ou zones formellement déconseillés par le Ministère français des Affaires Étrangères.

#### PRESCRIPTION

Extinction d'un droit au bout d'un temps déterminé.

#### PROCHE

Toute personne physique désignée par l'Assuré ou un de ses ayants droit et domiciliée dans le même pays ou département d'outre-mer que l'Assuré.

#### RÉSIDENT EN FRANCE OU EN PRINCIPAUTÉ DE MONACO

Personne dont le lieu de résidence principale et le foyer fiscal sont établis en France ou en Principauté de Monaco.

#### SPORT AMATEUR

Sport pratiqué occasionnellement ou régulièrement, mais à un rythme d'amateur.

#### SPORT EN COMPÉTITION

Sport amateur de haut niveau (rémunéré ou non) donnant lieu à la participation à des compétitions officielles et régulières.

#### SPORT PROFESSIONNEL

Sport pratiqué avec une licence professionnelle.

## Chapitre I Les dispositions relatives à votre adhésion

### ARTICLE 1 - VOTRE ADHÉSION

#### 1.1. L'OBJET DE VOTRE ADHÉSION

**Prévérance** a pour objet de garantir en fonction des garanties souscrites, des prestations en cas de décès ou d'invalidité permanente totale (IPT) de l'Assuré, d'invalidité permanente partielle ou totale (IPPT) de l'Assuré, d'incapacité temporaire totale de travail (ITT) de l'Assuré, survenant pendant la période de couverture de ce risque. Selon les garanties souscrites, il est prévu le versement d'un capital et/ou d'une rente au(x) bénéficiaire(s) que vous avez désigné(s), ou le versement d'indemnités journalières.

Le contrat prévoit également des prestations d'assistance.

#### 1.2. LE CADRE JURIDIQUE

**Prévérance** est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative, souscrit par l'Association auprès d'AXA. L'adhésion au contrat est réservée aux membres de l'Association.

Le contrat est régi par le Code des assurances. Il relève des branches 20 (Vie-décès), 1 (Accident), 2 (Maladie) de l'article R 321-1 du Code des assurances. Tout litige relatif à l'application du contrat relève de la seule compétence des tribunaux français.

Votre adhésion est constituée :

- de la présente Notice d'information, qui précise nos droits et nos obligations réciproques,
- du certificat d'adhésion qui complète la Notice d'information et précise les caractéristiques et les garanties de votre adhésion au contrat ; des documents que vous pourriez être amenés à remplir lors de l'adhésion (questionnaire médical, questionnaire financier, questionnaire sportif et/ou professionnel),
- des avenants ou des attestations qui vous sont adressés lors de modifications apportées sur votre adhésion (voir paragraphe 1.8).

#### 1.3. LES PERSONNES CONCERNÉES PAR LE CONTRAT

- L'Adhérent, résidant en France ou en Principauté de Monaco. La Notice d'information et le certificat d'adhésion lui sont destinés.
- L'Assuré, résidant en France ou en Principauté de Monaco, personne sur la tête de laquelle repose l'assurance.
- L'Assureur, les sociétés d'assurance AXA France Vie ou AXA Assurances Vie Mutuelle, ci-après dénommées AXA. La société d'assurance qui accorde sa garantie d'assurance est indiquée sur le certificat d'adhésion.
- Les bénéficiaires sont les personnes que vous désignez, pour recevoir la (les) prestation(s) due(s) par la société d'assurance en cas de décès de l'Assuré.
- L'Association ASAF & AFPS qui a souscrit le contrat d'assurance **Prévérance** auprès des sociétés du groupe AXA. Son siège est situé à l'adresse suivante : 2740 chemin de Saint-Bernard - Porte 14 - 06220 Vallauris. L'Association est également le gestionnaire des adhésions. Les statuts de l'Association sont tenus à votre disposition. Ils peuvent vous être fournis à tout moment sur simple demande.

#### 1.4. LA FISCALITÉ APPLICABLE

L'adhésion est soumise à la législation fiscale française. Nous vous indiquons ci-après les principales caractéristiques du régime fiscal français en vigueur au 01/06/2013.

Pour les prestations en cas de décès, le capital transmis est soumis aux droits de mutation à titre gratuit dans les conditions prévues à l'article 757 B du Code général des impôts et/ou à la taxation prévue par l'article 990 I du Code général des impôts. Le capital transmis est totalement exonéré lorsque le bénéficiaire est le conjoint de l'Assuré, ou son partenaire lié par un PACS, ou, sous certaines conditions précisées à l'article 796 O Ter, son frère ou sa sœur.

Les prestations en cas de vie (indemnités journalières et prestations d'invalidité) ne sont pas soumises à l'impôt sur le revenu sauf en cas d'adhésion suivant le dispositif Madelin.

L'adhésion peut être conclue dans le cadre de la loi du 1er février 1994, dite loi Madelin, qui autorise la déduction fiscale des cotisations payées au titre des garanties en rente et indemnités journalières. En contrepartie, les prestations versées au titre de ces garanties seront imposables sur le revenu.

Dans le cadre d'une adhésion « Madelin », l'Adhérent TNS (Travailleur Non Salarie) doit justifier lors de l'adhésion et en début de chaque année civile, être à jour du paiement des cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse, par la production d'une attestation délivrée par les caisses d'assurance maladie et d'assurance vieillesse concernées.

L'engagement de l'Association décrit dans la présente Notice d'information est exprimé avant la prise en compte des prélèvements fiscaux ou sociaux qui seront opérés dans le cadre réglementaire.

#### 1.5. LES OBLIGATIONS DE L'ASSURÉ

##### A) À L'ADHÉSION

L'Assuré s'engage à répondre exactement et en toute sincérité aux questions posées par l'Association dans les documents qui lui auront été remis à cet effet lors de l'adhésion.

Il s'engage notamment à déclarer :

- sa date et son lieu de naissance, sa profession et les conditions d'exercice de celle-ci, ses activités et ses voyages ;
- s'il est non fumeur ;
- les maladies ou invalidités fonctionnelles dont il est atteint ;
- le ou les contrat(s) d'assurance de même nature que l'Assuré a souscrit(s) par ailleurs.

**Une réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne l'annulation de la présente adhésion, conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances.**

**Une omission ou déclaration inexacte, entraîne l'application de l'article L 113-9 du Code des assurances : toute omission ou déclaration inexacte constatée avant sinistre entraînera la résiliation de l'adhésion par l'Association ou le maintien de l'adhésion moyennant une augmentation de prime acceptée par l'Assuré. Dans le cas où la constatation de l'omission ou de la déclaration inexacte n'a lieu qu'après le sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux de primes payées par rapport au taux de primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.**

## B) EN COURS D'ADHÉSION

En cours d'adhésion, l'Assuré s'engage à avertir l'Association des modifications intervenant dans sa situation, notamment :

- s'il change de profession, d'activités ou s'il exerce sa profession dans des conditions autres que celles déclarées à l'adhésion,
- s'il pratique des activités et sports à risques modifiant notablement le risque assuré,
- s'il effectue des déplacements modifiant notablement le risque assuré, tels que définis au paragraphe 1.6,
- s'il souscrit d'autres contrats d'assurance comportant des prestations en cas d'incapacité de travail, d'invalidité totale ou partielle.

De même, l'Assuré ayant déclaré être non-fumeur lors de l'adhésion est tenu d'informer l'Association s'il se remet à fumer en cours d'adhésion à ce contrat.

Ces déclarations doivent être adressées par lettre recommandée, dans un délai de trente jours à compter de la date de la modification à l'adresse suivante : ASAF & AFPS - Service Prévoyance – 2791 Chemin de Saint-Bernard – Porte 19 – CS 80247 – 06227 Vallauris Cedex.

**Si l'Assuré omet de déclarer une modification aggravant le risque, il peut être fait application des articles L 113-8 ou L 113-9 du Code des assurances.**

Lorsque la nouvelle situation entraîne une modification du risque assuré ou en modifie l'appréciation, l'Association peut :

- soit exclure la modification intervenue des garanties de l'adhésion,
- soit proposer un nouveau tarif adapté à la nouvelle situation.

En cas de cessation d'activité professionnelle ou de départ à la retraite de l'Assuré, celui-ci s'oblige à en informer l'Association pour permettre la modification de ses garanties et la diminution de ses cotisations par avenant. Dans le cas contraire, si l'Assuré n'a pas informé l'Association, le paiement des cotisations ne donne pas droit à prestations au titre des garanties devenues sans objet.

### 1.6. L'ÉTENDUE TERRITORIALE DE L'ADHÉSION

Les garanties de prévoyance couvrent l'Assuré dans le monde entier.

Cependant, si l'Assuré est amené à se déplacer pour des raisons professionnelles dans des **pays sensibles**, il devra préalablement remplir le questionnaire « Résidences et Voyages » disponible auprès de l'Association, afin que nous puissions déterminer les conditions de couverture au titre de ces déplacements.

De même, si l'Assuré effectue des déplacements pour des raisons personnelles dans des **pays sensibles** ou pour une durée continue supérieure à 60 jours par an, hors des pays suivants : pays de l'Union Européenne, Australie, Canada, Japon, Suisse, États-Unis, il devra préalablement remplir le questionnaire « Résidences et Voyages » disponible auprès de l'Association, afin que nous puissions déterminer les conditions de couverture au titre de ces déplacements.

Si l'incapacité temporaire totale de travail toutes causes ou par accident survient hors de France, c'est la date de première constatation médicale en France qui sert de point de départ à la garantie.

Toutefois, si l'incapacité temporaire totale de travail toutes causes ou par accident survient en Principauté de Monaco, c'est la première date de constatation en Principauté de Monaco qui sert de point de départ à la garantie.

Pour l'invalidité, l'expertise médicale nécessaire à la mise en œuvre des prestations devra être effectuée en France.

Toutes les prestations dues sont payables en France ou en Principauté de Monaco et dans la devise en cours au moment du paiement.

Les prestations d'assistance sont accordées uniquement en France métropolitaine, dans les départements d'outre-mer et en Principauté de Monaco.

### 1.7. LA DATE D'EFFET ET LA DURÉE DE VOTRE ADHÉSION

Les garanties prennent effet à la date d'effet indiquée au certificat d'adhésion et après expiration du délai d'attente le cas échéant, sous réserve du paiement effectif de la première cotisation et de l'acceptation des risques.

L'adhésion est fixée pour une durée initiale de 1 an au terme de laquelle elle pourra continuer à produire ses effets d'année en année par tacite reconduction, sans que ceci emporte novation (c'est-à-dire sans modification de la date d'effet de l'adhésion).

### 1.8. LA MODIFICATION DE VOTRE ADHÉSION

Jusqu'au 75<sup>e</sup> anniversaire de l'Assuré, vous pouvez si vous le souhaitez modifier les garanties de votre adhésion (ajout ou suppression de garantie, évolution des montants garantis, changement de bénéficiaires...).

Pour ce faire, vous pouvez vous adresser au Service Prévoyance de l'Association. Ces modifications peuvent générer une nouvelle tarification de l'adhésion et seront prises en compte sous réserve le cas échéant de l'acceptation de l'Association.

Les demandes devront être adressées au moins un mois avant la date d'effet souhaitée de la modification de votre adhésion. Les modifications acceptées donneront lieu à un avenant à l'adhésion.

### 1.9. LA RÉSILIATION DE VOTRE ADHÉSION

Vous pouvez mettre fin à votre adhésion au contrat et à l'Association par lettre recommandée adressée à : ASAF & AFPS - Service Prévoyance - 2791 chemin de Saint-Bernard – Porte 19 – CS 80243 – 06227 VALLAURIS CEDEX - moyennant un préavis de deux mois avant l'échéance anniversaire de l'adhésion.

L'Association peut par ailleurs, en application de l'article 6 de la loi du 31 décembre 1989, dite loi Evin, résilier les garanties autres qu'en cas de décès, en y mettant fin dans les deux premières années suivant l'adhésion. Pour cela, elle préviendra l'Adhérent par lettre recommandée avec un préavis de deux mois avant la prise d'effet de la résiliation.

#### Fin des garanties :

Les garanties prennent fin à leur échéance anniversaire en cas de résiliation et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'Assuré atteint l'âge limite assurable pour chaque garantie (ces limites sont indiquées pour chaque garantie au chapitre II).

## ARTICLE 2 VOTRE COTISATION

### 2.1. LA DÉTERMINATION DE VOTRE COTISATION ANNUELLE

Le montant des cotisations annuelles est calculé en tenant compte :

- de l'âge de l'Assuré,
- du groupe tarifaire défini en fonction de sa profession,
- de la qualité de fumeur ou non fumeur de l'Assuré.



Il dépend également :

- des conditions d'acceptation médicale,
- des conditions d'exercice de la profession,
- et des activités sportives de l'Assuré.

#### Âge de l'Assuré

Pour la détermination du tarif, des niveaux garantis, et pour calculer la fin des garanties selon les âges limites, l'âge de l'Assuré se calcule par différence entre le millésime de l'année d'adhésion et celui de l'année de naissance, quel que soit le mois de naissance. Cet âge est calculé à l'adhésion et évolue à chaque échéance anniversaire de l'adhésion ou lors de modifications de garanties.

Conformément aux dispositions de l'article L 132-26 du Code des assurances :

- En cas d'erreur sur l'âge de l'Assuré, si l'âge réel se situe en dehors des limites fixées par la présente Notice d'information, les garanties sont nulles et les cotisations perçues sont restituées.
- En revanche, si l'âge réel de l'Assuré se situe dans les limites prévues par la présente Notice d'information :
  - si la cotisation payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, les garanties assurées sont réduites,
  - dans le cas contraire, le surplus de cotisation versé est remboursé.

#### 2.2. LE PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance dans les dix jours suivant les dates d'échéances fixées selon la périodicité mentionnée au certificat d'adhésion (mensuelle, trimestrielle, semestrielle ou annuelle).

Si une cotisation n'est pas payée dans les dix jours suivant son échéance, une lettre recommandée vous est adressée, vous informant qu'à l'expiration d'un délai de quarante jours suivant l'envoi de cette lettre, le non-paiement de votre cotisation entraîne, sans nouvel avis, la résiliation de votre adhésion, les cotisations déjà encaissées restant acquises à l'Association.

Le paiement de vos cotisations s'arrête dès le décès ou la reconnaissance par l'Association de l'invalidité permanente totale de l'Assuré.

#### 2.3. L'ÉVOLUTION DES GARANTIES ET DES COTISATIONS

En cours d'adhésion, les garanties et cotisations peuvent être amenées à évoluer pour les raisons suivantes :

##### A) INDEXATION

Chaque année avant l'échéance anniversaire de l'adhésion, l'Association propose, aux Adhérents ayant opté pour l'indexation, une réévaluation des garanties en fonction de l'évolution du plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS) et ce, sans examen médical. La cotisation évolue du même pourcentage.

Cette réévaluation cesse au plus tard à l'échéance anniversaire de l'année d'assurance au cours de laquelle l'Assuré est âgé de 70 ans ou au décès de l'Assuré.

Vous pouvez refuser définitivement l'indexation des garanties. Elles resteront alors au niveau précédent. Pour cela, vous devez renvoyer à l'ASAF & AFPS - Service Prévoyance - 2791, chemin de Saint-Bernard - Porte 19 - CS 80243 - 06227 VALLAURIS CEDEX - une lettre indiquant votre refus, au moins un mois avant la date anniversaire de l'adhésion. A défaut de manifestation expresse de votre part, vous serez considéré comme acceptant l'indexation des garanties jusqu'à la prochaine échéance anniversaire de votre adhésion.

##### B) MARIAGE, NAISSANCE OU ADOPTION

Vous pouvez demander une augmentation du capital garanti en cas de décès ou d'invalidité permanente totale, sans sélection médicale dans une limite de 20 % de son montant, à l'occasion des événements suivants : mariage ou PACS de l'Assuré, naissance ou adoption, dans un délai maximal de trois mois suivant cet événement.

##### C) ÉVOLUTION EN FONCTION DE L'ÂGE DE L'ASSURÉ

**Indépendamment de ces réévaluations**, les cotisations évoluent chaque année à l'échéance anniversaire de l'adhésion, en fonction de l'âge de l'Assuré.

Celles-ci peuvent également évoluer en cas de changement de situation de l'Assuré, hors état de santé, entraînant une modification du risque ou son appréciation.

##### D) MODIFICATIONS CONSÉCUTIVES À DES ÉVOLUTIONS

En dehors de toute variation due à l'indexation des garanties, à l'évolution de l'âge ou à un changement de situation de l'Assuré, les cotisations peuvent faire l'objet d'une modification tarifaire consécutive à des évolutions législatives, réglementaires, à une évolution des modalités d'imposition ou de taxe ou à une évolution du risque.

Dans ces hypothèses, vous serez informé de ces modifications, et pourrez refuser ces modifications en résiliant votre adhésion, par lettre recommandée adressée à l'ASAF & AFPS - Service Prévoyance - 2791, chemin de Saint-Bernard - Porte 19 - CS 80243 - 06227 VALLAURIS CEDEX - dans les quinze jours suivant la date à laquelle vous avez eu connaissance de la modification.

La résiliation prend effet un mois après la demande, le cachet de la Poste faisant foi.

## Chapitre II Les garanties de prévoyance

### ARTICLE 3 - GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS, INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT)

#### 3.1. CAPITAL DÉCÈS TOUTES CAUSES OU CAPITAL INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT) TOUTES CAUSES

##### A) LA GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès de l'Assuré avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle **il est âgé de 85 ans**, l'Association verse le montant du capital garanti à la date du décès au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) pour cette garantie.

##### B) LA GARANTIE EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE

Si l'Assuré est en invalidité permanente totale, l'Association lui verse, par anticipation, le montant du capital décès garanti à la date de consolidation de l'invalidité. Ce versement sera accordé si la consolidation en invalidité survient alors que la garantie est en cours, c'est-à-dire avant le départ à la retraite de l'Assuré et au plus tard avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle **il est âgé de 67 ans**.

##### C) LA GARANTIE DOUBLE EFFET - EN CAS DE DÉCÈS DU CONJOINT, PARTENAIRE OU CONCUBIN

Si simultanément ou postérieurement au décès ou à l'invalidité permanente totale de l'Assuré, son conjoint, partenaire ou concubin, non (re)marié ou non (re)pacsé, âgé de moins de 60 ans, vient à décéder, l'Association verse un capital supplémentaire au profit du

ou des enfants de l'Assuré, qui étaient fiscalement à la charge de l'Assuré et qui sont toujours fiscalement à la charge du conjoint, partenaire ou concubin au moment de son décès. Le montant de ce capital supplémentaire est égal au montant du capital déjà versé à la date du décès ou de l'invalidité permanente totale de l'Assuré. Si plusieurs enfants sont à charge au moment du décès du conjoint, partenaire ou concubin, le capital est partagé entre eux par parts égales.

### 3.2. CAPITAL DÉCÈS PAR ACCIDENT OU CAPITAL INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT)

#### A) LA GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès de l'Assuré résultant directement d'un accident et survenant moins de douze mois après celui-ci, l'Association verse le montant du capital garanti à la date du décès au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) pour cette garantie, si le décès survient avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'Assuré est âgé de 85 ans.

#### B) LA GARANTIE EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE

Si l'Assuré est en invalidité permanente totale par suite d'un accident, moins de vingt-quatre mois après celui-ci, l'Association lui verse, par anticipation, le montant du capital décès garanti à la date de consolidation de l'invalidité. Ce versement sera accordé si la consolidation en invalidité survient alors que la garantie est en cours, c'est-à-dire avant le départ à la retraite de l'Assuré et au plus tard avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il est âgé de 67 ans.

### 3.3. CAPITAL DÉCÈS DOUBLE GARANTIE

**Cette garantie ne peut être souscrite sans la garantie Capital décès toutes causes ou Capital invalidité permanente totale toutes causes.**

Si l'Assuré, en invalidité permanente totale, décède au moins un an après la consolidation de celle-ci, l'Association verse un capital supplémentaire aux bénéficiaires désignés pour cette garantie. Ce versement, d'un montant correspondant au capital invalidité permanente totale déjà versé, ne sera accordé que si le décès survient avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'Assuré est âgé de 85 ans.

### 3.4. RENTE ÉDUCATION DÉCÈS OU RENTE ÉDUCATION INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT)

#### A) LA GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès de l'Assuré, avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il est âgé de 85 ans, l'Association verse aux enfants bénéficiaires désignés ainsi qu'aux enfants nés moins de 300 jours après le décès de l'Assuré, le montant de la rente éducation garanti à la date du décès. L'enfant bénéficiaire désigné doit être fiscalement à la charge de l'Assuré à la date du décès. La rente éducation est versée jusqu'au 26<sup>ème</sup> anniversaire de l'enfant bénéficiaire.

Au-delà du 26<sup>ème</sup> anniversaire, l'Association verse viagèrement la rente :

- si le bénéficiaire perçoit une des allocations prévues pour les enfants/adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation lui ait été attribuée avant son 21<sup>ème</sup> anniversaire,
- et si la garantie Rente éducation a été souscrite avant le 16<sup>ème</sup> anniversaire de l'enfant.

#### Evolution du montant de la rente :

Le montant de la rente versé est fonction du montant choisi à l'adhésion et de l'âge de l'enfant à chaque date du versement de la rente :

- 1<sup>er</sup> palier : 100 % du montant souscrit lorsque le bénéficiaire est âgé de 0 à 11 ans,
- 2<sup>ème</sup> palier : 125 % du montant souscrit lorsque le bénéficiaire est âgé de 12 à 17 ans,
- 3<sup>ème</sup> palier : 150 % du montant souscrit lorsque le bénéficiaire est âgé de 18 à 26 ans.

Pour déterminer les changements de palier, l'âge de l'enfant est recalculé à chaque échéance anniversaire par différence de millésime entre l'année de calcul et l'année de naissance de l'enfant.

Les modalités de versement des prestations sont précisées au paragraphe 3.6 de la présente Notice d'information.

#### B) LA GARANTIE EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE

Dans le cas où l'Assuré est reconnu en invalidité permanente totale, l'Association lui verse, dans les mêmes conditions qu'en cas de décès, le montant de la rente garanti à la date de consolidation de l'invalidité. Ce versement sera accordé si la consolidation en invalidité survient alors que la garantie est en cours, c'est à dire avant le départ à la retraite de l'Assuré et au plus tard avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il est âgé de 67 ans.

Si l'Assuré, en invalidité permanente totale, décède, le montant de la rente sera ensuite versé aux enfants bénéficiaires dans les mêmes conditions que celles visées au paragraphe 3.4.A).

#### C) LA GARANTIE DOUBLE EFFET - EN CAS DE DÉCÈS DU CONJOINT, PARTENAIRE OU CONCUBIN

En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint, partenaire ou concubin de l'Assuré, non (re)marié ou non (re) pacsé, âgé de moins de 60 ans, et s'il existe au moins un enfant de l'Assuré qui était fiscalement à la charge de l'Assuré et qui est fiscalement à la charge du conjoint, partenaire ou concubin au moment de son décès, le montant de la rente en cours de service est doublé.

### 3.5. RENTE DÉCÈS OU RENTE INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT)

#### A) LA GARANTIE EN CAS DE DÉCÈS

En cas de décès de l'Assuré, avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il est âgé de 85 ans, l'Association verse au bénéficiaire désigné pour cette garantie une rente dont le montant est celui garanti à la date du décès.

La rente est servie au bénéficiaire jusqu'à son décès. **Toutefois, à compter de ses 65 ans, le montant de la rente est réduit de 50 %.**

#### B) LA GARANTIE EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE

Si l'Assuré est en invalidité permanente totale, l'Association lui verse le montant de la rente garanti à la date de consolidation de l'invalidité. Ce versement sera accordé si la consolidation en invalidité survient alors que la garantie est en cours, c'est à dire avant le départ à la retraite de l'Assuré et au plus tard avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il est âgé de 67 ans.

Si l'Assuré, en invalidité permanente totale, décède, le montant de la rente décès sera ensuite versé au bénéficiaire désigné dans les mêmes conditions que celles visées au paragraphe 3.5.A).

Les modalités de versement des prestations sont précisées au paragraphe 3.6 de la présente notice d'information.

### 3.6. SERVICES DES PRESTATIONS

La rente prend effet à la date de consolidation en cas d'invalidité ou le jour suivant la date du décès de l'Assuré. Elle est versée à terme échu, à la fin de chaque trimestre civil. Le calcul du premier et du dernier versement se fait au prorata temporis.

Pour permettre le maintien des prestations qui leur sont dues, les bénéficiaires de Rente invalidité permanente totale, de Rente éducation décès et/ou de Rente décès doivent fournir, au mois de janvier de chaque année, un certificat de vie.

### 3.7. IMPACT DES ÉVÉNEMENTS DÉCÈS, INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (IPT) SUR L'ADHÉSION

La survenance du décès de l'Assuré met fin à l'adhésion, mais elle ne remet pas en cause le versement des prestations en rente déclenchées par le décès.

La reconnaissance par l'Association de l'invalidité permanente totale de l'Assuré :

- met fin aux garanties de l'adhésion à l'exception des garanties Rente décès, Rente éducation décès ou Capital décès double garantie dont les prestations seront versées en cas de décès de l'Assuré,
- suspend le paiement des cotisations tant que dure l'invalidité.

## ARTICLE 4 - GARANTIES EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL OU D'INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE OU TOTALE

**Ces garanties sont accordées uniquement en cas de couplage avec une garantie Décès à l'adhésion**

### 4.1. INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL TOUTES CAUSES

#### A) DÉFINITION DE LA GARANTIE

En cas d'incapacité temporaire totale de travail de l'Assuré par suite d'une maladie ou d'un accident, l'Association lui verse des indemnités journalières dont le montant est celui garanti au 1er jour de l'arrêt de travail.

Ces indemnités seront uniquement versées :

- si l'arrêt de travail intervient alors que la garantie est en cours, c'est-à-dire avant le départ à la retraite de l'Assuré et au plus tard avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle **il est âgé de 67 ans,**
- **et si l'Assuré exerce une activité professionnelle lors de la survenance de l'arrêt de travail.**

#### B) SERVICE DES PRESTATIONS

Les indemnités journalières sont versées par jour d'arrêt de travail médicalement constaté, à terme échu. Le versement est effectué mensuellement, après expiration de la période de franchise indiquée au certificat d'adhésion et en fonction des circonstances de l'arrêt de travail (hospitalisation, accident ou maladie).

Lorsque l'arrêt de travail nécessite une hospitalisation, la durée de séjour en établissement hospitalier public ou privé devra être supérieure ou égale à la franchise hospitalisation indiquée au certificat d'adhésion, pour donner lieu à un versement d'indemnités journalières.

Le versement des indemnités journalières cesse à la plus proche des dates suivantes :

- A la reprise totale d'activité professionnelle ou la date de consolidation d'une invalidité permanente,
- Au 365<sup>ème</sup> ou 1095<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail (ce délai incluant la période de franchise) selon la durée d'indemnisation indiquée sur le certificat d'adhésion,
- Lors de l'arrêt du paiement des cotisations,
- L'année d'assurance au cours de laquelle **l'Assuré est âgé de 67 ans,**
- À la liquidation des droits au titre du régime obligatoire de retraite dont l'Assuré relève selon sa profession.

**Toute possibilité de reprise partielle d'activité professionnelle entraîne une réduction des prestations de 50%.**

En cas de rechute dans les 90 jours suivant la reprise d'activité, le paiement des indemnités reprend immédiatement, sans nouveau délai de franchise, si le nouvel arrêt est dû aux mêmes causes que l'arrêt précédent.

Si aucune prestation n'a été versée lors du premier arrêt, du fait de la franchise, celle-ci continue à s'écouler avant le début du versement des prestations.

**Ces dispositions ne s'appliquent pas aux affections de la colonne vertébrale pour lesquelles tout nouvel arrêt de travail sera assujéti aux délais de franchise.**

En cas de rechute au-delà des 90 jours suivant la reprise d'activité, la franchise sera de nouveau appliquée.

### 4.2. INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL PAR ACCIDENT

#### A) DÉFINITION DE LA GARANTIE

En cas d'incapacité temporaire totale de travail de l'Assuré par suite d'un accident, l'Association lui verse des indemnités journalières dont le montant est celui garanti au 1er jour de l'arrêt de travail.

Ces indemnités seront uniquement versées :

- si l'arrêt de travail intervient alors que la garantie est en cours, c'est-à-dire avant le départ à la retraite de l'Assuré et au plus tard avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle **il est âgé de 67 ans,**
- **et si l'Assuré exerce une activité professionnelle lors de la survenance de l'arrêt de travail.**

#### B) SERVICE DES PRESTATIONS

Les indemnités journalières sont versées par jour d'arrêt de travail médicalement constaté, à terme échu. Le versement est effectué mensuellement, après expiration de la période de franchise indiquée au certificat d'adhésion.

Le versement des indemnités journalières cesse à la plus proche des dates suivantes :

- à la reprise totale d'activité professionnelle ou la date de consolidation d'une invalidité permanente,
- au 1 095<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail (ce délai incluant la période de franchise),
- lors de l'arrêt du paiement des cotisations,
- l'année d'assurance au cours de laquelle **l'Assuré est âgé de 67 ans,**
- à la liquidation des droits au titre du régime obligatoire de retraite dont l'Assuré relève selon sa profession.

**Toute possibilité de reprise partielle d'activité professionnelle entraîne une réduction des prestations de 50%.**

En cas de rechute dans les 90 jours suivant la reprise d'activité, le paiement des indemnités reprend immédiatement, sans nouveau délai de franchise, si le nouvel arrêt est dû aux mêmes causes que l'arrêt précédent.

Si aucune prestation n'a été versée lors du premier arrêt, du fait de la franchise, celle-ci continue à s'écouler avant le début du versement des prestations.

**Ces dispositions ne s'appliquent pas aux affections de la colonne vertébrale pour lesquelles tout nouvel arrêt de travail sera assujéti aux délais de franchise.**

En cas de rechute au-delà des 90 jours suivant la reprise d'activité, la franchise sera de nouveau appliquée.

#### 4.3. INDEMNITÉS JOURNALIÈRES TOUTES CAUSES COMPLÉMENTAIRES AUX RÉGIMES OBLIGATOIRES

##### A) DÉFINITION DE LA GARANTIE

En cas d'incapacité temporaire totale de travail de l'Assuré par suite d'une maladie ou d'un accident, l'Association lui verse des indemnités journalières dont le montant est celui garanti au 1<sup>er</sup> jour de l'arrêt de travail.

Ces indemnités seront uniquement versées :

- si l'arrêt de travail intervient alors que la garantie est en cours, c'est à dire avant le départ à la retraite de l'Assuré et au plus tard avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle **il est âgé de 67 ans,**
- **et si l'Assuré exerce une activité professionnelle lors de la survenance de l'arrêt de travail.**

##### B) SERVICE DES PRESTATIONS

Les indemnités journalières sont versées par jour d'arrêt de travail médicalement constaté, à terme échu. Le versement est effectué mensuellement, après expiration de la période de franchise indiquée au certificat d'adhésion et en fonction des circonstances de l'arrêt de travail (hospitalisation, accident ou maladie).

Lorsque l'arrêt de travail nécessite une hospitalisation, la durée de séjour en établissement hospitalier public ou privé devra être supérieure ou égale à la franchise hospitalisation indiquée au certificat d'adhésion, pour donner lieu à un versement d'indemnités journalières.

L'indemnisation cesse à la plus proche des dates suivantes :

- à la reprise totale d'activité professionnelle ou date de consolidation d'une invalidité permanente,
- au 90<sup>ème</sup> ou 365<sup>ème</sup> jour d'arrêt de travail (ce délai incluant la période de franchise) selon la durée d'indemnisation indiquée sur le certificat d'adhésion,
- lors de l'arrêt du paiement des cotisations,
- l'année d'assurance au cours de laquelle **l'Assuré est âgé de 67 ans,**
- à la liquidation des droits au titre du régime obligatoire de retraite dont l'Assuré relève selon sa profession.

**Toute possibilité de reprise partielle d'activité professionnelle entraîne une réduction des prestations de 50 %.**

En cas de rechute dans les 90 jours suivant la reprise d'activité, le paiement des indemnités reprend immédiatement, sans nouveau délai de franchise, si le nouvel arrêt est dû aux mêmes causes que l'arrêt précédent.

Si aucune prestation n'a été versée lors du premier arrêt, du fait de la franchise, celle-ci continue à s'écouler avant le début du versement des prestations.

**Ces dispositions ne s'appliquent pas aux affections de la colonne vertébrale pour lesquelles tout nouvel arrêt de travail sera assujéti aux délais de franchise.**

En cas de rechute au-delà des 90 jours suivant la reprise d'activité, la franchise sera de nouveau appliquée.

#### 4.4. INDEMNITÉS REMBOURSEMENT DES FRAIS PROFESSIONNELS

##### A) DÉFINITION DE LA GARANTIE

En cas d'incapacité temporaire totale de travail de l'Assuré par suite d'une maladie ou d'un accident, l'Association lui verse des indemnités de remboursement des frais professionnels dont le montant correspond :

- soit à l'équivalent journalier des frais professionnels déclarés à l'administration fiscale,
- soit à l'équivalent journalier des frais occasionnés par le remplacement de l'Assuré durant la période d'incapacité de travail.

Dans les deux cas, le montant de la prestation ne peut pas dépasser le montant du plafond journalier garanti au premier jour de l'arrêt de travail.

Si l'accident ou la maladie entraîne une cessation définitive d'activité, le reliquat des frais professionnels engagés avant la cessation d'activité, est pris en charge dans les mêmes conditions.

Les indemnités de remboursement des frais professionnels seront uniquement versées :

- si l'arrêt de travail intervient alors que la garantie est en cours, c'est à dire avant le départ à la retraite de l'Assuré et au plus tard avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle **il est âgé de 67 ans,**
- **et si l'Assuré exerce une activité professionnelle lors de la survenance de l'arrêt de travail.**

##### B) LES FRAIS PROFESSIONNELS COUVERTS PAR LA GARANTIE

Les frais professionnels pris en charge, nets des ressources liées à un remplacement, sont les frais fixes et permanents suivants :

- les salaires nets et avantages en nature des collaborateurs,
- les charges sociales sur salaires des collaborateurs,
- les taxes sur la valeur ajoutée et professionnelle,
- les autres impôts,
- la contribution sociale généralisée déductible,
- le loyer et charges locatives,
- la location de matériel et de mobilier,
- les entretiens et réparations,
- les frais de chauffage, eau, gaz, électricité,
- les honoraires ne constituant pas de rétrocessions,
- les primes d'assurance,
- les charges sociales personnelles,
- les fournitures de bureau, documentation et affranchissement,
- les frais d'actes et de contentieux,
- les cotisations syndicales et professionnelles,
- les mensualités de prêt professionnel (si elles ne font pas l'objet d'un remboursement au titre d'une autre assurance).

Dans le cas où l'Assuré fait appel à un remplaçant, seul le coût net du remplaçant sera pris en charge, dans les mêmes conditions.

##### C) SERVICE DES PRESTATIONS

Les modalités de service des prestations sont identiques à celles prévues au paragraphe 4.1 de la présente notice d'information.

#### 4.5. RENTE EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE OU TOTALE

##### A) DÉFINITION DE LA GARANTIE

Une rente invalidité est versée à l'Assuré qui se trouve, par suite d'une maladie ou d'un accident, atteint d'une invalidité permanente partielle ou totale appréciée par rapport au taux d'invalidité croisée de l'Assuré tenant compte de sa profession déclarée et exercée, et de son taux d'invalidité fonctionnelle.

La rente sera uniquement versée :

- si la consolidation en invalidité survient alors que la garantie est en cours, c'est à dire avant le départ à la retraite de l'Assuré et au plus tard avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle **il est âgé de 67 ans**,
- si l'Assuré exerce une activité professionnelle lors de la survenance de l'invalidité,
- **et si le taux d'invalidité croisée est supérieur ou égal à 11 % en cas d'accident ou 33 % en cas de maladie.**

Le montant de la rente invalidité est celui garanti à la date de consolidation en invalidité, multiplié par le taux d'indemnisation (n) résultant du taux d'invalidité croisée de l'Assuré

#### B) TAUX D'INVALIDITÉ CROISÉE ET FIXATION DU TAUX D'INDEMNISATION (N)

Le taux d'invalidité croisée combine :

- l'invalidité fonctionnelle,
- l'invalidité professionnelle.

L'invalidité fonctionnelle est établie d'après le barème des accidents du travail de la Sécurité sociale, sans tenir compte de l'incidence professionnelle.

L'invalidité professionnelle est définie par expertise amiable. Elle est appréciée, de 0 à 100 %, d'après la nature de l'invalidité par rapport à la profession indiquée au certificat d'adhésion et toujours exercée au moment du sinistre. Il est tenu compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de la profession, des capacités professionnelles restantes et des possibilités d'adaptation, ainsi que des répercussions de cette invalidité sur les revenus professionnels de l'Assuré. Il appartient à l'Assuré d'apporter les éléments justificatifs de son invalidité professionnelle.

En cas d'infirmités préexistantes, pour des membres ou organes déjà lésés, le taux d'invalidité est déterminé déduction faite du taux d'invalidité antérieur.

Si l'Assuré est atteint de plusieurs lésions à un seul membre ou organe, les taux d'invalidité en résultant se cumulent, sans que le total puisse dépasser le pourcentage prévu pour la perte de ce membre ou de cet organe.

Le taux d'invalidité croisée est donné par le tableau suivant :

Taux d'invalidité croisée	Taux d'invalidité fonctionnelle									
	11	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Taux d'invalidité professionnelle	11	20	30	40	50	60	70	80	90	100
11	11	20	30	30	30	30	30	30	30	33
20	11	20	30	30	30	30	30	30	30	33
30	11	20	30	30	30	33	33	33	33	33
40	11	20	30	40	41	42	43	44	45	46
50	11	20	30	41	50	51	52	53	54	55
60	11	20	33	42	51	60	61	62	63	64
70	11	20	33	43	52	61	70	71	72	73
80	11	20	33	44	53	62	71	80	81	82
90	11	20	33	45	54	63	72	81	90	91
100	33	33	33	46	55	64	73	82	91	100

Le taux d'indemnisation (n) correspondant au taux d'invalidité croisée est donné par le tableau suivant :

Taux Inval. croisée (%)	Taux Indem (n) (%)	Taux Inval. croisée (%)	Taux Indem (n) (%)	Taux Inval. croisée (%)	Taux Indem (n) (%)	Taux Inval. croisée (%)	Taux Indem (n) (%)	Taux Inval. croisée (%)	Taux Indem (n) (%)	Taux Inval. croisée (%)	Taux Indem (n) (%)
11	1,50	21	16,50	31	31,14	41	37,00	51	52,00	61	80,00
12	3,00	22	18,00	32	32,29	42	38,00	52	53,00	62	81,00
13	4,50	23	19,50	33	33,00	43	39,00	53	55,00	63	83,00
14	6,00	24	21,00	34	33,30	44	40,00	54	56,00	64	85,00
15	7,50	25	22,50	35	33,60	45	41,00	55	58,00	65	92,00
16	9,00	26	24,00	36	34,00	46	42,00	56	62,00	66	100,00
17	10,50	27	25,50	37	34,50	47	44,00	57	66,00	67	100,00
18	12,00	28	27,00	38	35,00	48	46,00	58	70,00	68	100,00
19	13,50	29	28,50	39	35,50	49	48,00	59	74,00	69	100,00
20	15,00	30	30,00	40	36,00	50	50,00	60	78,00	70	100,00

Un Assuré ne peut pas être considéré en invalidité totale (taux d'indemnisation égal à 100 %) s'il continue d'exercer une activité professionnelle, ou en invalidité permanente partielle (taux d'invalidité croisée supérieur ou égal à 11 % en cas d'accident ou supérieur ou égal à 33 % en cas de maladie) si ses capacités de travail ou de gain ne sont pas diminuées.

### C) SERVICE DES PRESTATIONS

La rente prend effet à la date de consolidation en invalidité. Elle est versée à terme échu, à la fin de chaque trimestre civil. Le calcul du premier et du dernier versement se fait au prorata temporis. Le versement intervient tant que dure l'état d'invalidité et que le taux d'invalidité croisée est supérieur ou égal à 11 % en cas d'accident ou supérieur ou égal à 33 % en cas de maladie. Le taux d'indemnisation est révisable, à la hausse comme à la baisse, selon l'évolution de l'invalidité de l'Assuré et le montant de la rente versée est ajusté à compter de la date de constatation du nouveau taux.

Le versement de la rente cesse à la plus proche des dates suivantes :

- à la liquidation des droits au titre du régime obligatoire de retraite dont l'Assuré relève selon sa profession
- ou à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle **il est âgé de 67 ans**.

**Tout changement de profession non signalé entraîne automatiquement la suspension de la garantie.**

#### 4.6. CAPITAL EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE OU TOTALE

Un capital invalidité est versé à l'Assuré qui se trouve par suite d'une maladie ou d'un accident, atteint d'une invalidité permanente partielle ou totale appréciée par rapport au taux d'invalidité croisée de l'Assuré tenant compte de sa profession déclarée et exercée, et de son taux d'invalidité fonctionnelle.

Le capital sera uniquement versé :

- si la consolidation en invalidité survient alors que la garantie est en cours, c'est à dire avant le départ à la retraite de l'Assuré et au plus tard avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle **il est âgé de 67 ans**,
- **si l'Assuré exerce une activité professionnelle lors de la survenance de l'invalidité,**
- **et si le taux d'invalidité croisée est supérieur ou égal à 11 % en cas d'accident ou 33% en cas de maladie.**

Le montant de capital est celui garanti à la date de consolidation en invalidité, multiplié par le taux d'indemnisation (n) résultant du taux d'invalidité croisée de l'Assuré, tel que défini au paragraphe 4.5.B) de la présente Notice d'information.

Le taux d'indemnisation est définitivement fixé à la consolidation en invalidité sans possibilité de révision.

**Tout changement de profession non signalé entraîne automatiquement la suspension de la garantie.**

#### 4.7. RENTE EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE OU TOTALE PAR ACCIDENT

##### A) DÉFINITION DE LA GARANTIE

Une rente invalidité est versée à l'Assuré qui se trouve, par suite d'un accident, atteint d'une invalidité permanente partielle ou totale appréciée par rapport à son taux d'invalidité fonctionnelle.

La rente sera uniquement versée :

- si la consolidation en invalidité survient alors que la garantie est en cours, c'est à dire avant le départ à la retraite de l'Assuré et au plus tard avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle **il est âgé de 67 ans**,
- **si l'Assuré exerce une activité professionnelle lors de la survenance de l'invalidité,**
- **et si le taux d'invalidité fonctionnelle est supérieur ou égal à 11 %.**

Le montant de la rente invalidité est celui garanti à la date de consolidation en invalidité, multiplié par le taux d'indemnisation (n) résultant de l'invalidité fonctionnelle de l'Assuré.

##### B) TAUX D'INVALIDITÉ FONCTIONNELLE ET FIXATION DU TAUX D'INDEMNISATION (N)

Le taux d'indemnisation dépend du taux d'invalidité fonctionnelle établi d'après le barème des accidents du travail de la Sécurité sociale, sans tenir compte de l'incidence professionnelle.

En cas d'infirmités préexistantes, pour des membres ou organes déjà lésés, le taux d'invalidité est déterminé déduction faite du taux d'invalidité antérieur.

Si l'Assuré est atteint de plusieurs lésions à un seul membre ou organe, les taux d'invalidité en résultant se cumulent, sans que le total puisse dépasser le pourcentage prévu pour la perte de ce membre ou de cet organe.

Le taux d'indemnisation (n) correspondant au taux d'invalidité fonctionnelle est donné par le tableau suivant :

Taux Inval. (%)	Taux Indem (n) (%)	Taux Inval. (%)	Taux Indem (n) (%)	Taux Inval. (%)	Taux Indem (n) (%)	Taux Inval. (%)	Taux Indem (n) (%)	Taux Inval. (%)	Taux Indem (n) (%)	Taux Inval. (%)	Taux Indem (n) (%)
11	1,50	21	16,50	31	31,14	41	43,49	51	58,35	61	77,09
12	3,00	22	18,00	32	32,29	42	44,84	52	60,03	62	79,24
13	4,50	23	19,50	33	33,46	43	46,22	53	61,74	63	81,45
14	6,00	24	21,00	34	34,65	44	47,63	54	63,50	64	83,71
15	7,50	25	22,50	35	35,85	45	49,06	55	65,30	65	86,04
16	9,00	26	24,00	36	37,07	46	50,53	56	67,14	66	100,00
17	10,50	27	25,50	37	38,31	47	52,02	57	69,03	67	100,00
18	12,00	28	27,00	38	39,57	48	53,55	58	70,97	68	100,00
19	13,50	29	28,50	39	40,86	49	55,12	59	72,96	69	100,00
20	15,00	30	30,00	40	42,16	50	56,72	60	75,00	70	100,00

Un Assuré ne peut pas être considéré en invalidité totale (taux d'indemnisation égal à 100 %) s'il continue d'exercer une activité professionnelle, ou en invalidité permanente partielle (taux d'invalidité fonctionnelle supérieur ou égal à 11 %) si ses capacités de travail ou de gain ne sont pas diminuées.

### C) SERVICES DES PRESTATIONS

La rente prend effet à la date de consolidation en invalidité. Elle est versée à terme échu, à la fin de chaque trimestre civil. Le calcul du premier et du dernier versement se fait au prorata temporis. Le versement intervient tant que dure l'état d'invalidité et que le taux d'invalidité fonctionnelle est supérieur ou égal à 11 %. Le taux d'indemnisation est révisable, à la hausse comme à la baisse, selon l'évolution de l'invalidité de l'Assuré et le montant de la rente versée est ajusté à compter de la date de constatation du nouveau taux.

Le versement de la rente cesse à la plus proche des dates suivantes :

- à la liquidation des droits au titre du régime obligatoire de retraite dont l'Assuré relève selon sa profession,
- ou à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle **il est âgé de 67 ans**.

#### 4.8. CAPITAL EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE OU TOTALE PAR ACCIDENT

Un capital invalidité est versé à l'Assuré qui se trouve par suite d'un accident, atteint d'une invalidité permanente partielle ou totale appréciée par rapport à son taux d'invalidité fonctionnelle.

Le capital sera uniquement versé :

- si la consolidation en invalidité survient alors que la garantie est en cours, c'est-à-dire avant le départ à la retraite de l'Assuré et au plus tard avant la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle **il est âgé de 67 ans**,
- si l'Assuré exerce une activité professionnelle lors de la survenance de l'invalidité,
- et si le taux d'invalidité fonctionnelle est supérieur ou égal à 11 %.

Le montant de capital est celui garanti à la date de consolidation en invalidité, multiplié par le taux d'indemnisation (n) résultant du taux d'invalidité fonctionnelle de l'Assuré, tel que défini au paragraphe 4.7.B) de la présente Notice d'information.

Le taux d'indemnisation est définitivement fixé à la consolidation en invalidité sans possibilité de révision.

#### 4.9. EXONÉRATION DES COTISATIONS EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

**Cette garantie ne peut pas être souscrite sans une garantie incapacité temporaire totale de travail.**

Durant la période de versement des indemnités journalières, l'Adhérent est remboursé des cotisations de l'ensemble des garanties en cours durant la période d'indemnisation, à raison de 1/365<sup>ème</sup> de la cotisation annuelle, par jour d'arrêt de travail total indemnisé.

**Cette garantie prend fin en même temps que les garanties incapacité temporaire totale de travail.**

**Toutes les limitations ou exclusions prévues pour l'incapacité temporaire totale de travail s'appliquent à la présente garantie exonération.**

Pendant la période d'exonération, les garanties en cours sont intégralement maintenues. Toutefois, aucune augmentation de garantie ne pourra être accordée.

#### 4.10. EXONÉRATION DES COTISATIONS EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE OU TOTALE

**Cette garantie ne peut pas être souscrite sans une rente invalidité permanente.**

En cas d'invalidité permanente de l'Assuré supérieure ou égale à 66 %, suite à maladie ou à accident et déclenchant une indemnisation au titre des garanties invalidité, l'Adhérent ne paie plus ses cotisations jusqu'au terme de la garantie, sauf s'il n'est plus reconnu en état d'invalidité d'au moins 66 %. Dans ce cas, les cotisations ne seront plus prises en charge par l'Association et seront de nouveau appelées.

L'invalidité de l'Assuré est appréciée par rapport :

- au taux d'invalidité croisée pour la rente en cas d'invalidité permanente partielle ou totale, tel que défini au paragraphe 4.5.b) de la présente Notice d'information,
- au taux d'invalidité fonctionnelle pour la rente en cas d'invalidité permanente partielle ou totale par accident, tel que défini au paragraphe 4.7.b) de la présente Notice d'information.

**Cette garantie prend fin en même temps que les garanties invalidité permanente.**

**Toutes les limitations ou exclusions prévues pour l'invalidité permanente partielle ou totale s'appliquent à la présente garantie exonération.**

Pendant la période d'exonération, les garanties en cas de décès en cours sont maintenues. Toutefois, il ne peut être procédé à aucune augmentation des garanties.

## ARTICLE 5 - GESTION DES PRESTATIONS

### 5.1. FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

#### A) EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ

Les pièces suivantes doivent nous être adressées :

- une déclaration de décès,
  - un extrait d'acte de décès de l'Assuré,
  - en cas de décès par accident, tout document susceptible de prouver la relation de cause à effet entre l'accident et le décès (rapport de police, procès-verbal de gendarmerie...),
  - un certificat médical post mortem,
- ainsi que toute autre pièce demandée par l'Association permettant de constituer le dossier.

**Les pièces médicales doivent être adressées, sous pli confidentiel, au médecin-conseil de l'Association.**

#### B) EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL DE L'ASSURÉ

Toute demande d'application des garanties en cas d'incapacité doit nous parvenir dans les 15 jours qui suivent la fin de la période de franchise, faute de quoi, cette période de franchise est prolongée jusqu'à la réception, par l'Association de la déclaration et du certificat médical.

Les pièces suivantes doivent nous être adressées :

- une déclaration circonstanciée de l'Assuré,
- un formulaire de demande de prestation en incapacité temporaire totale et invalidité, disponible auprès du Service Prévoyance de l'Association,

- un certificat médical indiquant le premier jour d'arrêt, la durée probable de l'incapacité, les causes et circonstances de cette incapacité,
- le certificat médical de prolongation de l'arrêt de travail le cas échéant,
- le certificat médical indiquant la reprise même partielle des activités,
- si l'incapacité résulte d'un accident, tout document susceptible de prouver la relation de cause à effet entre l'accident et l'incapacité (rapport de police, procès-verbal de gendarmerie...),
- la dernière déclaration de revenus ou, en cas de baisse d'activité, les 3 dernières déclarations, lorsque le montant de l'indemnité journalière est supérieure à 120 €,
- Pour la garantie Indemnités Remboursement des frais professionnels, la dernière annexe fiscale 2033, 2035 ou 2052-2053 (pour les créations d'entreprises, le bilan prévisionnel de l'entreprise), ou en cas de baisse d'activité, les 3 dernières annexes fiscales, ainsi que toute autre pièce demandée par l'Association permettant de constituer le dossier.

**Les pièces médicales doivent être adressées, sous pli confidentiel, au médecin-conseil de l'Association.**

En cas de prolongation d'arrêt de travail, le certificat d'arrêt de travail doit être adressé dans les quinze jours de son établissement, sinon les jours d'arrêt entre l'arrêt précédent et la déclaration de la prolongation ne seront pas indemnisés.

### **C) EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE (PARTIELLE OU TOTALE) DE L'ASSURÉ**

Les pièces suivantes doivent être adressées à l'Association :

- une déclaration circonstanciée de l'Assuré,
  - un formulaire de demande de prestation en incapacité temporaire totale et invalidité, disponible auprès du Service Prévoyance de l'Association,
  - un certificat médical indiquant l'état d'invalidité et sa cause :
    - en cas de maladie, il doit préciser la nature de la maladie et la date d'apparition des premiers symptômes,
    - en cas d'accident, il doit préciser la nature et le siège des lésions,
  - le certificat de consolidation de l'invalidité,
  - si l'invalidité résulte d'un accident, tout document susceptible de prouver la relation de cause à effet entre l'accident et l'invalidité (rapport de police, procès-verbal de gendarmerie...),
- ainsi que toute autre pièce demandée par l'Association permettant de constituer le dossier.

**Les pièces médicales doivent être adressées, sous pli confidentiel, au médecin-conseil de l'Association.**

## **5.2. CONTRÔLE MÉDICAL**

À tout moment, l'Association peut faire constater l'état de santé de l'Assuré par un médecin. L'Association peut également déléguer auprès de l'Assuré une personne habilitée à le représenter pour effectuer une mission de contrôle.

En cas de refus de contrôle non justifié de l'Assuré, l'Association peut refuser le versement de toute prestation (à venir ou en cours). Il en est de même en cas d'utilisation par l'Assuré ou les bénéficiaires de documents ou renseignements inexacts ayant pour but d'induire l'Association en erreur sur les causes, circonstances ou conséquences d'un événement.

En cas de désaccord entre le médecin de l'Assuré et celui de l'Association quant à l'incapacité ou l'invalidité de l'Assuré, ces deux médecins s'en adjoindront un troisième pour les départager. A défaut d'entente sur le choix de ce médecin, la désignation sera faite, à la requête de la partie la plus diligente, par le président du tribunal compétent du domicile de l'Assuré.

Chaque partie supportera les honoraires de son médecin ainsi que la moitié des frais de tierce-expertise si elle a lieu.

## **ARTICLE 6 - DÉSIGNATION ET ACCEPTATION DES BÉNÉFICIAIRES**

### **6.1. DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES**

Vous pouvez désigner le ou les bénéficiaire(s) à l'adhésion, et ultérieurement par avenant, par acte sous seing privé ou par acte authentique. Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, vous pouvez porter à l'adhésion les coordonnées de ce dernier, que nous utiliserons en cas de décès de l'Assuré.

Pour cette désignation, vous pouvez utiliser une des possibilités suivantes :

- désigner « le conjoint de l'Assuré(e) ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, à défaut, les enfants nés ou à naître de l'Assuré(e) ou leurs descendants venant en lieu et place, par parts égales entre eux, à défaut les héritiers de l'Assuré(e) (héritiers légaux et légataires universels), par parts égales entre eux »,
- désigner nominativement les bénéficiaires ou rédiger une clause particulière en nous communiquant le(s) nom(s), prénom(s), date(s) et lieu(x) de naissance du (ou des) bénéficiaire(s), ainsi que leur(s) coordonnées.

Vous pouvez modifier par avenant la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée.

Cependant, nous attirons votre attention sur le fait que la désignation devient irrévocable (sauf cas de révocation du bénéficiaire légalement permise) en cas d'acceptation du bénéficiaire.

Conformément à l'article A 132-9 du Code des assurances, ces dispositions ne s'appliquent ni dans le cadre d'une adhésion à un contrat "ouverture de crédit", où le bénéficiaire est la banque, ni dans le cas d'une adhésion "homme-clé", où l'entreprise adhérente est également la bénéficiaire.

### **6.2. ACCEPTATION DES BÉNÉFICIAIRES**

En cas de vie de l'Assuré et de l'Adhérent, l'acceptation est faite par un avenant signé par l'Association, l'Adhérent et le bénéficiaire. L'acceptation peut être également faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé par l'Adhérent et le bénéficiaire.

L'acceptation n'a d'effet à l'égard de l'Association que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit. L'Association formalisera alors l'acceptation qui lui a été notifiée par un avenant.

Si la désignation du bénéficiaire est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir que trente jours au moins à compter du moment où l'Adhérent est informé que l'adhésion est conclue. Après le décès de l'Assuré ou de l'Adhérent, l'acceptation est libre. Conformément aux dispositions du Code des assurances, après acceptation du bénéficiaire, vous ne pourrez plus consentir un nantissement postérieur à cette acceptation, sauf accord écrit et express du bénéficiaire.

Dans l'hypothèse d'une acceptation de la clause bénéficiaire, vous vous engagez, sauf accord écrit et express du bénéficiaire, à ne pas utiliser l'adhésion comme instrument de garantie, à ne pas procéder à des opérations de cession de l'adhésion, ou, d'une manière générale, à ne pas procéder à aucun acte susceptible de remettre en cause le caractère irrévocable de cette désignation.



## Chapitre III Les services d'assistance

Les services d'assistance ont pour objet l'organisation et la prise en charge de prestations qui visent à accompagner l'Assuré ou sa famille en cas d'incapacité temporaire totale de travail, d'invalidité permanente ou de décès de l'Assuré.

Le service Assistance cité ci-dessous désigne l'organisme chargé de mettre en place les prestations décrites dans ce chapitre.

### ARTICLE 7 - PRESTATIONS ACCORDÉES DÈS LA PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION – INFORMATIONS JURIDIQUES

#### 7.1. EXCLUSIONS DES GARANTIES DÉCÈS TOUTES CAUSES OU PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE TOUTES CAUSES

Un service d'informations juridiques sur les droits et obligations pour toute problématique liée à l'exercice de l'activité professionnelle, délivré par Juridica, est mis à la disposition des Assurés. Ce service est accessible du lundi au vendredi de 9 h 30 à 19 h (heure de Paris) et le samedi de 14 h 30 à 19 h 30, sauf jours fériés.

Une équipe de conseillers juridiques délivre une information juridique dans tous les domaines du droit français et du droit monégasque et oriente l'Assuré sur les démarches à entreprendre. Les différents thèmes concernés sont les suivants :

- Protection commerciale : clients, fournisseurs, concurrence déloyale,
- Protection administrative : URSSAF, fiscalité,
- Protection pénale et disciplinaire,
- Protection pénale des salariés,
- Protection des locaux professionnels : baux commerciaux, travaux,
- Protection de vos biens mobiliers professionnels,
- Conflit individuel avec un salarié,
- Protection sociale : Sécurité sociale, caisse de retraite, Assedic, RSI,
- Recouvrement de créances.

**Pour ces prestations, Juridica devra éventuellement effectuer des recherches et rappeler l'Assuré ultérieurement afin de lui communiquer les renseignements nécessaires non disponibles immédiatement.**

**Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité de Juridica ne pourra en aucun cas être engagée du fait de l'interprétation des informations transmises.**

### ARTICLE 8 - PRESTATION ACCORDÉE EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE L'ASSURÉ SUPÉRIEURE À 10 JOURS CONTINUS - AIDE AU RETOUR À LA VIE PROFESSIONNELLE

Le service Assistance organise et prend en charge les frais de taxi dans un rayon de 50 km autour du domicile pour des déplacements liés à la reprise de l'activité professionnelle.

Cette prestation est accordée une seule fois, par année d'adhésion, dans la limite d'un aller-retour par jour pendant 3 jours maximum.

### ARTICLE 9 - PRESTATIONS ACCORDÉES EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE ATTESTÉE D'AU MOINS 66 % DE L'ASSURÉ

**Ces prestations ne sont accordées que si l'Assuré a choisi l'une des garanties invalidité décrites à l'article 4 de la présente Notice d'information. L'invalidité de l'Assuré est appréciée par rapport :**

- au taux d'invalidité croisée pour la rente en cas d'invalidité permanente partielle ou totale et le capital en cas d'invalidité permanente partielle ou totale, tel que défini au paragraphe 4.5.B) de la présente Notice d'information,
- au taux d'invalidité fonctionnelle pour la rente en cas d'invalidité permanente partielle ou totale par accident et le capital en cas d'invalidité permanente partielle ou totale par accident, tel que défini au paragraphe 4.7.b) de la présente Notice d'information.

#### 9.1. RÉALISATION D'UN « BILAN DE SITUATION »

À la demande de l'Assuré, le service Assistance organise et prend en charge le déplacement d'un professionnel de santé à son domicile pour réaliser une évaluation complète et personnalisée de sa situation et ainsi lui proposer des solutions afin d'améliorer ses conditions de vie personnelle et favoriser sa reconversion professionnelle.

Le service Assistance ne prend en charge qu'un seul bilan de situation par Assuré pendant la durée de l'adhésion.

#### 9.2. AIDE À LA RECONVERSION PROFESSIONNELLE

Sur la base des informations collectées lors du bilan de situation, le service Assistance fournit à l'Assuré un suivi personnalisé en l'orientant et en facilitant ses démarches auprès de services privés ou publics appropriés, afin de permettre sa reconversion professionnelle.

Ainsi, le service Assistance aide l'Assuré en l'orientant et l'informant en particulier sur :

- le projet professionnel et le bilan de compétences ;
- les démarches administratives ;
- les aides extérieures ;
- les formations complémentaires ;
- les financements possibles par l'État, les collectivités locales ou les associations ;
- les revues professionnelles spécialisées sur les secteurs d'activité adaptés à l'Assuré ;
- les informations sur les procédures administratives relatives à la création d'entreprise et les incitations financières proposées.

#### 9.3. ASSISTANCE PSYCHOLOGIQUE

Sur demande de l'Assuré, le service Assistance peut mettre ce dernier en relation avec un psychologue à raison de 3 entretiens téléphoniques.

Le service Assistance se charge également, s'il le souhaite, de le mettre en contact avec un psychologue proche de son domicile. Au-delà de ces trois consultations téléphoniques, le coût d'une éventuelle prolongation de l'assistance psychologique reste à la charge de l'Assuré.

### ARTICLE 10 - PRESTATIONS ACCORDÉES EN CAS D'HOSPITALISATION IMPRÉVUE DE L'ASSURÉ SUPÉRIEURE À 24 HEURES OU D'IMMOBILISATION AU DOMICILE SUPÉRIEURE À 5 JOURS

#### 10.1. GARDE DES ENFANTS

Si personne ne peut assurer la garde des enfants de l'Assuré de moins de 15 ans, le service Assistance organise et prend en charge,

dès le premier jour de l'événement :

- soit l'acheminement d'un proche au domicile de l'Assuré ;
- soit l'acheminement des enfants au domicile d'un proche ;
- soit la garde des enfants et/ou des petits enfants par du personnel qualifié au domicile de l'Assuré, dans les 15 jours suivant la date de l'hospitalisation avec un minimum de 2 heures consécutives et **pour la durée maximale de 20 heures**.

Le personnel qualifié, en fonction de l'âge des enfants et/ou des petits enfants, assurera également leur accompagnement à l'école. En aucun cas, cette prise en charge ne peut excéder la durée de l'hospitalisation ou de l'immobilisation.

Le service Assistance prend en charge le ou les titre(s) de transport aller / retour en avion de ligne classe économique ou en train 1<sup>ère</sup> classe et, selon le cas, les frais d'accompagnement des enfants et/ou des petits enfants chez un proche par le personnel qualifié.

Le service Assistance intervient à la demande des parents et ne peut être tenu pour responsable des événements pouvant survenir pendant les trajets ou pendant la garde des enfants.

#### 10.2. AIDE-MÉNAGÈRE OU AUXILIAIRE DE VIE

Le service Assistance recherche et prend en charge une aide-ménagère ou auxiliaire de vie au domicile de l'Assuré, pendant la durée d'immobilisation/d'hospitalisation ou dès le retour au domicile de l'Assuré. Elle aura en charge l'accomplissement des tâches quotidiennes.

La prestation est limitée à une **durée maximale de 20 heures** avec un minimum de 2 heures consécutives, sur une période de 15 jours maximum à compter de la date d'hospitalisation ou de la date du retour au domicile de l'Assuré, ou de la date d'immobilisation.

L'Assuré doit formuler sa demande dans les 8 jours qui suivent la date de l'événement générateur.

Seul le service Assistance est habilité à fixer le nombre d'heures alloué et la durée d'application de la prestation après avoir établi un bilan médical.

#### 10.3. GARDE DES MALADES

Si personne ne peut assurer la garde de l'Assuré, dès le premier jour de l'événement générateur, le service Assistance recherche et organise sa garde par du personnel qualifié à son domicile. Le service Assistance prend en charge la personne qualifiée pour la **durée maximale de 20 heures** avec un minimum de 2 heures consécutives, sur une période de 10 jours après la date de l'événement générateur.

#### 10.4. PRÉSENCE D'UN PROCHE

Le service Assistance organise et prend en charge un titre de transport aller / retour en avion classe économique ou en train 1<sup>ère</sup> classe pour un membre de la famille ou un proche afin de se rendre au chevet de l'Assuré hospitalisé ou immobilisé.

Cette garantie est accordée si aucun membre de la famille de l'Assuré ne se trouve dans un rayon de 50 km de son lieu de domicile.

### ARTICLE 11 - PRESTATIONS ACCORDÉES EN CAS DE DÉCÈS DE L'ASSURÉ

**Les prestations sont accordées aux membres de la famille du défunt (conjoint, partenaire ou concubin) et (enfants résidant sous le même toit).**

**Pour les prestations d'information juridique ou de conseil, le service Assistance devra éventuellement effectuer des recherches et rappeler le membre de la famille de l'Assuré ultérieurement afin de lui communiquer les renseignements nécessaires non disponibles immédiatement.**

**Les renseignements fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité du service Assistance ne pourra en aucun cas être engagée du fait de l'interprétation des informations transmises.**

#### 11.1. INFORMATIONS ET CONSEILS « OBSÈQUES »

Le service Assistance met à la disposition des personnes précitées, un service d'informations téléphoniques sur les formalités et démarches lors d'un décès, accessible de 8 h 00 à 20 h 30 (heure de Paris) et 7 jours sur 7.

Les thèmes couverts sont les suivants :

- **Les démarches facultatives :**
  - les obsèques civiles ou religieuses,
  - les prélèvements d'organes,
  - le don du corps,
  - la crémation.
- **Les démarches après le décès :**
  - la constatation,
  - la déclaration,
  - les papiers à demander,
  - les organismes à prévenir,
  - les dispositions financières.
- **Les réglementations particulières :**
  - les soins de conservation,
  - les chambres funéraires,
  - le transport,
  - les cimetières et concessions.
- **L'organisation des obsèques :**
  - les services de pompes funèbres,
  - l'inhumation,
  - le coût des obsèques.

#### 11.2. INFORMATION JURIDIQUE « OBSÈQUES »

Le service Assistance met à la disposition des personnes précitées un service d'informations juridiques. Ce service est accessible du lundi au vendredi de 9 h 30 à 19 h (heure de Paris), sauf jours fériés.

Les thèmes couverts sont les suivants :

- l'héritage et succession,
- la dévolution légale,

- l'indivision successorale,
- les droits du conjoint survivant,
- les ordres et les degrés,
- l'option successorale,
- la déclaration de succession,
- les libéralités,
- les testaments,
- les pensions et allocations.

### 11.3. MISE À DISPOSITION DE COURRIERS TYPES

Sur demande d'un proche de l'Assuré, pour faciliter la rédaction de divers documents à fournir aux différents organismes ou établissements (employeurs, administrations...) suite au décès de l'Assuré, le service Assistance met à sa disposition sous 48 h (par fax ou par courriel), des modèles de courriers adaptés et ce pendant 3 mois à partir de la date du décès.

Les éléments fournis sont d'ordre documentaire et la responsabilité du service Assistance ne pourra en aucun cas être engagée du fait de leur utilisation.

## ARTICLE 12 - DISPOSITIONS APPLICABLES AUX SERVICES D'ASSISTANCE

### 12.1. MISE EN CEUVRE DES PRESTATIONS

Le service Assistance s'engage à mobiliser tous les moyens nécessaires pour effectuer l'ensemble des prestations d'assistance décrites dans la présente Notice d'information.

Le service Assistance intervient dans le cadre fixé par les lois et règlements nationaux et internationaux.

En cas d'événement nécessitant l'intervention du service Assistance, la demande doit être faite directement par téléphone au numéro suivant : **01 55 92 25 99**.

Les services d'assistance disponibles en cas d'invalidité permanente ou d'incapacité temporaire totale de travail de l'Assuré sont accordés dans les mêmes conditions que le versement des prestations d'assurance en cas d'invalidité permanente ou d'incapacité temporaire totale décrites au chapitre II de la présente Notice d'information.

### 12.2. CONDITIONS GÉNÉRALES D'APPLICATION

L'organisation par l'Assuré ou par son entourage de tout ou partie des prestations d'assistance précitées sans l'accord préalable du service Assistance, matérialisé par un numéro de dossier, ne peut donner lieu à remboursement.

### 12.3. CONDITIONS RESTRICTIVES D'APPLICATION

L'engagement du service Assistance repose sur une obligation de moyens et non de résultat. Le service Assistance ne peut être tenu pour responsable de la non-exécution ou des retards d'exécution des garanties provoqués par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non, la mobilisation générale, toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités, tout acte de sabotage ou de terrorisme, tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire, toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes, les cataclysmes naturels, les effets de la radioactivité.

## Chapitre IV Les dispositions générales

### ARTICLE 13 - EXCLUSIONS ET LIMITES DES GARANTIES

#### 13.1. EXCLUSIONS DES GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS TOUTES CAUSES OU D'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE TOUTES CAUSES (GARANTIES DÉCRITES À L'ARTICLE 3 DE LA PRÉSENTE NOTICE D'INFORMATION)

##### Sont exclus des garanties décès toutes causes et invalidité permanente totale toutes causes :

- Le suicide et la tentative de suicide conscient ou inconscient, s'il survient au cours de la première année d'assurance. En cas d'augmentation des garanties, le suicide et la tentative de suicide sont exclus pour le supplément de garanties pendant la première année suivant la prise d'effet de cette augmentation.
- Les faits de guerre civile, étrangère ou d'insurrection, ainsi que les opérations de maintien de l'ordre dans le cadre des résolutions de l'ONU ou toute autre institution similaire, ainsi que les opérations de maintien de la paix.
- Par ailleurs, sont exclues du bénéfice de ces garanties, toutes personnes ayant causé volontairement ou intentionnellement préjudice à l'Assuré.

#### 13.2. EXCLUSIONS DES GARANTIES DÉCÈS PAR ACCIDENT ET INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE PAR ACCIDENT (GARANTIES DÉCRITES À L'ARTICLE 3 DE LA PRÉSENTE NOTICE D'INFORMATION)

##### Sont exclus des garanties décès par accident ou invalidité permanente totale par accident :

- Les faits de guerres civiles ou étrangères, ou d'insurrection, ainsi que les opérations de maintien de l'ordre dans le cadre des résolutions de l'ONU ou toute autre institution similaire, ainsi que les opérations de maintien de la paix, les conséquences de la participation active de l'Assuré à des émeutes, mouvements ou soulèvements populaires, acte de terrorisme ou de sabotage, crimes ou délits intentionnels, rixes sauf en cas de légitime défense ou d'accomplissement du devoir professionnel.
- Les conséquences de l'exercice des activités suivantes, sauf acceptation par l'Association mentionnée dans le Certificat d'adhésion :
  - activités et sports à risques (liste précisée dans les définitions),
  - essais, entraînements de sports nécessitant l'utilisation d'engins à moteur,
  - tentatives de records,
  - sports de compétition,
  - sports professionnels,
  - raids sportifs.

**Cependant, les initiations aux sports énumérés dans la liste « activités et sports à risques », liste précisée dans les définitions, de types « baptêmes », lorsqu'elles sont encadrées par un professionnel ayant des diplômes et compétences requis par l'État, sont couvertes à l'exception des sports extrêmes.**

- Les conséquences d'un accident survenu avant la prise d'effet de l'adhésion, ou d'une maladie dont les premières manifestations sont antérieures à la date d'effet de l'adhésion ou de l'avenant d'augmentation pour le supplément de garanties, ou d'une malformation congénitale connue de l'Assuré, sauf si ces antériorités ont été déclarées par l'Assuré et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion mentionnée au certificat d'adhésion ou à l'avenant.
  - Les conséquences de l'usage de drogues, stupéfiants, produits médicamenteux ou tranquillisants, en l'absence ou en dehors des doses prescrites par une autorité médicale compétente ou obtenus frauduleusement.
  - Les conséquences d'un accident :
    - lorsqu'au moment de l'accident, le taux d'alcoolémie de l'Assuré est égal ou supérieur à celui fixé par la loi régissant la circulation automobile dans le pays de survenance de l'accident, ou
    - alors que l'Assuré est sous l'effet de toxiques, de stupéfiants ou de produits médicamenteux ou tranquillisants non prescrits ou utilisés sans respect des directives d'une autorité médicale compétente.
  - Les conséquences d'opération de chirurgie plastique non consécutive à un accident garanti et les conséquences du traitement des malformations congénitales.
  - Les conséquences d'un refus volontaire de traitement de l'Assuré.
- Par ailleurs, sont exclues du bénéfice de ces garanties, toutes personnes ayant causé volontairement ou intentionnellement préjudice à l'Assuré.

### 13.3. EXCLUSIONS DES GARANTIES EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL ET D'INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE OU TOTALE (GARANTIES DÉCRITES À L'ARTICLE 4 DE LA PRÉSENTE NOTICE D'INFORMATION)

#### **Sont exclus des garanties incapacité temporaire totale de travail toutes causes et/ou par accident et invalidité permanente partielle ou totale toutes causes et/ou par accident :**

- Les tentatives de suicide conscient ou inconscient ainsi que les mutilations, les blessures, les lésions ou maladies résultant d'un fait volontaire de l'Assuré.
- Les faits de guerres civiles ou étrangères, ou d'insurrection, ainsi que les opérations de maintien de l'ordre dans le cadre des résolutions de l'ONU ou toute autre institution similaire, ainsi que les opérations de maintien de la paix, les conséquences de la participation active de l'Assuré à des émeutes, mouvements ou soulèvements populaires, acte de terrorisme ou de sabotage, crimes ou délits intentionnels, rixes sauf en cas de légitime défense ou d'accomplissement du devoir professionnel.
- Les conséquences de l'exercice des activités suivantes, sauf acceptation par l'Association mentionnée dans le certificat d'adhésion :
  - activités et sports à risques (liste précisée dans les définitions),
  - essais, entraînements de sports nécessitant l'utilisation d'engins à moteur,
  - tentatives de records,
  - sports de compétition,
  - sports professionnels,
  - raids sportifs.

#### **Cependant, les initiations aux sports énumérés dans la liste « activités et sports à risques », liste précisée dans les définitions, de type « baptêmes », lorsqu'elles sont encadrées par un professionnel ayant des diplômes et compétences requis par l'État, sont couvertes à l'exception des sports extrêmes.**

- Les conséquences d'un accident survenu avant la prise d'effet de l'adhésion, ou d'une maladie dont les premières manifestations sont antérieures à la date d'effet de l'adhésion ou de l'avenant d'augmentation pour le supplément de garanties, ou d'une malformation congénitale connue de l'Assuré, sauf si ces antériorités ont été déclarées par l'Assuré et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion mentionnée au certificat d'adhésion ou à l'avenant.
- Les conséquences de l'usage de drogues, stupéfiants, produits médicamenteux ou tranquillisants, en l'absence ou en dehors des doses prescrites par une autorité médicale compétente ou obtenus frauduleusement.
- Les conséquences des maladies occasionnées ou aggravées par l'éthylisme, l'usage anormal ou non prescrit médicalement de toxiques ou de stupéfiants.
- Les conséquences d'un accident :
  - lorsqu'au moment de l'accident, le taux d'alcoolémie de l'Assuré est égal ou supérieur à celui fixé par la loi régissant la circulation automobile dans le pays de survenance de l'accident, ou
  - alors que l'Assuré est sous l'effet de toxiques, de stupéfiants ou de produits médicamenteux ou tranquillisants non prescrits ou utilisés sans respect des directives d'une autorité médicale compétente.
- Les cures de toute nature, notamment thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxications, même effectuées en établissement hospitalier, ainsi que les séjours en maison de repos, sont exclus des garanties applicables en cas d'incapacité temporaire de travail.
- Les conséquences d'opération de chirurgie plastique non consécutive à un accident garanti et les conséquences du traitement des malformations congénitales.
- Les conséquences d'un refus volontaire de traitement de l'Assuré.

### 13.4. LIMITATION DE GARANTIES

Délai d'attente pour les garanties incapacité et invalidité

**Concernant les garanties Incapacité et Invalidité décrites à l'article 4 de la présente Notice d'information, toute affection ou maladie, dont les premières manifestations surviennent dans les 90 jours suivant la date d'effet de l'adhésion, est exclue de la garantie ainsi que ses conséquences éventuelles.**

**Ce délai d'attente est porté à 365 jours en cas d'états dépressifs réactionnels ou non, d'affections d'origine psychique ou névrotique ou de maladies mentales.**

Le délai d'attente s'applique également en cas d'augmentation des garanties, à compter de la date d'effet indiquée sur l'avenant au certificat d'adhésion. Il concerne uniquement le supplément de garanties résultant de la modification.

#### Affections psychiatriques

L'incapacité consécutive aux affections d'origine psychique ou névrotique, aux dépressions nerveuses et aux maladies mentales est indemnisée après le délai de franchise absolue spécifié au certificat d'adhésion avec un minimum de 90 jours. Le montant total versé au titre des garanties applicables en cas d'incapacité temporaire totale de travail ne peut excéder plus de 365 jours de prestations, indemnisé en une ou plusieurs fois et pour toute la durée de l'adhésion.

#### Affections disco-vertébrales et musculaires

L'incapacité consécutive à une pathologie du rachis (lumbagos, sciatiques, hernies discales, cruralgies) ou à une élongation, à une déchirure musculaire, est indemnisée :

- au titre de la maladie responsable, même si son apparition est soudaine et imprévisible et qu'elle est liée à une altération de la santé de l'Assuré déjà existante à la survenance de l'incapacité,

- au titre d'un accident dans le cas contraire.

En tout état de cause, le montant total versé au titre des garanties applicables en cas d'incapacité temporaire totale de travail ne peut excéder plus de 365 jours de prestations, indemnisé en une ou plusieurs fois et pour toute la durée de l'adhésion. Quant à l'invalidité, elle est couverte uniquement dans le cas où la pathologie est constatée radiographiquement, soit par scanner, soit par IRM ou toute autre méthode d'exploration fonctionnelle radiologique.

#### Fibromyalgie

Pour la Fibromyalgie, le montant total versé au titre des garanties applicables en cas d'incapacité temporaire totale de travail ne peut excéder plus de 365 jours de prestations, indemnisé en une ou plusieurs fois et pour toute la durée de l'adhésion.

#### Navigation aérienne

Le risque de navigation aérienne n'est garanti que lorsque l'Assuré est passager ou pilote, à bord d'un appareil des lignes aériennes régulières ; ou passager à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et dont le pilote possède un brevet et une licence réglementaire.

#### Rugby et football

Pour les sportifs amateurs, il est appliqué une franchise de 30 jours ou la franchise prévue au certificat d'adhésion si elle est supérieure, pour tout arrêt de travail dû à la pratique du football ou du rugby, au cours d'un entraînement ou d'un match.

#### Sports de neige en hors-pistes non balisées

Pour la pratique du ski alpin, du surf des neiges, du snowboard et du monoski, il est appliqué une franchise de 30 jours ou la franchise prévue au certificat d'adhésion si elle est supérieure, pour tout arrêt de travail consécutif à un accident survenu à l'occasion de la pratique en hors-pistes non balisées.

#### Randonnée en raquettes à neige

Il est appliqué une franchise de 30 jours ou la franchise prévue au certificat d'adhésion si elle est supérieure, pour tout arrêt de travail consécutif à un accident survenu à l'occasion de la pratique de la randonnée en raquettes en dehors d'un itinéraire balisé.

### ARTICLE 14 - QUAND ET COMMENT ÊTES-VOUS INFORMÉ ?

Vous recevrez, peu après votre versement initial, votre certificat d'adhésion à **Prévérance** précisant les caractéristiques de votre adhésion.

Si, à l'issue d'un délai de 45 jours, vous n'avez pas reçu votre certificat d'adhésion, vous devez en aviser l'Association par courrier à l'adresse suivante : ASAF & AFPS - Service Prévoyance - 2791 Chemin de St Bernard - Porte 19 - CS 80243 - 06227 VALLAURIS CEDEX.

Une fois par an, l'Association vous adressera une situation de votre adhésion au contrat. Vous pouvez également obtenir à tout moment et sur demande auprès de l'Association, une nouvelle situation de votre adhésion au contrat.

### ARTICLE 15 - VOTRE CERTIFICAT D'ADHÉSION EST PERDU, DÉTRUIT OU VOLÉ ?

Vous devez adresser à l'Association une déclaration de perte de votre certificat d'adhésion, afin de recevoir un duplicata.

### ARTICLE 16 - RACHAT ET RÉDUCTION

Votre adhésion ne comporte ni valeur de rachat, ni valeur de réduction.

### ARTICLE 17 - MODALITÉS DE RENONCIATION

Vous pouvez renoncer à votre adhésion pendant 30 jours calendaires révolus à compter du moment où vous êtes informé que l'adhésion au contrat est conclue. Vous êtes informé que l'adhésion au contrat est conclue à la date de réception de votre Certificat d'adhésion.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec accusé de réception, envoyée à l'adresse suivante : ASAF & AFPS - Service Prévoyance - 2791 chemin de Saint-Bernard - Porte 19 - CS 80243 - 06227 VALLAURIS CEDEX.

Elle peut être rédigée suivant le modèle de lettre de renonciation mentionné ci-après :

« Je soussigné(e) M. (Mme), Nom Prénom demeurant à [adresse] déclare renoncer à mon adhésion Prévérance n° XXXX conclue auprès du cabinet XXXXXXX pour laquelle j'ai effectué un premier versement de cotisation de XXXXXXX en date du XXXXXXX  
Fait à le JJ/MM/AAAA Signature »

La renonciation entraîne la restitution de la part de l'Association, de l'intégralité des sommes versées dans un délai maximal de 30 jours à compter de la date de réception de ladite lettre recommandée.

Aucune prime ou cotisation ne sera réclamée par l'Association en cas de renonciation à une adhésion dont l'Adhérent a expressément demandé la prise d'effet immédiate des garanties.

La réception de votre demande de renonciation entraîne immédiatement l'annulation de l'ensemble des garanties de l'adhésion.

### ARTICLE 18 - PRESCRIPTION

Conformément à l'article L 114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

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

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

Conformément à l'article L 114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (notamment une citation en justice, un référé, un commandement de payer, la reconnaissance du droit de celui contre lequel on prescrivait...) 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'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

## ARTICLE 19 - TRAITEMENT DES RÉCLAMATIONS

Pour toute difficulté, nous vous invitons à contacter en priorité votre Service Prévoyance à l'adresse suivante : ASAF & AFPS – Service Prévoyance – 2791 chemin de Saint-Bernard – Porte 19 – CS 80243 – 06227 VALLAURIS CEDEX. Il est à votre disposition pour répondre à vos demandes d'informations et traiter vos éventuelles réclamations.

Si, après l'avoir contacté, une incompréhension subsiste, vous pouvez faire appel à la Direction Relations Clientèle de l'Assureur en écrivant à l'adresse suivante : AXA France - Direction Relations Clientèle - 313, Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex. Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin : une réponse vous sera alors adressée dans les meilleurs délais.

Si aucune solution n'a été trouvée, vous pourrez ensuite faire appel au Médiateur de la FFSA - BP 290 - 75425 PARIS CEDEX 09. Le Médiateur formulera un avis dans les 3 mois à réception du dossier complet. Son avis ne s'impose pas et vous laissera toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal compétent.

## ARTICLE 20 - CONTRÔLE DE L'ENTREPRISE D'ASSURANCE

L'autorité chargée du contrôle d'AXA, en tant qu'entreprise d'assurance, est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située au 61, rue de Tailbout, 75009 Paris.

## ARTICLE 21 - TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les informations vous concernant font l'objet d'un traitement informatique soumis aux dispositions de la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée.

L'Association est responsable du traitement des informations, dont la finalité est la souscription, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance. Ces informations pourront être communiquées d'une part aux assureurs et leurs collaborateurs, situés tant en France qu'au Maroc, en Inde, au Canada, ou à l'Ile Maurice (en vertu d'une autorisation de la CNIL), et d'autre part aux intermédiaires, réassureurs, organismes professionnels habilités et sous-traitants missionnés, dans la mesure où cette transmission est nécessaire à la gestion et à l'exécution du contrat.

Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification relatif aux informations vous concernant que vous pouvez exercer à tout moment en adressant un courrier accompagné d'une copie d'une pièce d'identité à : ASAF & AFPS/GIEPS - Correspondant CNIL – 2791, chemin de Saint-Bernard – Porte 19 – CS 80243 – 06227 VALLAURIS CEDEX.

## Chapitre V - Accord de partenariat

### ARTICLE 22 - GESTION PARITAIRE

Un Comité de gestion composé paritairement de représentants de l'ASAF & AFPS et d'AXA a été créé et se réunit au moins une fois par an.

Il a pour objet :

- de commenter l'évolution du contrat,
- d'instaurer une véritable discussion sur ses clauses qui pourront faire l'objet d'aménagements,
- d'examiner l'opportunité d'adjonction d'une nouvelle garantie à proposer au sein du contrat,
- d'examiner les résultats de la gestion financière des actifs mis en représentation des provisions techniques,
- de décider la révision, si nécessaire, du barème de cotisations,
- d'adapter le contrat aux évolutions législatives, réglementaires et à celles liées à l'environnement économique.

### ARTICLE 23 - LA DURÉE ET RÉSILIATION DU CONTRAT

Le contrat **Prévérance** signé entre l'ASAF & AFPS et AXA est conclu à effet du 1er janvier pour une durée d'un an et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction.

Votre adhésion peut être résiliée du fait de la résiliation du contrat **Prévérance** par l'ASAF & AFPS ou les Assureurs, effectuée par lettre recommandée avec accusé de réception et adressée à l'autre partie au moins 6 mois avant l'échéance annuelle, le cachet de la Poste faisant foi.

En tout état de cause, la résiliation du contrat **Prévérance** est sans effet sur votre adhésion, dans la mesure où celle-ci a pris effet avant la date de résiliation : vous continuerez à bénéficier de l'ensemble de vos garanties pour le niveau souscrit et jusqu'à leur extinction, sous réserve du paiement des cotisations.

De même, en cas de dissolution ou de liquidation de l'Association, le contrat se poursuit de plein droit entre AXA et les personnes antérieurement adhérentes au contrat.

Toutefois, aucune adhésion nouvelle ou augmentation des garanties ne pourra être acceptée par les assureurs après la résiliation du contrat.

### ARTICLE 24 - LA MODIFICATION DU CONTRAT

Au cours de la vie de votre adhésion, les conditions et modalités du contrat **Prévérance** sont susceptibles d'être modifiées par l'ASAF & AFPS et/ou AXA. En particulier, une décision législative, réglementaire ou fiscale peut entraîner une modification des conditions préexistantes de l'assurance ou la portée de nos engagements. Par ailleurs, compte tenu de l'évolution des risques et des progrès de la médecine et des technologies, il peut s'avérer pertinent de faire évoluer le contrat notamment si une évolution, liée aux progrès

technologiques ou à l'offre en matière de services à la personne, rend souhaitable une adaptation des garanties ou prestations.

Toute modification de vos droits et obligations sera portée par écrit à votre connaissance par l'ASAF & AFPS dans un délai de trois mois minimum avant son entrée en vigueur. Jusqu'à la date d'effet de ces modifications, les dispositions antérieures du contrat Prévérance continueront à s'appliquer à votre adhésion, sauf dispositions d'ordre public d'application immédiate.

Vous pourrez, si vous le souhaitez, refuser ces modifications en résiliant votre adhésion dans les 2 mois qui suivent la date à laquelle vous avez eu connaissance de ces modifications. La résiliation prend effet le 1er jour du mois de l'échéance périodique qui suit la réception de la demande par l'ASAF & AFPS.

Le paiement de la cotisation due vaut acceptation des conditions modifiées, le non-paiement entraîne la résiliation de votre adhésion.

Plus d'informations sur :  
[www.asaf.asso.fr](http://www.asaf.asso.fr) ou [www.afps.asso.fr](http://www.afps.asso.fr)

OFF349/20150519

## ASAF & AFPS

**Association Santé et Action Familiale** - Association Loi 1901 - J.O. du 05/01/74 - Siret 307 513 259 00035 - n°orias : 11 059 106 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)) - **Action Familiale de Prévoyance Sociale**  
Association Loi 1901 - J.O. du 27/06/70 - Siret 782 472 641 00037 - n°orias : 11 059 104 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)) - Sièges sociaux : 2740 chemin de Saint-Bernard - Porte 14  
06220 VALLAURIS - **AXA France Vie** - Société anonyme au capital de 487 725 073,50 euros - 310 499 959 R.C.S. NANTERRE - Mandataire exclusif en opérations de banque d'AXA  
Banque - n°orias : 13 005 764 ([www.orias.fr](http://www.orias.fr)) - **AXA Assurances Vie Mutuelle** - Société d'assurance mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245 - Sièges  
sociaux : 313, Terrasses de l'Arche - 92727 NANTERRE Cedex - Entreprises régies par le Code des assurances