
DECLARATION DU CANDIDAT A L'ASSURANCE EN VUE DE L'ADHESION AUX GARANTIES PREVOYANCE DE LA GAMME PRO EVOLUTIVE ET AUX GARANTIES PROTECFI FRAIS GENERAUX PERMANENTS

LE CANDIDAT A L'ASSURANCE :

M LYBLIAMAY YENKONG
191 CHEMIN DE VERS
38440 SAINT JEAN DE BOURNAY

Né(e) le : 10/07/1986

DECLARE :

- Exercer une activité à la date de signature de la présente déclaration.
- Ne pas bénéficier d'une rente ou d'une pension à la date de signature de la présente déclaration.
- Demander son adhésion à l'association ENTREPRENEURS & GO TNS ainsi qu'aux contrats souscrits par elle auprès des assureurs conformément aux exigences légales en vigueur issue de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 dite Loi Madelin et avoir pris connaissance de ses statuts.
- Avoir pris connaissance des niveaux et conditions de garanties souhaitées et de la notice valant conditions générales pour la gamme pro évolutive et accepte dès la signature de la présente déclaration, l'évolution de son niveau de garanties (Pack pro ACCESS, Pack pro INNOVATION, Pack pro EXCELLENCE), de ses garanties ainsi que du montant des prestations et des cotisations qui leur sont attachées, en cas d'évolution à la baisse de son traitement de base (cf. article 2.5 des conditions générales) ce qui est une condition essentielle et déterminante au consentement de l'assureur pour délivrer les garanties.
- Avoir pris connaissance des niveaux et conditions de garanties souhaitées et de la notice valant conditions générales pour le produit PROTECFI frais généraux permanents.
- Que ses déclarations, délivrées à son conseiller correspondant à l'occasion de la réalisation du projet d'adhésion en ligne et ayant servies à l'établissement du certificat d'adhésion, sont sincères et exactes. (Toute fausse déclaration entraînant l'application des dispositions des articles L.113- 8 et L. 113-9 du Code des Assurances)

Votre Conseiller Correspondant

CAPITIS CONSEIL

Lieudit "le Bois des Côtes"

Celtic Parc - 304 RN 6

69760 LIMONEST

Tél: 0472170301

Fax: 0472170252

Votre adhésion
déductible Madelin

REGIME PREVOYANCE

GAMME PRO EVOLUTIVE
CERTIFICAT D'ADHESION N° GPEW709209PTD
au contrat N° 0029760

Souscrit par l'association ENTREPRENEURS & GO TNS auprès de QUATREM et géré par CIPRES Assurances

ASSURE :

M LYBLIAMAY YENKONG
191 CHEMIN DE VERS
38440 SAINT JEAN DE BOURNAY

Né(e) le : 10/07/1986

Ci-après dénommé l'adhérent.

ENTREPRISE :

EURL HMONG LBM
191 Chemin DE VERS
38440 SAINT JEAN DE BOURNAY

Article 1 - DISPOSITIONS GENERALES

Le présent certificat d'adhésion N° GPEW709209PTD est régi par le contrat cadre portant le numéro de police 0029760 souscrit auprès de QUATREM et la Notice d'Information en annexe, valant Conditions Générales.

Il regroupe les garanties éligibles au dispositif Madelin.

Le présent certificat d'adhésion joint aux conditions générales souscrites par ENTREPRENEURS & GO TNS constitue l'adhésion au contrat

Article 2 - CONDITIONS PARTICULIERES

Statut Assuré : Gérant Majoritaire

Date d'effet : 01/12/2017

Collège : Libéraux

Traitement de base : 0,6 plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS)

Profession : CHEF DE PROJET, INFORMATICIEN

Article 3 - GARANTIES

L'adhérent a adhéré à la gamme pro évolutive sur le niveau **GAMME PRO EVOLUTIVE** correspondant au traitement de base assuré dont le tableau de garanties est joint en annexe 1.

L'adhérent accepte l'évolution de son niveau de garanties (Pack pro ACCESS, Pack pro INNOVATION, Pack pro EXCELLENCE), de ses garanties ainsi que du montant des prestations et des cotisations qui leur sont attachées, en cas d'évolution à la baisse de son traitement de base (cf. article 2.5 des conditions générales) ce qui est une condition essentielle et déterminante au consentement de l'assureur pour délivrer les garanties

Article 4 - COTISATIONS - PRESTATIONS

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale.

Les taux de cotisations sont fixés comme suit :

GARANTIES	Jusqu'à 1PASS
Incapacité de travail PPA	0,76%
Rachat de franchise	0,22%
Invalidité	0,73%
Cotisation totale :	1,71%

Tableau des frais	
Quittancement	1€
Relance	4€ par échéance
Rejet	4€ par rejet
Mise en demeure	15€

Modalité d'appel des cotisations : **Mensuellement d'avance par prélèvement automatique**

Les cotisations sont appelées par :

CIPRES Assurances

37 rue Anatole France

92 532 LEVALLOIS- PERRET CEDEX

Téléphone : **01.77.680.104** Fax : **01.77.681.681**

Les prestations sont gérées par :

CIPRES Assurances Prévoyance

37 rue Anatole France

92 300 LEVALLOIS- PERRET

Téléphone : **01.77.680.190** Fax : **01.77.683.683**

Article 5 - AUTRES DISPOSITIONS

Adhésion à l'association : **L'adhérent déclare être membre de l'Association «ENTREPRENEURS & GO TNS» sise 71 boulevard Gouvion Saint Cyr, 75017 PARIS (cotisation annuelle fixée à 21€ par adhérent).**

Obligation d'information et devoir de conseil : **Conformément à l'article L 520-1 du Code des Assurances (Loi 2005-1564 du 15 décembre 2005) et au Code de Conduite du 14 mai 2009 régissant les rapports entre les courtiers grossistes souscripteurs en assurance et les courtiers directs dans l'exécution auprès du client des obligations d'information et de conseil, le Conseiller Correspondant a informé et conseillé l'adhérent (présentation, recueil de besoins, analyse de besoins, préconisation de solutions).**

Déclaration de l'adhérent : **Conformément à la loi n° 2005-15643 du 15 décembre 2005 complétée par le décret n° 2006-1091 du 30 août 2006, l'adhérent atteste que les garanties, objet du présent certificat correspondent aux besoins qu'il a exprimés et sont conformes aux préconisations de son assureur conseil.**

Traitement de la Réclamation : **Conformément à la recommandation de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) relative au traitement de la réclamation (2011-R-05 du 15/12/2011 de l'ACPR), une adresse courriel réclamation@cipres.fr est à votre disposition ainsi qu'un formulaire en ligne sur le site www.cipres.fr rubrique "Nous contacter".
Votre Assureur Conseil ainsi que votre Gestionnaire restent à votre disposition pour toute demande d'information ou acte de gestion courante.**

Dans le cadre d'une adhésion à distance et conformément à l'article L.112-2-1 du code des assurances, l'assuré dispose d'un délai de QUATORZE (14) jours calendaires révolus pour exercer son droit de renonciation, par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse suivante :

« CIPRES - Service Production »
37 rue Anatole France
92532 LEVALLOIS PERRET CEDEX

L'adhérent n'a alors pas à justifier du motif de la renonciation ni à supporter de pénalités. Ce délai court à compter de la date de signature du Certificat d'adhésion.

Pour exercer le droit de renonciation, l'adhérent peut utiliser le modèle de lettre ci-après :
« Je soussigné(e) (civilité, prénom, nom) résidant au (adresse complète) déclare renoncer à mon adhésion portant la référence n° au contrat de prévoyance complémentaire souscrit le XX/XX/XXXX, en application des dispositions de l'article L.112-2-1 du code des assurances (vente à distance).
La résiliation prendra effet à la date de réception de la présente lettre.
Fait à, le XX/XX/XXXX,
Signature »

Ce certificat d'adhésion est établi sous réserve de contrôles réalisés sur l'exactitude des informations transmises, sous un délai de 30 jours à compter de l'émission du présent document.

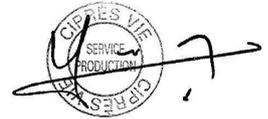
Il est précisé qu'à tout instant, une seule adhésion peut produire ses effets à l'égard d'un même adhérent. Seule la première adhésion souscrite sera considérée comme valable, toute(s) adhésion(s) souscrite(s) postérieurement est (seront) sans effet et par conséquent ne donnera (donneront) lieu à aucun versement de prestations.

A _____ le _____

L'adhérent (Signature et cachet)

Fait à Levallois Perret, le 30/11/2017

Pour l'assureur, par délégation



ANNEXE 1 GARANTIES - CERTIFICAT D'ADHESION N° GPEW709209PTD

INCAPACITE TEMPORAIRE (vie professionnelle ou non)	
Versement d'une indemnité journalière égale à Après application d'une franchise de	100% du Traitement de base 30 jours
INCAPACITE PERMANENTE (vie professionnelle ou non)	
Versement d'une rente invalidité égale à :	
Si le taux d'incapacité permanente "N" est \geq 66%	100% du Traitement de base
Si le taux d'incapacité permanente "N" est compris entre 33% et 66%	100% du traitement de base x N/66
RACHAT DE FRANCHISE	
En cas d'accident, d'hospitalisation de plus de 24 heures liée à l'arrêt de travail, ou d'hospitalisation de moins de 24h liée à l'arrêt de travail mais ayant nécessité l'intervention d'un chirurgien et d'une anesthésie locale ou générale , la franchise est ramenée à :	3 jours

Votre Conseiller Correspondant

CAPITIS CONSEIL

Lieudit "le Bois des Côtes"

Celtic Parc - 304 RN 6

69760 LIMONEST

Tél: 0472170301

Fax: 0472170252

Votre adhésion
déductible Madelin

REGIME PREVOYANCE

GAMME PRO EVOLUTIVE
CERTIFICAT D'ADHESION N° GPEW709209PTD
au contrat N° 0029760

Souscrit par l'association ENTREPRENEURS & GO TNS auprès de QUATREM et géré par CIPRES Assurances

ASSURE :

M LYBLIAMAY YENKONG
191 CHEMIN DE VERS
38440 SAINT JEAN DE BOURNAY

Né(e) le : 10/07/1986

Ci-après dénommé l'adhérent.

ENTREPRISE :

EURL HMONG LBM
191 Chemin DE VERS
38440 SAINT JEAN DE BOURNAY

Article 1 - DISPOSITIONS GENERALES

Le présent certificat d'adhésion N° GPEW709209PTD est régi par le contrat cadre portant le numéro de police 0029760 souscrit auprès de QUATREM et la Notice d'Information en annexe, valant Conditions Générales.

Il regroupe les garanties éligibles au dispositif Madelin.

Le présent certificat d'adhésion joint aux conditions générales souscrites par ENTREPRENEURS & GO TNS constitue l'adhésion au contrat

Article 2 - CONDITIONS PARTICULIERES

Statut Assuré : Gérant Majoritaire

Date d'effet : 01/12/2017

Collège : Libéraux

Traitement de base : 0,6 plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS)

Profession : CHEF DE PROJET, INFORMATICIEN

Article 3 - GARANTIES

L'adhérent a adhéré à la gamme pro évolutive sur le niveau **PROTECFI** correspondant au traitement de base assuré dont le tableau de garanties est joint en annexe 1.

L'adhérent accepte l'évolution de son niveau de garanties (Pack pro ACCESS, Pack pro INNOVATION, Pack pro EXCELLENCE), de ses garanties ainsi que du montant des prestations et des cotisations qui leur sont attachées, en cas d'évolution à la baisse de son traitement de base (cf. article 2.5 des conditions générales) ce qui est une condition essentielle et déterminante au consentement de l'assureur pour délivrer les garanties

Article 4 - COTISATIONS - PRESTATIONS

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale.

Les taux de cotisations sont fixés comme suit :

GARANTIES	Jusqu'à 1PASS
Incapacité de travail PPA	0,76%
Rachat de franchise	0,22%
Invalidité	0,73%
Cotisation totale :	1,71%

Tableau des frais	
Quittancement	1€
Relance	4€ par échéance
Rejet	4€ par rejet
Mise en demeure	15€

Modalité d'appel des cotisations : **Mensuellement d'avance par prélèvement automatique**

Les cotisations sont appelées par :

CIPRES Assurances

37 rue Anatole France

92 532 LEVALLOIS- PERRET CEDEX

Téléphone : **01.77.680.104** Fax : **01.77.681.681**

Les prestations sont gérées par :

CIPRES Assurances Prévoyance

37 rue Anatole France

92 300 LEVALLOIS- PERRET

Téléphone : **01.77.680.190** Fax : **01.77.683.683**

Article 5 - AUTRES DISPOSITIONS

Adhésion à l'association : **L'adhérent déclare être membre de l'Association «ENTREPRENEURS & GO TNS» sise 71 boulevard Gouvion Saint Cyr, 75017 PARIS (cotisation annuelle fixée à 21€ par adhérent).**

Obligation d'information et devoir de conseil : **Conformément à l'article L 520-1 du Code des Assurances (Loi 2005-1564 du 15 décembre 2005) et au Code de Conduite du 14 mai 2009 régissant les rapports entre les courtiers grossistes souscripteurs en assurance et les courtiers directs dans l'exécution auprès du client des obligations d'information et de conseil, le Conseiller Correspondant a informé et conseillé l'adhérent (présentation, recueil de besoins, analyse de besoins, préconisation de solutions).**

Déclaration de l'adhérent : **Conformément à la loi n° 2005-15643 du 15 décembre 2005 complétée par le décret n° 2006-1091 du 30 août 2006, l'adhérent atteste que les garanties, objet du présent certificat correspondent aux besoins qu'il a exprimés et sont conformes aux préconisations de son assureur conseil.**

Traitement de la Réclamation : **Conformément à la recommandation de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) relative au traitement de la réclamation (2011-R-05 du 15/12/2011 de l'ACPR), une adresse courriel réclamation@cipres.fr est à votre disposition ainsi qu'un formulaire en ligne sur le site www.cipres.fr rubrique "Nous contacter".
Votre Assureur Conseil ainsi que votre Gestionnaire restent à votre disposition pour toute demande d'information ou acte de gestion courante.**

Dans le cadre d'une adhésion à distance et conformément à l'article L.112-2-1 du code des assurances, l'assuré dispose d'un délai de QUATORZE (14) jours calendaires révolus pour exercer son droit de renonciation, par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse suivante :

« CIPRES - Service Production »
37 rue Anatole France
92532 LEVALLOIS PERRET CEDEX

L'adhérent n'a alors pas à justifier du motif de la renonciation ni à supporter de pénalités. Ce délai court à compter de la date de signature du Certificat d'adhésion.

Pour exercer le droit de renonciation, l'adhérent peut utiliser le modèle de lettre ci-après :
« Je soussigné(e) (civilité, prénom, nom) résidant au (adresse complète) déclare renoncer à mon adhésion portant la référence n° au contrat de prévoyance complémentaire souscrit le XX/XX/XXXX, en application des dispositions de l'article L.112-2-1 du code des assurances (vente à distance).
La résiliation prendra effet à la date de réception de la présente lettre.
Fait à, le XX/XX/XXXX,
Signature »

Ce certificat d'adhésion est établi sous réserve de contrôles réalisés sur l'exactitude des informations transmises, sous un délai de 30 jours à compter de l'émission du présent document.

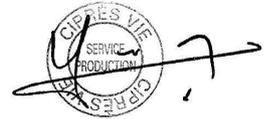
Il est précisé qu'à tout instant, une seule adhésion peut produire ses effets à l'égard d'un même adhérent. Seule la première adhésion souscrite sera considérée comme valable, toute(s) adhésion(s) souscrite(s) postérieurement est (seront) sans effet et par conséquent ne donnera (donneront) lieu à aucun versement de prestations.

A _____ le _____

L'adhérent (Signature et cachet)

Fait à Levallois Perret, le 30/11/2017

Pour l'assureur, par délégation



ANNEXE 1 GARANTIES - CERTIFICAT D'ADHESION N° GPEW709209PTD

INCAPACITE TEMPORAIRE (vie professionnelle ou non)	
Versement d'une indemnité journalière égale à Après application d'une franchise de	100% du Traitement de base 30 jours
INCAPACITE PERMANENTE (vie professionnelle ou non)	
Versement d'une rente invalidité égale à :	
Si le taux d'incapacité permanente "N" est \geq 66%	100% du Traitement de base
Si le taux d'incapacité permanente "N" est compris entre 33% et 66%	100% du traitement de base x N/66
RACHAT DE FRANCHISE	
En cas d'accident, d'hospitalisation de plus de 24 heures liée à l'arrêt de travail, ou d'hospitalisation de moins de 24h liée à l'arrêt de travail mais ayant nécessité l'intervention d'un chirurgien et d'une anesthésie locale ou générale , la franchise est ramenée à :	3 jours

CONDITIONS GÉNÉRALES

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT COLLECTIF PREVOYANCE n° 0029760

Souscrit par ENTREPRENEURS & GO TNS, sise 71 boulevard Gouvion Saint Cyr - 75017
PARIS

auprès de QUATREM, RCS - 412 367 724, Entreprise régie par le code des assurances,
Siège social : 21 Rue LAFITTE Société du groupe MALAKOFF MEDERIC 75009 PARIS
La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

et géré par CIPRES Assurances, 37 rue Anatole France 92532 LEVALLOIS-PERRET
CEDEX, RCS - 552 068 199 00033, ORIAS N° 07 000 398

SOMMAIRE	
Chapitre 1 DISPOSITIONS GENERALES	2
Article 1.1 PREAMBULE	2
Article 1.2. DEFINITIONS	2
Article 1.3 OBJET DU CONTRAT COLLECTIF	2
Article 1.4 TERRITORIALITE	2
1.4.1. Lieu de résidence	2
1.4.2 Territorialité des garanties	2
Article 1.5 FISCALITE	2
Article 1.6 RÉSILIATION DU CONTRAT COLLECTIF	3
Article 1.7 BASES LÉGALES	3
1.7.1 Incontestabilité	3
1.7.2 Prescription	3
1.7.3 Loi Informatique et Libertés	3
1.7.4 Réclamations – Médiation	4
1.7.5 Lutte anti-blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme	4
Chapitre 2. ADHESION	4
Article 2.1 CHAMP D'APPLICATION	4
Article 2.2 EFFET ET RENOUELEMENT DE L'ADHESION	4
Article 2.3 MODIFICATION DU CONTRAT COLLECTIF	4
Article 2.4 RÉSILIATION DE L'ADHESION	4
2.4.1 Résiliation par l'adhérent	4
2.4.2 Résiliation par l'assureur	4
2.4.3 Effets de la résiliation	4
Article 2.5 OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT	4
Article 2.6 NULLITÉ DE L'ADHESION	5
Article 2.7 RENONCIATION	5
2.7.1 Cas général	5
2.7.2 Conclusion de l'adhésion à distance	5
2.7.3 Démarchage à domicile	5
2.7.4 Modèle de lettre de renonciation	5
Chapitre 3 AFFILIATION	6
Article 3.1 DETERMINATION DU TRAITEMENT DE BASE	6
Article 3.2 NIVEAUX DE GARANTIES	6
3.2.1 Pack pro ACCESS	6
3.2.2 Pack pro INNOVATION	6
3.2.3 Pack pro EXCELLENCE	7
Article 3.3 MODALITES D'AFFILIATION	7
Article 3.4 DEBUT DES GARANTIES À L'EGARD DE CHAQUE ASSURE	8
Article 3.5 EVOLUTION DU TRAITEMENT DE BASE ET DES GARANTIES À L'EGARD DE CHAQUE ASSURE EN COURS D'ADHESION	8
3.5.1 Augmentation du traitement de base ou ajout de garanties	8
3.5.2 Diminution du traitement de base ou suppression de garanties	9
Article 3.6 FIN DES GARANTIES À L'EGARD DE CHAQUE ASSURE	9
3.6.1 Pour l'ensemble des garanties	9
3.6.2 Pour toutes les garanties décès-PTIA toutes causes, Décès PTIA accidentels, rente conjoint, rente éducation	10
3.6.3 Pour les garanties Incapacité, Invalidité	10
Article 3.7. MAINTIEN DES PRESTATIONS ET DES GARANTIES	10
3.7.1 Maintien des prestations en cours de services	10
3.7.2 Maintien des garanties obligatoires au titre de la portabilité	10
Chapitre 4 DEFINITION DES GARANTIES	10
Article 4.1 SITUATION DE FAMILLE	10
Article 4.2 GARANTIE : CAPITAL DECES/PTIA, DOUBLE EFFET, FRAIS D'OBSEQUES	11
4.2.1 Capital décès toutes causes (si prévue au Certificat d'adhésion)	11
4.2.2 Perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes (si prévue au Certificat	11

d'adhésion)	11
4.2.3 Double effet (si capital décès/PTIA toutes causes prévu au Certificat d'adhésion)	11
4.2.4 Frais d'obsèques (si capital décès/PTIA toutes causes prévu au Certificat d'adhésion)	11
Article 4.3 GARANTIE : DECES/PTIA ACCIDENTELS (si prévu au Certificat d'adhésion)	12
4.3.1 Décès accidentel (si capital décès/PTIA toutes causes prévu au Certificat d'adhésion)	12
4.3.2 Perte totale et irréversible d'autonomie accidentelle	12
Article 4.4 GARANTIE : RENTE CONJOINT (si prévu au Certificat d'adhésion)	12
Article 4.5 GARANTIE : RENTE EDUCATION (si prévue au Certificat d'adhésion)	12
Article 4.6 GARANTIE : INCAPACITE (si prévue au Certificat d'adhésion)	12
Article 4.7 GARANTIE : INVALIDITE (si prévue au Certificat d'adhésion)	13
4.7.1 Pour les professions répertoriées en annexe A appartenant au collège Médicaux Paramédicaux	13
4.7.2 Pour l'ensemble des professions des autres collèges	13
Article 4.8 GARANTIE EXONERATION	14
Chapitre 5 ETENDUES DES GARANTIES – EXCLUSIONS	14
Article 5.1 EXCLUSIONS GENERALES	14
Article 5.2 EXCLUSIONS EN CAS DE DECES	14
Article 5.3 EXCLUSIONS EN CAS DE PTIA	15
Article 5.4 EXCLUSIONS EN CAS D'INCAPACITE	15
Article 5.5 EXCLUSIONS EN CAS D'INVALIDITE	16
Article 5.6 EXCLUSIONS PARTICULIERES	16
Chapitre 6. PRESTATIONS	16
Article 6.1 ASSIETTE DES PRESTATIONS	16
6.1.1 Prestations des garanties Capital décès/PTIA toutes causes, double effet, frais d'obsèques, décès/PTIA accidentels, rente conjoint, rente éducation	16
6.1.2 Prestations des garanties d'incapacité et d'invalidité	16
Article 6.2 MONTANT DES PRESTATIONS GARANTIES	17
Article 6.3 ENGAGEMENT MAXIMUM DE L'ASSUREUR	17
Article 6.4 REVALORISATION DES PRESTATIONS	17
Chapitre 7 PAIEMENT DES PRESTATIONS	17
Article 7.1 EN CAS DE DECÈS	17
7.1.1 Capital décès toutes causes - Double effet	17
7.1.2 Décès accidentel	17
7.1.3 Frais d'obsèques	17
7.1.4 Rente éducation	17
7.1.5 Rente de conjoint	18
Article 7.2 EN CAS DE PTIA	18
Article 7.3 EN CAS DE PTIA ACCIDENTELLE	18
Article 7.4 EN CAS D'INCAPACITE ET D'INVALIDITE	18
7.4.1 Incapacité	18
7.4.2 Invalidité	19
Article 7.5 CONTROLE MEDICAL – ARBITRAGE	19
Article 7.6 SUBROGATION	19
Chapitre 8 COTISATIONS	19
Article 8.1 DETERMINATION DES COTISATIONS	19
8.1.1 Taux de cotisations	19
8.1.2 Frais de gestion administratifs	19
Article 8.2 ASSIETTE DES COTISATIONS	20
Article 8.3 PAIEMENT DES COTISATIONS	20
8.3.1 Modalités de paiement	20
8.3.2 Evolution des cotisations	20
8.3.3 Révision des cotisations	20
Article 8.4 DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS PAR L'ADHERENT	20

hémorragies cérébrales, les malaises cardiaques et les infarctus du myocarde ne sont pas considérés être d'origine accidentelle et sont donc considérés comme des maladies.

- Le calcul de l'âge se fait toujours par différence de millésime.
- Le terme « **conjoint collaborateur** » désigne le conjoint du chef d'entreprise remplissant les conditions suivantes :
 - Etre déclaré comme conjoint collaborateur de l'assuré au Registre du Commerce et des Sociétés, au Répertoire des Métiers ou au Registre des Entreprises tenu par les Chambres d'Alsace et de Moselle,
 - Participer effectivement à l'activité de l'entreprise sans percevoir de rémunération, ni être associé,
 - Cotiser de manière effective et continue aux régimes de bases obligatoires et complémentaires d'assurance vieillesse, invalidité-décès du chef d'entreprise.
- Le terme « **force majeure** » désigne la force majeure en matière contractuelle telle que définie à l'article 1218 du code civil.
- Le terme « **PTIA** » désigne la **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie**, c'est-à-dire l'état dans lequel est un assuré lorsqu'il est reconnu par un médecin-expert désigné par l'assureur, totalement et définitivement incapable de se livrer à aucune occupation ou aucun travail lui procurant gain ou profit (assuré présentant un taux d'incapacité égal à 100 %). En outre, son état doit nécessiter l'assistance viagère d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer). L'assureur n'est pas lié par le classement effectué par le régime obligatoire de l'assuré et reste libre de faire évaluer l'état de PTIA de ce dernier par un médecin de son choix.

Lorsque des termes utilisés dans le texte du présent Contrat ne sont pas définis mais sont susceptibles d'avoir un sens spécifique dans le domaine de l'assurance, ces termes seront interprétés conformément à ce sens spécifique.

Article 1.3 OBJET DU CONTRAT COLLECTIF

Le présent contrat a pour objet la mise en œuvre de garanties prévoyance en cas de survenance des risques décès, incapacité ou invalidité au bénéfice de l'adhérent répondant aux conditions d'affiliation des chapitres « ADHÉSION » et « AFFILIATION », dans la limite des garanties choisies.

Article 1.4 TERRITORIALITE

1.4.1. Lieu de résidence

Est admissible aux garanties du contrat, l'adhérent, personne physique **résidant fiscalement en France et domicilié en France métropolitaine ou à la Réunion.**

Par exception est admissible aux garanties du contrat, l'adhérent, personne physique résidant fiscalement en France et domicilié dans l'un des pays frontaliers à la France métropolitaine suivants : Allemagne, Andorre, Belgique, Espagne, Luxembourg, Italie, Suisse.

1.4.2 Territorialité des garanties

Les garanties sont acquises en France métropolitaine et à la Réunion. Dans le reste du monde, elles ne sont acquises que pour des séjours et voyages n'excédant pas 3 mois consécutifs.

Cette disposition n'est pas applicable à l'adhérent domicilié dans un pays frontalier à la France métropolitaine (Allemagne, Andorre, Belgique, Espagne, Luxembourg, Italie, Suisse) en cas de survenance du risque dans son pays de domiciliation.

L'assureur peut convoquer l'assuré en France métropolitaine pour contrôler toute perte totale et irréversible d'autonomie ou arrêt de travail survenus à l'étranger. Dans ce cas, les frais de transport (hors France métropolitaine) sont à la charge de l'assuré.

Article 1.5 FISCALITE

Seules les garanties versées sous forme de rente sont éligibles à la loi n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative individuelle

Chapitre 1 DISPOSITIONS GENERALES

Article 1.1 PREAMBULE

Dans le texte ci-après, le terme :

- « **souscripteur** » : désigne l'association Entrepreneurs & Go TNS, souscripteur du Contrat ;
- « **assureur** » : désigne l'organisme mentionné à l'article 1 du Certificat d'adhésion ;
- « **adhérent** » : désigne le travailleur non salarié ou mandataire social, en activité, affilié à un régime obligatoire, membre de l'association Entrepreneurs & Go TNS et « affilié/assuré » au contrat, après acceptation de l'assureur.

En fonction de sa profession, le travailleur non salarié ou mandataire social fait partie d'un des 5 collèges suivants :

- Agricoles,
- Artisans,
- Commerçants,
- Libéraux,
- Mandataires sociaux regroupant les professions suivantes : Président de SA, Président de SAS, Président de SASU, Directeur de SA, Directeur de SAS, Directeur de SASU, Gérant minoritaire de SARL, Gérant égalitaire de SARL.

Il est également attribué un statut à l'adhérent parmi les 5 suivants :

- En nom propre,
- Gérant majoritaire,
- Mandataire social,
- Artiste- Auteur,
- Conjoint collaborateur ;
- « **Courtier conseil** » : désigne le courtier au sens de l'article R.511-2 I 1° du Code des assurances exerçant une activité d'intermédiation dans les conditions prévues aux articles L.520-1 et suivants du même code.
- « **gestionnaire** » : désigne CIPRÉS Assurances, mandaté par le souscripteur pour la conception et la souscription du contrat, et par l'assureur pour la gestion de celui-ci ;
- « **contrat** » : désigne le contrat collectif à adhésion facultative conclu entre le souscripteur et l'assureur régi par les articles L.141-1 et suivants du code des assurances ;
- « **Certificat d'adhésion** » désigne les conditions particulières retenues par l'adhérent dans le cadre de l'adhésion au présent contrat collectif ;
- « **régime obligatoire** » : désigne le régime obligatoire de prévoyance français auquel est affilié l'assuré.

Article 1.2. DEFINITIONS

- Le terme « **revenu exercice N** » : désigne le revenu (y compris dividendes) déclaré (ou à déclarer) à l'administration fiscale française, au titre de l'exercice fiscal N-1 et au titre de son activité professionnelle non salariée déclarée au Certificat d'adhésion.
- Le terme « **traitement de base exercice N** » : désigne l'assiette commune des cotisations et des prestations, déterminée librement par l'adhérent dans la limite du revenu d'exercice N majoré de 80%.
- Le terme « **échéance annuelle** » : désigne le 1^{er} janvier de chaque année.
- Le terme « **PASS** » : désigne le Plafond Annuel de la Sécurité Sociale en vigueur.
- Le terme « **accident** » : désigne toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure, à l'exclusion des conséquences de toutes maladies notamment aiguës ou chroniques, même d'origine accidentelle, de commotions nerveuses ou chocs émotionnels.

A titre de précision, les accidents vasculaires cérébraux, les attaques et

(dite « Loi Madelin »). Il s'agit des garanties Rente de conjoint, Rente éducation, incapacité, invalidité.

Il appartient à l'adhérent de vérifier qu'il peut bénéficier de la déductibilité prévue à l'article 154 bis ou à l'article 62 du Code Général des Impôts, chaque année, en fonction de la réglementation en vigueur.

L'adhérent appartenant aux collèges Agricoles ou Mandataires sociaux n'est pas éligible au bénéfice de la déductibilité Madelin.

Article 1.6 RÉSILIATION DU CONTRAT COLLECTIF

En cas de résiliation du contrat collectif, les adhésions en cours à la date d'effet de la résiliation du contrat continuent à produire leurs effets. Aucune nouvelle adhésion n'est possible au-delà de la date d'effet de la résiliation du contrat, ce dernier n'étant plus distribué. Le souscripteur a toutefois la possibilité de transférer toutes les adhésions en cours à la date d'effet de la résiliation du contrat auprès d'un nouvel assureur.

Article 1.7 BASES LÉGALES

Le contrat collectif ainsi que ses adhésions, formalisées par des certificats d'adhésion, sont régis par le Code des Assurances.

L'assureur et le gestionnaire sont contrôlés par l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 61 rue Taitbout 75009 PARIS.

En cas d'évolution législative ou réglementaire, le présent contrat sera adapté par l'assureur afin de rester en conformité avec le droit français.

1.7.1 Incontestabilité

Le Certificat d'adhésion, basé sur les déclarations des assurés lors de l'adhésion, est incontestable dès qu'il a pris existence, sauf effet des dispositions relatives à la fausse déclaration prévues par les articles L.113-8 (fausse déclaration intentionnelle), L.113-9 (fausse déclaration non intentionnelle) et L.132-26 (erreur sur l'âge de l'assuré) du Code des Assurances.

Article L 113-8 du code des assurances : « Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. »

Article L 113-9 du code des assurances : « L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. »

Article L. 132-26 du code des assurances : « L'erreur sur l'âge de l'assuré n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les tarifs de l'assureur.

Dans tout autre cas, si par suite d'une erreur de ce genre, la prime payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital ou la rente garantis sont réduits en proportion de la prime perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable de l'assuré. Si au

contraire, par suite d'une erreur sur l'âge de l'assuré, une prime trop forte a été payée, l'assureur est tenu de restituer la portion de prime qu'il a reçue en trop sans intérêt. »

1.7.2 Prescription

Article L114-1 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 du souscripteur 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. »

Article L114-2 du Code des Assurances : « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'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. »

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code Civil. Il s'agit notamment de :

- la reconnaissance par le débiteur du droit du poursuivant (article 2240 du Code Civil) ;
- la citation en justice, même en référé. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code Civil) ;
- l'interruption résultant de la demande en justice jusqu'à l'extinction de l'instance (article 2242 du Code Civil) ; l'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code Civil) ;
- un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code Civil)

Article L114-3 du Code des Assurances : « Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

1.7.3 Loi Informatique et Libertés

Les informations collectées font l'objet d'un traitement informatique par CIPRÉS Assurances ayant pour finalité la gestion du contrat d'assurance de l'adhérent et de ses bénéficiaires. Les informations collectées sont destinées aux services habilités de CIPRÉS Assurances et seront partagées avec ses partenaires contractuels à des fins de gestion des contrats d'assurance. En aucun cas, les données personnelles collectées ne seront utilisées à d'autres fins et/ou communiquées à d'autres organismes. Les données recueillies seront conservées par CIPRÉS Assurances en sa qualité de responsable de traitement.

Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 telle que modifiée, l'adhérent et ses ayants droit / bénéficiaires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui les concernent. Ils peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement de ces données. Ces droits peuvent être exercés par courrier, accompagné d'une copie d'une pièce

d'identité, à l'adresse suivante :

**« CIPRÉS Assurances RECTIFICATION DONNEES
INFORMATIQUES ET LIBERTES »**
37, rue Anatole France - 92300 LEVALLOIS PERRET
e-mail : contact@cipres.fr

L'adhérent, les assurés et leurs bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. (Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr)

CIPRÉS Assurances et ses partenaires s'engagent à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer un bon niveau de sécurité et de confidentialité des données traitées.

1.7.4 Réclamations – Médiation

En cas de mécontentement ou d'insatisfaction dans l'application des dispositions de la présente adhésion, l'adhérent et ses ayants droit / bénéficiaires peuvent s'adresser au Service Réclamation de CIPRÉS Assurances qui traitera leur réclamation. Cette réclamation peut être adressée à l'adresse suivante :

« Service Réclamation CIPRÉS Assurances »
37, rue Anatole France - 92300 LEVALLOIS PERRET
e-mail : reclamation@cipres.fr

Conformément à la réglementation en vigueur, CIPRÉS Assurances s'engage à accuser réception de la réclamation sous dix jours et à apporter une réponse sous deux mois.

Si la réponse apportée ne lui satisfait pas, et après avoir épuisé les voies de recours auprès du gestionnaire sur délégation de l'assureur, l'adhérent, les ayants droit ou les bénéficiaires pourront demander un avis au médiateur en adressant un courrier à l'adresse figurant sur la page de garde de la présente notice. Le médiateur, personnalité extérieure à CIPRÉS Assurances, rend son avis en toute indépendance. Les modalités de saisine du médiateur pourront être adressées à l'adhérent et/ou aux ayants droit / bénéficiaires sur simple demande auprès du Service Réclamation dont l'adresse figure ci-dessus. En cas de désaccord persistant, le recours à une action en justice reste toujours possible. Toutes contestations éventuelles à défaut d'accord amiable sont de la compétence des Tribunaux Civils français.

1.7.5 Lutte anti-blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme

Dans le cadre de l'application des dispositions de la présente adhésion, CIPRÉS Assurances s'engage à respecter la législation applicable en matière de Lutte contre le Blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et notamment les dispositions des articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier, ainsi que ses textes d'application présents et à venir.

Chapitre 2. ADHESION

Article 2.1 CHAMP D'APPLICATION

Le présent contrat collectif s'applique à l'adhérent jusqu'à 60 ans inclus à l'adhésion qui, à la date d'effet figurant au Certificat d'adhésion :

- remplit les conditions pour répondre à la définition d'adhérent de l'article « PREAMBULE »,
- **exerce une activité professionnelle non salariée de manière effective, régulière, continue et rémunérée, en France Métropolitaine ou à la Réunion,**
- **est domicilié en France Métropolitaine, à la Réunion ou dans l'un des pays frontaliers à la France Métropolitaine suivants :** Allemagne, Andorre, Belgique, Espagne, Luxembourg, Italie, Suisse,

- déclare ses revenus à l'administration fiscale française.

En cas de cumul d'activités salariée et non salariée, le statut retenu sera celui auquel l'adhérent est rattaché au moment du sinistre, sans préjudice des dispositions prises à l'article « DÉBUT DES GARANTIES A L'ÉGARD DE CHAQUE ASSURÉ ».

Article 2.2 EFFET ET RENOUELEMENT DE L'ADHÉSION

A l'égard de chaque adhérent, l'adhésion prend effet à la date mentionnée sur son Certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation. Elle se renouvelle à chaque échéance annuelle (1^{er} janvier) par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf dénonciation par l'adhérent ou l'assureur, ou résiliation du contrat.

Article 2.3 MODIFICATION DU CONTRAT COLLECTIF

Les droits et obligations de l'adhérent peuvent être modifiés par avenant au contrat collectif. Ces avenants seront conclus d'un commun accord entre le souscripteur et l'assureur.

En cas de modification se rapportant aux droits et obligations des adhérents, ces derniers en seront informés par écrit, trois mois avant la date d'entrée en vigueur des modifications conformément à l'article L.141-4 du code des assurances. S'il le souhaite, l'adhérent pourra dénoncer son adhésion en raison de ces modifications avant la date d'entrée en vigueur de ces dernières.

Article 2.4 RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

2.4.1 Résiliation par l'adhérent

Pour être recevable, la résiliation de l'adhésion doit être notifiée par lettre recommandée adressée au gestionnaire au moins 2 mois avant l'échéance annuelle.

2.4.2 Résiliation par l'assureur

L'assureur dispose d'un droit de résiliation annuelle uniquement pendant les deux premières années d'adhésion conformément à la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques (dite « Loi Evin »). Celle-ci doit être signifiée par lettre recommandée moyennant un délai de préavis qui ne peut être inférieur à **deux mois** avant chaque échéance annuelle.

2.4.3 Effets de la résiliation

La résiliation de l'adhésion fait cesser les garanties pour les risques survenus postérieurement à la date d'effet de la résiliation.

Toutes les garanties des assurés cessent à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion, sauf pour les assurés en cours d'indemnisation à cette date, les prestations périodiques en cours de service à la date de résiliation étant maintenues au niveau atteint au jour de la résiliation.

Pour les prestations arrêt de travail, le taux d'invalidité est maintenu à son niveau constaté à la date de résiliation, sous réserve de révision en cas d'évolution de l'état de santé de l'assuré, conformément aux dispositions contractuelles.

Article 2.5 OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT

Conformément à l'article L.652.4 du Code de la Sécurité sociale, l'assuré doit pouvoir fournir sur demande du gestionnaire à chaque renouvellement de son adhésion (1^{er} janvier), un justificatif d'affiliation au régime légal obligatoire auquel il est affilié et du paiement des cotisations correspondantes.

A défaut, ou en cas de déclarations inexactes :

- *l'adhésion au présent contrat ne pourra bénéficier des avantages de la loi du 11 février 1994 (loi Madelin article 154bis du Code Général des Impôts). Pour rappel, l'adhérent appartenant aux collèges Agricoles et Mandataires sociaux n'est pas éligible au bénéfice de la déductibilité Madelin.*
- *l'assuré ne remplira plus les conditions d'adhésion au contrat précisées à l'article « PREAMBULE » des*

présentes conditions générales.

L'adhérent s'engage à informer :

- Dans un délai de dix jours par lettre recommandée avec accusé réception, l'assureur via le gestionnaire, dès que l'entreprise payeur de cotisations se trouve **en redressement judiciaire ou en liquidation judiciaire sans redressement préalable**, en lui communiquant les coordonnées de l'administrateur judiciaire ; ce qui est accepté par l'adhérent. Cette acceptation est une condition essentielle et déterminante au consentement de l'assureur pour délivrer ses garanties.
- Dans un délai de trois mois, **tout changement de profession ou de toute modification dans sa situation personnelle** pouvant entraîner une modification de son adhésion dans les plus brefs délais (changement d'activité professionnelle, liquidation de sa pension de retraite,...).

L'éventuelle modification de l'adhésion intervient alors à la date de la modification de la situation personnelle ou professionnelle de l'assuré.

Au-delà de ce délai de trois mois, la modification de l'adhésion prendra effet au 1^{er} jour du mois qui suit la réception de la déclaration (cachet de la poste faisant foi).

Dans le cas où la modification de la situation personnelle et/ou de profession entraîne la résiliation de l'adhésion, les cotisations éventuellement versées par l'assuré jusqu'à la date effective de résiliation par l'assureur restent acquises à l'assureur. Aucun sinistre ne pourra être pris en charge après la date d'effet de la résiliation.

A tout moment, l'adhérent s'engage à tenir informé l'assureur par l'intermédiaire de son courtier conseil de toute fluctuation de ses revenus d'activité à la baisse et à adapter en conséquence le traitement de base à assurer conformément à l'article «EVOLUTION DU TRAITEMENT DE BASE ET DES GARANTIES À L'EGARD DE CHAQUE ASSURE EN COURS D'ADHESION » .

L'adhérent doit également informer son courtier conseil en cas de fluctuation de ses revenus d'activité à la hausse pour éventuellement adapter son traitement de base en conséquence.

Article 2.6 NULLITÉ DE L'ADHÉSION

En application de l'article L.113-8 du code des assurances, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent, de nature à affecter l'appréciation par l'assureur du risque apporté, du montant des cotisations dues ou du montant des prestations dues, l'adhésion est annulée de plein droit, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur le sinistre.

L'adhérent ne peut prétendre à aucun remboursement de cotisation.

Dans le cas où les faits délictueux seraient constatés après le versement des prestations, l'assureur ou le gestionnaire en poursuit le recouvrement.

Si une ou plusieurs stipulations du présent Contrat, ou une partie d'entre elles, sont nulles ou déclarées comme telles en application d'une loi, d'un règlement ou à la suite d'une décision définitive d'une juridiction compétente, elles seront réputées non écrites mais n'entraîneront pas la nullité du Contrat ni celle de la clause partiellement concernée. Les autres stipulations garderont toute leur force et leur portée.

Article 2.7 RENONCIATION

2.7.1 Cas général

Conformément à l'article L.132-5-1 du Code des Assurances, l'adhérent peut renoncer à son adhésion dans un délai de TRENTE jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que le contrat est conclu. Ce délai expire le dernier jour à VINGT-QUATRE Heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour

férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

Cette renonciation doit être notifiée à l'assureur par lettre recommandée avec accusé de réception accompagnée des documents contractuels qui auraient été envoyés, à l'adresse suivante :

**« CIPRÉS Assurances- Service Production »
37 rue Anatole France
92532 LEVALLOIS PERRET CEDEX**

Si des prestations ont été versées, l'assuré s'engage à les rembourser à l'assureur dans un délai de TRENTE jours. Les cotisations éventuellement payées par l'assuré lui seront intégralement remboursées dans un délai de TRENTE jours calendaires révolus suivant la date de réception de la lettre recommandée.

2.7.2 Conclusion de l'adhésion à distance

Conformément à l'article L.112-2-1 du code des assurances, l'assuré dispose d'un délai de QUATORZE (14) jours calendaires révolus pour exercer son droit de renonciation, par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse suivante :

**« CIPRÉS Assurances- Service Production »
37 rue Anatole France
92532 LEVALLOIS PERRET CEDEX**

L'adhérent n'a alors pas à justifier du motif de la renonciation ni à supporter de pénalités. Ce délai court à compter de la date de signature du Certificat d'adhésion.

2.7.3 Démarchage à domicile

Conformément à l'article L112-9 du code des assurances, « 1.- Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de QUATORZE (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. ».

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu ci-avant entraîne la résiliation de l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée. Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, l'adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation. L'adhérent est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. Le solde est remboursé par l'assureur au plus tard dans les TRENTE (30) jours suivant la date de résiliation.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'assureur si l'assuré exerce son droit de renonciation alors qu'un événement mettant en jeu les garanties du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

2.7.4 Modèle de lettre de renonciation

Pour exercer le droit de renonciation, l'adhérent peut utiliser le modèle de lettre ci-après :

« Je soussigné(e) (Civilité, prénom, nom) résidant au (Adresse complète) déclare renoncer à mon adhésion portant la référence n°..... au contrat de prévoyance complémentaire souscrit le XX/XX/XXXX, en application des

dispositions de l'article L.132-5-1 du code des assurances (cas général), de l'article L.112-9 du codes des assurances (démarchage à domicile) ou de l'article L.112-2-1 du code des assurances (vente à distance).

La résiliation prendra effet à la date de réception de la présente lettre.

Fait à, le XX/XX/XXXX,

Signature »

Chapitre 3 AFFILIATION

Article 3.1 DETERMINATION DU TRAITEMENT DE BASE

A l'adhésion, l'adhérent doit choisir son traitement de base à assurer en fonction de son revenu d'exercice N (défini à l'article « DÉFINITIONS ») ce qui détermine le niveau de garantie auquel il est éligible.

Le traitement de base est exprimé en fonction du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS), et déterminé par tranche de 10% en fonction de chaque niveau de garanties dans les limites des dispositions ci-après :

Traitements de base	
Pack pro ACCESS	Entre 0.1 PASS et 1 PASS
Pack pro INNOVATION	Entre 1.1 PASS et 3 PASS
Pack pro EXCELLENCE	Entre 3.1 PASS et 8 PASS

Il est précisé que le traitement de base des professions appartenant au collège Mandataires sociaux et au statut Artiste auteur est limité à 1.5 PASS.

De plus, le traitement de base des adhérents ayant le statut de conjoint collaborateur est limité à 0,5 PASS.

Article 3.2 NIVEAUX DE GARANTIES

Suite à la détermination du traitement de base, un des trois niveaux de garanties est ouvert à l'adhérent : Pack pro ACCESS, Pack pro INNOVATION, Pack pro EXCELLENCE.

L'adhérent accepte dès la signature de son Certificat d'adhésion l'évolution de son niveau de garanties (Pack pro ACCESS, Pack pro INNOVATION, Pack pro EXCELLENCE), de ses garanties ainsi que du montant des prestations et des cotisations qui leur sont attachées, en cas d'évolution à la baisse de son traitement de base (cf. article « OBLIGATION DE L'ADHERENT ») ce qui est une condition essentielle et déterminante au consentement de l'assureur pour délivrer les garanties.

3.2.1 Pack pro ACCESS

GARANTIES OBLIGATOIRES :

Capital décès/ PTIA toutes causes	En % du traitement de base
Tout assuré quelle que soit sa situation de famille	150%*
Majoration par enfant à charge ¹ (limitée à 3)	50%*

Incapacité de travail ²	En % du traitement de base
Franchise unique 30/3/3 (maladie, accident, hospitalisation)	100%
Indemnisation en cas de reprise partielle d'activité	Incluse
Incapacité ²	En % du traitement de base
Profession médicale et paramédicale éligible en annexe A	Prestations versées
- Taux d'invalidité N ≥66%	100%
- Taux d'invalidité 15% ≤ N < 66%	100% x N/66

- Taux d'invalidité N < 15%	Aucune rente
Toute autre profession	Prestations versées
- Taux d'invalidité N ≥66%	100%
- Taux d'invalidité 33% ≤ N < 66%	100% x N/66
- Taux d'invalidité N < 33%	Aucune rente

¹Les enfants à charge sont les enfants tels que définis à l'article « SITUATION DE FAMILLE ».

² Sous réserve de l'application de l'article « ASSIETTE DES PRESTATIONS ».

* sauf dispositions particulières au Certificat d'adhésion

3.2.2 Pack pro INNOVATION

GARANTIES OBLIGATOIRES :

Capital décès/ PTIA toutes causes	En % du traitement de base
Tout assuré quelle que soit sa situation de famille	300%
Majoration par enfant à charge ¹ (limitée à 3)	100%
Double effet	En % du traitement de base
Décès simultané ou postérieur au conjoint	150%
Frais d'obsèques	
Décès de l'assuré, du conjoint ou d'un enfant à charge ¹	100% PMSS
Décès/ PTIA accidentel	En % du traitement de base
Doublement du capital	100% du capital décès /PTIA toutes causes
Incapacité de travail ²	En % du traitement de base
Franchise unique : 30/3/3 (Maladie, Accident, Hospitalisation)	100%
Indemnisation en cas de reprise partielle d'activité	Incluse
Incapacité ²	
Profession médicale et paramédicale éligible en annexe A	Prestations versées
- Taux d'invalidité N ≥66%	100% du traitement de base
- Taux d'invalidité 15% ≤ N < 66%	100% du traitement de base x N/66
- Taux d'invalidité N < 15%	Aucune rente
Toute autre profession	Prestations versées
- Taux d'invalidité N ≥66%	100% du traitement de base
- Taux d'invalidité 33% ≤ N < 66%	100% du traitement de base x N/66
- Taux d'invalidité N < 33%	Aucune rente

¹Les enfants à charge sont les enfants tels que définis à l'article « SITUATION DE FAMILLE ».

² Sous réserve de l'application de l'article « Prestations des garanties d'incapacité et d'invalidité ».

GARANTIES OPTIONNELLES :

	En % du traitement de base
Rente éducation au choix¹	
Rente éducation 8/12	
Jusqu'à 17 ans	
De 18 à 20 ans (maxi 26 ans si poursuite d'études)	8% 12%
Rente éducation 15/20/25	
Jusqu'à 10 ans	
Jusqu'à 17 ans	15%
De 18 à 20 ans (maxi 26 ans si poursuite d'études)	20% 25%

¹ Dans les limites prévues à l'article « RENTE EDUCATION ».

3.2.3 Pack pro EXCELLENCE**GARANTIES OBLIGATOIRES :**

Capital décès/ PTIA toutes causes	En % du traitement de base
Tout assuré quelle que soit sa situation de famille	300%
Majoration par enfant à charge ¹ (limitée à 3)	100%
Double effet	En % du traitement de base
Décès simultané ou postérieur au conjoint	150%
Frais d'obsèques	En % du traitement de base
Décès de l'assuré, du conjoint ou d'un enfant à charge ¹	100% PMSS

OU

Rente de conjoint	En % du traitement de base
Rente viagère	15% du traitement de base

GARANTIES OPTIONNELLES :

Rente de conjoint	En % du traitement de base
Rente viagère	15% du traitement de base

Décès/ PTIA accidentel	En % du traitement de base
Doublement du capital	100% du capital décès /PTIA toutes causes
Rente éducation (au choix)³	En % du traitement de base
Rente éducation 8/12	
Jusqu'à 17 ans	
De 18 à 20 ans (maxi 26 ans si poursuite d'études)	8% 12%
Rente éducation 15/20/25	
Jusqu'à 10 ans	
Jusqu'à 17 ans	15%
De 18 à 20 ans (maxi 26 ans si poursuite d'études)	20% 25%

Rente invalidité ²	Prestations versées
Profession médicale et paramédicale éligible en annexe A	Prestations versées
- Taux d'invalidité N ≥ 66%	100% du traitement de base
- Taux d'invalidité 15% ≤ N < 66%	100% du traitement de base x N/66
- Taux d'invalidité N < 15%	Aucune rente
Toute autre profession	Prestations versées
- Taux d'invalidité N ≥ 66%	100% du traitement de base
- Taux d'invalidité 33% ≤ N < 66%	100% du traitement de base x N/66
- Taux d'invalidité N < 33%	Aucune rente

Incapacité de travail ²	En % du traitement de base
Franchise au choix : 30/30/30 ou 90/30/30 (Maladie, Accident, Hospitalisation)	100%
Indemnisation en cas de reprise partielle d'activité	Incluse

Rachat de franchise	
En cas d'accident ou d'hospitalisation de + 24 heures liée à l'arrêt de travail ou d'hospitalisation de - 24 heures, liée à l'arrêt de travail, ayant nécessité l'intervention d'un chirurgien et d'une anesthésie locale ou générale	3 jours

¹ Les enfants à charge sont les enfants tels que définis à l'article « SITUATION DE FAMILLE ».

² Sous réserve de l'application de l'article « Prestations des garanties d'incapacité et d'invalidité ».

³ Dans les limites prévues à l'article « RENTE EDUCATION ».

Article 3.3 MODALITES D'AFFILIATION

L'adhésion au contrat se fait :

- Soit **en adhérent directement en ligne** via un partenaire de signature électronique après étude et proposition de l'offre par son courtier conseil.
 - Soit **en complétant une Demande d'Adhésion (DA)**, remise à l'assureur par laquelle l'adhérent doit notamment :
 - o Déclarer sa profession ;
 - o Choisir son traitement de base à assurer dans le respect de l'article « DETERMINATION DU TRAITEMENT DE BASE » ;
 - o Choisir ses garanties ;
 - o Déclarer son état de santé par des formalités médicales ;
- Seuls les documents enregistrés par l'assureur font foi.**

L'adhésion définitive ne pourra avoir lieu qu'après accomplissement de toutes les formalités, notamment médicales, demandées par l'assureur, obligatoires pour tous les candidats à l'assurance.

Elles consistent en fonction du niveau de garantie :

- soit en une Déclaration Universelle de l'Entrepreneur,
- soit en une sélection médicale (Déclaration de Santé –DS, Questionnaire Médical –QM, Demande de Dossier Médical -DDM, Examens Complémentaires-EC),

Elles sont exercées selon les conditions suivantes :

Pack pro ACCESS	Moins de 55 ans (inclus) à l'adhésion :
	<p style="text-align: center;">Déclaration Universelle de l'Entrepreneur</p> <p style="text-align: center;"><i>Si Déclaration Universelle de l'Entrepreneur non validée QM, + éventuellement DDM, + éventuellement EC</i></p> <p style="text-align: center;">Ou</p> <p style="text-align: center;">- DS</p> <p style="text-align: center;"><i>Si DS non validée QM, +éventuellement DDM, + éventuellement EC</i></p>
	- Plus de 56 ans (inclus) à l'adhésion :
	<p style="text-align: center;">QM</p> <p style="text-align: center;"><i>Si QM non validé, éventuellement DDM, + éventuellement EC</i></p>

Pack pro Innovation	Moins de 55 ans (inclus) à l'adhésion :
	<p style="text-align: center;">- Déclaration Universelle de l'Entrepreneur</p> <p style="text-align: center;"><i>Si Déclaration Universelle de l'Entrepreneur non validée QM, + éventuellement DDM, + éventuellement EC</i></p> <p style="text-align: center;">Ou</p> <p style="text-align: center;">DS <i>Si DS non validée QM, +éventuellement DDM, + éventuellement EC</i></p>
	Plus de 56 ans (inclus) à l'adhésion :
	<p style="text-align: center;">QM</p> <p style="text-align: center;"><i>Si QM non validé, éventuellement DDM, + éventuellement EC</i></p>

Pack pro Excellence	Traitement de base 3,1 à 5 PASS :
	Moins de 55 ans (inclus) à l'adhésion :
	<p style="text-align: center;">DS</p> <p style="text-align: center;"><i>Si DS non validée QM, +éventuellement DDM, + éventuellement EC</i></p>
	Plus de 56 ans (inclus) à l'adhésion :
	<p style="text-align: center;">QM</p> <p style="text-align: center;"><i>Si QM non validé, éventuellement DDM + éventuellement EC</i></p>
	Traitement de base assuré supérieur ou égal à 5 PASS :
	QM+DDM+EC

Dans tous les cas de sélection médicale, l'assureur se réserve le droit de demander, à ses frais, tout examen complémentaire qu'il juge nécessaire.

Suite à ces formalités et après examen du dossier complet de chaque adhérent admissible, l'assureur peut :

- accorder les garanties aux conditions normales ;
- ou refuser d'assurer l'adhérent partiellement ou totalement ;
- ou proposer de nouvelles conditions de garanties et/ou de tarification qui ne seront effectives qu'après acceptation expresse de l'intéressé matérialisé par le renvoi au service

médical sous pli confidentiel sous quinzaine du bon pour accord daté et signé par l'assuré.

L'affiliation est subordonnée à l'acceptation de l'assureur, celle-ci étant matérialisée par l'émission d'un Certificat d'adhésion qui précise notamment :

- L'identité de l'assuré ;
- Son collège et la profession exercée ;
- La date d'effet de l'adhésion ;
- Les garanties souscrites (étant précisé que les garanties non mentionnées au Certificat d'adhésion ne s'appliquent pas) ;
- Le montant des cotisations.

Dès acceptation de l'assureur, le candidat à l'assurance acquiert la qualité d'assuré.

Il est précisé que les formalités d'adhésion doivent être réalisées au maximum 6 mois avant la date de prise d'effet de l'adhésion.

Article 3.4 DEBUT DES GARANTIES À L'EGARD DE CHAQUE ASSURE

Les garanties débutent, à l'égard de chaque assuré dès la date d'effet de l'affiliation, à l'exception des suites et conséquences dues à une rechute de maladie ou d'accident dans les 60 jours après sa reprise, prise en charge le cas échéant, par le précédent assureur.

Seuls les sinistres survenus après la date de prise d'effet des garanties sont susceptibles de donner lieu au versement de prestations, quelles que soient leurs origines.

Si à la date d'effet de l'affiliation, l'assuré est en arrêt de travail indemnisé par un précédent assureur, les garanties du présent contrat ne seront acquises à l'assuré qu'à la fin de l'arrêt de travail. Entre la date de prise d'effet de l'affiliation et la date de fin de l'arrêt de travail, l'assureur du présent contrat ne prendra en charge que la revalorisation de la prestation en cours de service, calculée conformément aux dispositions de l'article « REVALORISATION DES PRESTATIONS ».

Article 3.5 EVOLUTION DU TRAITEMENT DE BASE ET DES GARANTIES À L'EGARD DE CHAQUE ASSURE EN COURS D'ADHESION

Aucune modification du traitement de base ou des garanties ne peut être demandée tant que l'assuré perçoit des prestations de l'assureur.

Toute évolution de garanties ou de traitement de base au sein du même niveau ou de la gamme est subordonnée à une demande d'avenant de l'assuré auprès de l'assureur par l'intermédiaire de son courtier conseil.

L'acceptation de l'assureur est formalisée par un avenant au Certificat d'adhésion.

3.5.1 Augmentation du traitement de base ou ajout de garanties

En cours de contrat, l'assuré peut demander à **augmenter** à tout moment, **son traitement de base** et à **adhérer à des garanties optionnelles** dans le respect des articles « DETERMINATION DU TRAITEMENT DE BASE » et « NIVEAUX DE GARANTIES ».

Aucune demande d'augmentation du traitement de base ou d'ajout de garanties ne pourra être acceptée si elle intervient moins de 6 mois après la date d'effet du contrat ou moins de 6 mois après la date d'effet de la dernière demande d'augmentation du traitement de base ou d'ajout de garanties.

En tout état de cause la modification prend effet au premier jour du trimestre civil qui suit l'acceptation de l'assureur.

Il est précisé que des formalités médicales peuvent être demandées par l'assureur dans les conditions suivantes :

AUGMENTATION DU TRAITEMENT DE BASE	Au sein du Pack pro ACCESS (de 0.1 à 1 PASS)	<p>Si l'assuré a moins de 55 ans inclus par différence de millésime à la date de la demande : formalités identiques à celles pratiquées à l'adhésion ou à la dernière évolution.</p> <p>Si l'assuré a plus de 56 ans inclus par différence de millésime à la date de la demande : QM, Si QM non validé, éventuellement DDM,+ éventuellement EC.</p>
	Au sein du Pack pro INNOVATION (de 1.1 à 3 PASS)	<p>Si l'assuré a moins de 55 ans inclus par différence de millésime à la date de la demande : formalités identiques à celles pratiquées à l'adhésion ou à la dernière évolution.</p> <p>Si l'assuré a plus de 56 ans par différence de millésime à la date de la demande : QM, Si QM non validé, éventuellement DDM,+ éventuellement EC.</p>
	Au sein du Pack pro EXCELLENCE (de 3.1 à 8 PASS)	<p>Si le traitement de base est compris entre 3.1 et 4.9 PASS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si l'assuré a moins de 55 ans inclus par différence de millésime à la date de la demande : formalités identiques à celles pratiquées à l'adhésion ou à la dernière évolution ; - Si l'assuré a plus de 56 ans par différence de millésime à la date de la demande : QM, Si QM non validé, éventuellement DDM,+ éventuellement EC. <p>Si le traitement de base à assurer est supérieur ou égal à 5 PASS : QM +DDM+EC.</p>
	Passage du Pack pro ACCESS au Pack pro INNOVATION	<p>Si l'assuré a moins de 55 ans inclus par différence de millésime à la date de la demande : formalités identiques à celles pratiquées à l'adhésion ou à la dernière évolution.</p> <p>Si l'assuré a plus de 56 ans par différence de millésime à la date de la demande : QM, Si QM non validé, éventuellement DDM,+ éventuellement EC.</p>

AJOUT DE GARANTIES	Passage du Pack pro INNOVATION au Pack pro EXCELLENCE	<p>Si le traitement de base à assurer est strictement inférieur à 5 PASS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si l'assuré a moins de 55 ans inclus par différence de millésime à la date de la demande : formalités identiques à celles pratiquées à l'adhésion ou à la dernière évolution ; - Si l'assuré a plus de 56 ans par différence de millésime à la date de la demande : QM, Si QM non validé, éventuellement DDM,+ éventuellement EC. <p>Si le traitement de base à assurer est supérieur ou égal à 5 PASS : QM +DDM+EC.</p>
	Ajustement de la rente éducation sur le Pack pro INNOVATION	<p>QM, Si QM non validé, éventuellement DDM,+ éventuellement EC.</p>
Ajustement de garanties optionnelles sur le Pack pro EXCELLENCE		<p>Si le traitement de base est compris entre 3.1 et 4.9 PASS : QM, Si QM non validé, éventuellement DDM,+ éventuellement EC.</p> <p>Si le traitement de base est supérieur ou égal à 5 PASS : QM +DDM+EC.</p>

3.5.2 Diminution du traitement de base ou suppression de garanties

Si en cours de contrat le traitement de base de l'assuré évolue à la baisse et ne lui permet plus de répondre aux règles de détermination de l'article « DETERMINATION DU TRAITEMENT DE BASE », il doit demander à son courtier conseil à le modifier dans les conditions prévues par l'article « OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT » .

Il bénéficiera alors du niveau de garanties correspondant à son traitement de base conformément aux articles « DETERMINATION DU TRAITEMENT DE BASE » et « NIVEAUX DE GARANTIES » .

La suppression de garanties optionnelles peut être faite à tout moment moyennant un préavis de 1 mois. Cette suppression sera effective au premier jour du mois qui suit l'acceptation de l'assureur.

Article 3.6 FIN DES GARANTIES À L'ÉGARD DE CHAQUE ASSURÉ

L'adhésion au contrat cesse de produire ses effets :

3.6.1 Pour l'ensemble des garanties

- à la fin du trimestre civil au cours duquel l'assuré cesse d'exercer la profession mentionnée au Certificat d'adhésion ;
- à la fin du trimestre civil au cours duquel l'assuré ne répond plus à la définition « d'adhérent / assuré » telle que précisée à l'article « PREAMBULE » ;

Cependant, l'adhésion peut être maintenue pour les garanties décès lorsque l'assuré liquide sa pension d'assurance vieillesse du régime de base obligatoire. Il doit alors informer l'organisme assureur dans les conditions prévues à l'article « OBLIGATION DE L'ADHERENT ».

- à la date indiquée dans la lettre recommandée de mise en demeure adressée en cas de non-paiement des cotisations, conformément aux dispositions de l'article « NON PAIEMENT DES COTISATIONS » ;
- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion ou du contrat collectif (selon dispositions prévues aux articles « RÉSILIATION DU CONTRAT » ou « RÉSILIATION DE L'ADHÉSION ») ;
- à la date de liquidation effective de la pension d'assurance vieillesse versée par le régime de base obligatoire de l'assuré ;
- à la date d'effet de la désaffiliation volontaire du régime obligatoire. Les cotisations éventuellement versées d'avance restent acquises à l'assureur ;
- à la fin de l'année civile au cours de laquelle l'assuré n'est plus adhérent à l'association souscriptrice ;
- à la date à laquelle l'adhérent n'est plus à jour de ses cotisations aux régimes d'assurance obligatoire ;
- à la fin de l'éventuelle période de portabilité.

Au-delà des deux premières années d'assurance, sous réserve du paiement des cotisations, et, sauf réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi par l'assuré, celui-ci ne peut être radié de l'assurance tant qu'il répond à la définition d'adhérent mentionnée à l'article « PREAMBULE ».

3.6.2 Pour toutes les garanties décès-PTIA toutes causes, Décès PTIA accidentels, rente conjoint, rente éducation

- au plus tard à la fin du trimestre civil au cours duquel l'assuré a atteint l'âge de 70 ans.

Toutefois, si l'assuré est indemnisé dans le cadre du présent contrat au titre de l'incapacité temporaire de travail ou de l'invalidité permanente :

- les garanties PTIA Accidentel et de Décès Accidentel cessent au plus tard à l'âge de 60 ans ;
- les autres garanties décès-PTIA, rente conjoint et rente éducation cessent au plus tard à l'âge de 67 ans et au plus tôt à la date à laquelle il peut percevoir à taux plein la pension d'assurance vieillesse du régime de base obligatoire de l'assuré ou à la date de la liquidation effective de cette pension.

3.6.3 Pour les garanties Incapacité, Invalidité

- au plus tard à la fin du trimestre civil au cours duquel l'assuré a atteint l'âge de 67 ans.

Article 3.7. MAINTIEN DES PRESTATIONS ET DES GARANTIES

3.7.1 Maintien des prestations en cours de services

Il est précisé qu'en cas de résiliation du contrat ou de l'adhésion, le service des prestations rente éducation, rente de conjoint, incapacité temporaire, invalidité permanente, en cours à la date de résiliation, est poursuivi, à leur niveau atteint à cette date, dans les limites des dispositions de l'article « FIN DES GARANTIES A L'ÉGARD DE CHAQUE ASSURÉ ».

3.7.2 Maintien des garanties obligatoires au titre de la portabilité

Au titre de la portabilité, il est précisé que l'assuré peut conserver pendant une période maximale de 12 mois le bénéfice de garanties souscrites dans les cas limitatifs exposés ci-après occasionnant une interruption de toute activité professionnelle :

- En cas de révocation non judiciaire et/ou non volontaire,

- En cas de cessation d'activité de son entreprise suite à un jugement d'ouverture de liquidation judiciaire. Dans l'hypothèse où le tribunal autoriserait une poursuite temporaire d'activité à l'issue du jugement d'ouverture, la portabilité ne prendra effet qu'à compter de la cessation effective d'activité.

Durée de la couverture et date d'effet des garanties maintenues

Le bénéfice des garanties est accordé pour une période fixe :

- décomptée à compter du lendemain :
 - o de la décision de révocation prise par l'organe compétent,
 - o du jugement de clôture de la liquidation judiciaire,
- égale à la durée d'ancienneté au Certificat d'adhésion en nombre de mois révolus arrondi à l'inférieur,
- dans un maximum de 12 mois à compter de l'évènement ouvrant droit à la portabilité.

Cessation de la portabilité des garanties

La portabilité des garanties cesse :

- dès la reprise d'une activité professionnelle par l'assuré,
- à la date de résiliation de l'adhésion par l'assureur ou le souscripteur,
- à la date de liquidation de la pension vieillesse du régime obligatoire,
- à la date d'effet des garanties de même nature souscrites chez un nouvel assureur,
- au décès de l'assuré.

Obligations de l'assuré éligible à la portabilité

En cas de survenance d'un risque assuré en portabilité, l'assuré ou ses ayants droit/bénéficiaires doivent justifier par tout moyen l'absence de reprise d'une activité professionnelle, et l'absence de liquidation de la pension vieillesse du régime obligatoire.

Garanties maintenues

L'assuré bénéficie du maintien des garanties obligatoires de son niveau de garanties telles qu'indiquées à l'article « NIVEAUX DE GARANTIES ».

En tout état de cause, les garanties sont maintenues sur la base de la moyenne des revenus, y compris les dividendes, perçus au titre de la profession indiquée au Certificat d'adhésion sur les 12 derniers mois civils complets précédant le dernier jour d'activité. Ce montant est limité au traitement de base assuré à la date de l'évènement ouvrant droit à la portabilité avec un maximum de 3 PASS.

L'assuré, les ayants droit/bénéficiaires devront nécessairement fournir une attestation de l'expert-comptable pour justifier dudit montant.

Pour le maintien de la garantie incapacité, il est précisé que la moyenne des revenus, y compris les dividendes, perçus au titre de la profession indiquée au Certificat d'adhésion sur les 12 derniers mois civils complets précédant le dernier jour d'activité, se verront appliquer un abattement de 20%.

Cotisations

Pendant la période de portabilité, aucune cotisation n'est due.

Chapitre 4 DEFINITION DES GARANTIES

Article 4.1 SITUATION DE FAMILLE

Pour la détermination de la situation de famille de l'assuré,

l'assureur prend en considération les personnes suivantes :

- le conjoint non séparé de droit par décision judiciaire, ou le partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité,
- les enfants à charge.

Par enfant à charge, il faut entendre :

- les enfants fiscalement à charge de l'assuré ou les enfants dont la filiation est reconnue avec l'assuré, âgés de moins de 21 ans,
- les enfants (qui ne font pas de déclaration fiscale personnelle) d'un assuré divorcé confiés à la garde de l'ex-conjoint et pour lesquels l'assuré doit payer une pension alimentaire par décision de justice tant que dure l'obligation alimentaire,
- les enfants fiscalement à charge ou les enfants dont la filiation est reconnue avec l'assuré, âgés de moins de 26 ans s'ils justifient de la poursuite d'études et à la condition que ces enfants soient sans ressources propres provenant d'une activité salariée (sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études),
- les enfants handicapés quel que soit leur âge, bénéficiaires de l'A.E.E.H. (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé), de l'allocation spéciale des adultes handicapés ou titulaires de la carte d'invalidité prévue par l'article 241-3 du code de l'action sociale et des familles,
- les enfants nés viables moins de 300 jours après la date du décès, sur fourniture de l'acte de naissance des intéressés ou à condition que la preuve de la filiation de ces derniers en soit apportée,
- l'enfant qui n'exerce aucune activité rémunérée à titre principal et satisfait aux critères fixés par la législation fiscale pour ouvrir droit à une majoration du quotient familial relatif au foyer fiscal de l'assuré.

La situation de famille prise en considération par l'assureur est obligatoirement celle, dûment justifiée, de l'assuré à la date du sinistre.

Article 4.2 GARANTIE : CAPITAL DECES/PTIA, DOUBLE EFFET, FRAIS D'OBSÈQUES

4.2.1 Capital décès toutes causes (si prévue au Certificat d'adhésion)

En cas de décès d'un assuré, le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) reçoit(vent) un capital dont le montant est défini au Certificat d'adhésion.

Le montant de ce capital est déterminé en fonction de la situation de famille de l'assuré dûment justifiée au jour de son décès, telle qu'elle est prévue au paragraphe « SITUATION DE FAMILLE ».

Le nombre de majorations pour enfant à charge est limité à 3.

Bénéficiaires

Sauf stipulation contraire valable au jour du décès faite par l'assuré, le capital décès est versé conformément à la clause type suivante :

- **Au conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps par décision judiciaire ou au partenaire de PACS,**
- **à défaut aux enfants (vivants ou représentés), nés ou à naître par parts égales entre eux,**
- **à défaut aux ascendants par parts égales entre eux,**
- **à défaut aux héritiers légaux au sens du Code Civil.**

Toutefois, la majoration de capital pour enfant à charge versée par l'assureur est obligatoirement répartie par parts égales, aux enfants à charge, ou à leur représentant légal, et ce quel que soit le bénéficiaire désigné par l'assuré.

L'assuré a la faculté de modifier sa désignation de bénéficiaire à tout moment lorsque celle-ci n'est plus appropriée et notamment en fonction des évolutions de sa situation de famille, sur un formulaire fourni par l'assureur ou sur demande écrite datée et signée de sa main. Cette désignation peut également faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

Lorsque l'assuré désigne nommément le bénéficiaire, personne physique ou personne morale, il doit mentionner les coordonnées

de celui-ci, nom de naissance et prénoms, adresse, date et lieu de naissance.

Par dérogation à ce qui précède, la désignation faite par l'assuré au profit d'un établissement bancaire n'est autorisée qu'après au moins 6 mois d'adhésion au contrat, ou au moins 6 mois après une augmentation de traitement de base.

Toute désignation, acceptation ou changement de désignation de bénéficiaire non porté à la connaissance de l'assureur lui est inopposable. L'ouverture du droit du conjoint ou partenaire de PACS au capital garanti est subordonnée à leur existence le jour du décès de l'assuré. Lorsque la désignation personnelle de l'assuré est caduque, la clause type est appliquée.

Acceptation du bénéfice du contrat par le bénéficiaire

La désignation d'un bénéficiaire peut faire l'objet d'une acceptation sous la forme d'un avenant signé par le bénéficiaire, l'assuré et l'assureur ou d'un acte sous seing privé ou authentique signé par le bénéficiaire et l'assuré notifié à l'assureur.

Le bénéficiaire devient alors bénéficiaire acceptant, et la désignation irrévocable. L'accord du bénéficiaire acceptant est alors indispensable pour toute modification par l'assuré de la clause bénéficiaire en cas de décès.

En application de l'article L.132-9 du code des assurances, l'acceptation ne peut intervenir que trente jours au moins à compter du moment où le stipulant est informé que le contrat d'assurance est conclu.

4.2.2 Perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes (si prévue au Certificat d'adhésion)

L'assuré atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie avant le jour de son 65^{ème} anniversaire reçoit par anticipation le capital décès toutes causes prévu au Certificat d'adhésion.

L'assureur règle le capital prévu au Certificat d'adhésion, ce qui met fin aux garanties décès toutes causes et décès accidentel (si souscrit).

4.2.3 Double effet (si capital décès/PTIA toutes causes prévu au Certificat d'adhésion)

En cas de décès du conjoint ou du partenaire pacsé, simultanément ou postérieurement à celui de l'assuré, le ou les enfants à sa charge au jour du décès reçoivent, par parts égales, le capital dont le montant est fixé au Certificat d'adhésion.

Est considéré comme simultané, le décès du conjoint ou du partenaire pacsé qui survient dans les 24 heures qui suivent ou qui précèdent celui de l'assuré.

Est considéré comme postérieur et ouvrant droit à garantie le décès du conjoint ou du partenaire pacsé qui survient au maximum dans les 12 mois qui suivent le décès de l'assuré.

La garantie prend automatiquement fin à la date :

- **qui suit les 12 mois après le décès de l'assuré ;**
- **à laquelle le conjoint survivant ou le partenaire de PACS survivant n'a plus d'enfant à charge tel que défini à l'article 4.1 ;**
- **du mariage ou remariage du conjoint survivant ou du partenaire de pacs survivant ;**
- **de signature d'un pacte civil de solidarité par le conjoint survivant ou le partenaire de pacs survivant.**

4.2.4 Frais d'obsèques (si capital décès/PTIA toutes causes prévu au Certificat d'adhésion)

En cas de décès de l'assuré, de son conjoint ou partenaire de pacs ou de l'un de ses enfants à charge, l'assureur verse à la personne ayant réglé les frais d'obsèques ou directement à l'établissement de pompes funèbres un forfait dont le montant est fixé au Certificat d'adhésion.

L'indemnité est versée dans la limite des frais d'obsèques

réellement engagés.

Article 4.3 GARANTIE : DECES/PTIA ACCIDENTELS (si prévu au Certificat d'adhésion)

4.3.1 Décès accidentel (si capital décès/PTIA toutes causes prévu au Certificat d'adhésion)

En cas de décès par suite d'un accident (selon la définition donnée à l'article « DEFINITIONS ») et lorsque le décès survient au plus tard dans un délai de douze mois à compter du jour de l'accident, les bénéficiaires désignés reçoivent un capital supplémentaire dont le montant est fixé au Certificat d'adhésion.

4.3.2 Perte totale et irréversible d'autonomie accidentelle

L'assuré atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie résultant d'un accident (selon la définition de la PTIA donnée à l'article 4.2.2 et la définition de l'accident donnée à l'article « DEFINITIONS ») avant le jour de son 65^{ème} anniversaire, et reconnue au plus tard dans un délai de douze mois à compter du jour de l'accident, reçoit le capital supplémentaire prévu au Certificat d'adhésion (sauf cas énoncés à l'article « FIN DES GARANTIES à L'ÉGARD DE CHAQUE ASSURÉ »). Le paiement du capital met fin aux garanties décès toutes causes et décès accidentel.

Article 4.4 GARANTIE : RENTE CONJOINT (si prévu au Certificat d'adhésion)

En cas de décès d'un assuré marié ou pacsé, son conjoint ou son partenaire de pacs survivant reçoit une rente annuelle viagère immédiate.

Elle est servie jusqu'au dernier jour du trimestre civil qui précède :

- **le mariage ou remariage du conjoint survivant ou du partenaire de pacs survivant ;**
- **la signature d'un pacte civil de solidarité par le conjoint survivant ou le partenaire de pacs survivant ;**
- **le décès du conjoint survivant ou du partenaire de pacs survivant.**

Le montant de la rente est fixé au Certificat d'adhésion.

Article 4.5 GARANTIE : RENTE EDUCATION (si prévue au Certificat d'adhésion)

En cas de décès d'un assuré, chacun de ses enfants à charge, tel que définis à l'article « SITUATION DE FAMILLE », reçoit une rente annuelle d'éducation dont le montant est fixé au Certificat d'adhésion. La rente augmente en fonction du pourcentage correspondant à l'âge atteint par l'enfant.

En tout état de cause, le versement de la rente cesse au dernier jour du trimestre civil qui précède celui au cours duquel :

- **l'enfant a 18 ans,**
- **l'enfant a 26 ans en cas de poursuite d'études,**
- **l'enfant décède.**

S'agissant des enfants handicapés, la rente est servie jusqu'au dernier jour du trimestre civil qui précède celui au cours duquel l'enfant atteint son 26^{ème} anniversaire.

Néanmoins, la rente devient viagère si, quel que soit l'âge, l'enfant est titulaire de la carte d'invalidité prévue par l'article L.241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

En tout état de cause, le cumul des rentes éducation versées ne pourra excéder 50% du traitement de base figurant au Certificat d'adhésion. En cas d'atteinte de ce plafond, les montants de rentes sont recalculés au prorata.

Article 4.6 GARANTIE : INCAPACITE (si prévue au Certificat d'adhésion)

Les garanties en cas d'incapacité temporaire s'appliquent à

condition que l'assuré exerce au jour du sinistre la profession rémunérée déclarée à l'adhésion et que l'arrêt de travail soit pris en charge par le régime obligatoire de l'assuré.

L'assureur verse les indemnités journalières prévues au Certificat d'adhésion.

L'assuré doit être dans l'impossibilité, médicalement justifiée, d'exercer temporairement sa profession.

En cas d'arrêt complet de travail d'un assuré par suite de maladie ou d'accident (y compris maladie et accident professionnels), ce dernier reçoit une indemnité journalière au terme d'un délai de franchise prévu au Certificat d'adhésion.

• **Franchise**

Le délai de franchise est précisé au Certificat d'adhésion selon le choix fait par l'adhérent. Il est déterminé en tenant compte du nombre de jours d'arrêt complet et continu de travail de l'assuré.

La franchise est décomptée à partir du premier jour d'arrêt de travail sauf :

• **Affections neuropsychiques**

Pour les arrêts de travail découlant d'affections neuropsychiques, neuropsychiatriques, psychologiques et psychosomatiques et nécessitant une hospitalisation supérieure ou égale à une période continue de 8 jours survenant au cours de l'arrêt de travail déclaré, la franchise sera décomptée à partir de la date du 1^{er} jour d'hospitalisation.

• **Affections dorso-lombaires**

Pour être pris en charge, tout arrêt de travail d'origine dorso-lombaire doit avoir fait l'objet d'une hospitalisation de 48 heures continues ou d'une intervention chirurgicale.

La franchise sera décomptée à partir de la date du 1^{er} jour d'hospitalisation ou de la date de l'intervention chirurgicale.

Par dérogation à ce qui précède, les arrêts de travail liés à des hernies discales, cervicalgies, dorsalgies, lombalgies ou sciatiques documentées par des examens radiologiques seront pris en compte sous réserve de l'acceptation par le Médecin conseil mandaté par l'assureur.

La franchise est alors décomptée à partir du premier jour d'arrêt de travail.

• **Rachat de franchise (si option retenue par l'adhérent)**

La franchise est réduite à 3 jours en cas :

- d'accident,
- d'hospitalisation de plus de 24 heures, liée à l'arrêt de travail,
- ou d'hospitalisation de moins de 24 heures, liée à l'arrêt de travail, et ayant nécessité l'intervention d'un chirurgien et une anesthésie locale ou générale.

• **Fin du versement des prestations en cas d'incapacité temporaire totale**

Le versement de l'indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire totale se poursuit jusqu'à la fin de celle-ci et cesse, en tout état de cause :

- le jour de **la reprise de travail à temps plein ;**
- le jour de la reprise à **temps partiel ;**
- au plus tard au 1.095^{ème} jour d'arrêt de travail ;
- à la date de reconnaissance de l'invalidité permanente, totale ou partielle ;
- en cas de refus de se soumettre au contrôle médical (sauf cas fortuit ou de force majeure) ;
- en cas de contrôle médical signifiant sa capacité à reprendre à temps plein, son activité professionnelle ou à temps partiel si les garanties en cas de reprise partielle d'activité ne peuvent pas

s'appliquer et ce, même si cette reprise nécessite un aménagement des conditions de travail ;

- à la date de liquidation effective de la pension d'assurance vieillesse versée par le régime de base obligatoire de l'assuré quelle qu'en soit la cause ;
- à la date à laquelle l'assuré atteint l'âge de 67 ans ;
- à la date du décès de l'assuré.

• **Rechute**

En cas de rechute d'une maladie ou d'un accident indemnisé par l'assureur, justifiant un nouvel arrêt de travail et intervenant dans un délai inférieur à deux mois, il n'est pas fait à nouveau application de la franchise. La durée maximum d'indemnisation est décomptée à dater du premier jour de la première période d'incapacité temporaire indemnisée.

• **Maternité /Paternité/ Adoption**

Le service des indemnités journalières est suspendu pendant la période correspondant aux congés « légaux » de maternité (y compris congés pathologiques inférieurs ou égaux à 30 jours consécutifs) paternité ou adoption du régime social dont relève l'adhérent.

Il n'est pas tenu compte de ces périodes dans le calcul :

- du nombre de jours de franchise,
- du nombre maximum de jours indemnisables dans le cadre de la garantie incapacité temporaire.

• **Reprise partielle d'activité (incapacité temporaire partielle)**

Si à la suite d'une période d'incapacité temporaire totale, supérieure à 90 jours consécutifs décomptés à partir de la date de l'arrêt de travail initial, suite à la demande de l'assuré ou sur demande de l'assureur, l'assuré est reconnu, par le médecin conseil mandaté par l'assureur, apte à reprendre partiellement son activité professionnelle (y compris reprise partielle nécessitant un aménagement des conditions de travail), le versement des indemnités journalières est poursuivi par l'assureur pendant une période maximale de 365 jours.

La prestation versée par l'assureur ne saurait être supérieure à 50% de l'indemnité journalière prévue au Certificat d'adhésion.

En tout état de cause, la somme des revenus de l'activité partielle augmentée des prestations éventuellement versées par le régime obligatoire et des prestations prévoyance versées au titre du présent Certificat d'adhésion, est limitée au traitement de base.

Fin du versement des prestations en cas d'incapacité temporaire partielle

L'indemnisation de l'incapacité temporaire partielle prend fin :

- à la date de **reprise du travail à temps plein** ;
- au plus tard à **l'issue de la période maximale d'indemnisation de la reprise partielle d'activité de 365 jours consécutifs** ;

En cas de rechute intervenant dans un délai inférieur à deux mois à compter de la fin de la dernière période d'incapacité temporaire totale, l'assureur reprendra l'indemnisation de l'incapacité temporaire totale dans la limite de 1095 jours à compter de la date de l'arrêt de travail initial.

Si la rechute intervient dans un délai supérieur à deux mois à compter de la fin de la dernière période d'incapacité temporaire totale, le nouvel arrêt de travail sera pris en charge par l'assureur après application du délai de franchise précisé au Certificat d'adhésion et sous réserve de l'acceptation par le médecin conseil mandaté par l'assureur.

- au plus tard au **1.095^{ème} jour** d'arrêt de travail ;
- à la date de reconnaissance de l'invalidité permanente, totale ou partielle ;
- en cas de refus de se soumettre au contrôle médical (sauf cas fortuit ou de force majeure) ;
- en cas de contrôle médical signifiant sa capacité à reprendre à temps plein son activité professionnelle ou à temps partiel si les

garanties en cas de reprise partielle d'activité ne peuvent pas s'appliquer et ce, même si cette reprise nécessite un aménagement des conditions de travail ;

- à la date de liquidation effective de la pension d'assurance vieillesse versée par le régime de base obligatoire de l'assuré quelle qu'en soit la cause ;
- à la date à laquelle l'assuré atteint l'âge de 67 ans ;
- à la date du décès de l'assuré.

Article 4.7 GARANTIE : INVALIDITE (si prévue au Certificat d'adhésion)

Les garanties en cas d'invalidité permanente s'appliquent à condition que l'assuré exerce au jour du sinistre la profession rémunérée déclarée à l'adhésion.

L'assureur verse la rente d'invalidité prévue au Certificat d'adhésion.

L'assureur n'est pas lié par le classement effectué par le régime obligatoire de l'assuré et reste libre de faire évaluer l'état d'invalidité de ce dernier par un médecin de son choix.

Il est précisé que les pièces émanant de La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) ou de tout autre organisme professionnel quelconque, ne permettent pas de justifier d'un état d'invalidité permanente partielle ou totale.

L'invalidité est calculée sur :

- un barème professionnel pour le collège Médicaux paramédicaux,
- Un barème croisé (invalidité fonctionnelle et professionnelle) pour l'ensemble des professions des autres collèges.

4.7.1 Pour les professions répertoriées en annexe A appartenant au collège Médicaux Paramédicaux

Le taux d'invalidité (N) retenu est celui de l'invalidité professionnelle, déterminé par voie d'expertise de 0 à 100% selon le tableau en annexe B. Elle est appréciée d'après la nature de l'invalidité par rapport à la profession exercée. 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 possibilités d'exercice restantes dans sa profession telle que déclarée et précisée au Certificat d'adhésion ainsi que des possibilités d'adaptation et des répercussions de cette invalidité sur la profession exercée par l'assuré.

Le montant de la garantie de base choisie par l'adhérent est fixé sur le Certificat d'adhésion.

La rente est versée comme suit :

- Si le taux «N» est strictement inférieur à 33% : pas de rente ;
- Si le taux «N» est supérieur ou égal à 33% et strictement inférieur à 66% : $(100\% \times N/66)$ du Traitement de base ;
- Si le taux «N» est supérieur ou égal à 66% : 100% du Traitement de base.

Par dérogation, pour les professions médicales et paramédicales répertoriées en annexe A, la rente est versée comme suit :

- Si le taux «N» est strictement inférieur à 15% : pas de rente ;
- Si le taux «N» est supérieur ou égal à 15% et strictement inférieur à 66% : $(100\% \times N/66)$ du Traitement de base ;
- Si le taux «N» est supérieur ou égal à 66% : 100% du Traitement de base ;

Si l'assuré est atteint de plusieurs invalidités partielles à la suite d'accident ou de maladies, le droit à la rente est fixé sur la base du taux global d'invalidité en résultant.

4.7.2 Pour l'ensemble des professions des autres collèges

L'assuré doit être reconnu, par un médecin expert désigné par l'assureur et selon les dispositions ci-après, atteint d'un taux (N) d'invalidité qui est compris entre 0 et 100%. Aucune prestation

n'est due lorsque le taux (N) est strictement inférieur à 33 %.

Pour pouvoir bénéficier de cette garantie, l'invalidité permanente totale ou l'invalidité permanente partielle doit être consolidée avant la date à laquelle l'assuré peut percevoir à taux plein sa pension d'assurance vieillesse de son régime obligatoire.

L'invalidité est appréciée en fonction de l'**invalidité fonctionnelle** (physique ou mentale) et de l'**invalidité professionnelle**.

L'**invalidité fonctionnelle** est établie de 0 à 100 % en dehors de toute considération professionnelle après examen de l'assuré par le médecin conseil mandaté par l'assureur, d'après le guide barème concours médical (Barème Officiel annexé au Décret 2003-314 du 4 avril 2003).

L'**invalidité professionnelle** est définie après examen de l'assuré par le médecin conseil mandaté par l'assureur. Elle est appréciée de 0 à 100 % d'après la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de la profession et des possibilités d'exercice restantes dans sa profession telle que déclarée et précisée au Certificat d'adhésion ainsi que des possibilités d'adaptation et des répercussions de cette invalidité sur la profession exercée par l'assuré.

Le tableau figurant en annexe C, indiquant les taux (N) résultant des divers degrés d'invalidité tant fonctionnelle que professionnelle, est celui fixé par le Bureau Commun des Assurances Collectives (BCAC).

Pour les taux intermédiaires, le taux croisé est calculé par la formule : Racine cubique [Invalidité fonctionnelle² x Invalidité professionnelle]

La rente invalidité, y compris régime obligatoire, est définie comme suit :

- Si le taux «N» est strictement inférieur à 33% : pas de rente ;
- Si le taux «N» est supérieur ou égal à 33% et strictement inférieur à 66% : (100% x N/66) du traitement de base ;
- Si le taux «N» est supérieur ou égal à 66% : 100% du traitement de base.

Fin du versement des prestations

Le service de la rente d'invalidité cesse, en tout état de cause :

- à la fin de l'état d'invalidité ;
- en cas de refus de se soumettre au contrôle médical (sauf cas fortuit ou de force majeure) ;
- à la date à laquelle l'assuré peut percevoir à taux plein la pension d'assurance vieillesse de son régime de base obligatoire ;
- à la date de liquidation effective de la pension d'assurance vieillesse versée par le régime de base obligatoire de l'assuré quelle qu'en soit la cause ;
- à la date à laquelle l'assuré atteint l'âge de 67 ans ;
- à la date du décès de l'assuré.

Article 4.8 GARANTIE EXONERATION

Cette garantie s'applique sur demande de l'assuré lorsqu'il se trouve en incapacité ou invalidité prises en charge par l'assureur.

Au titre de la garantie exonération, l'assureur exonère l'assuré, à compter du 1^{er} jour du trimestre civil qui suit la prise en charge du sinistre, des cotisations relatives à l'ensemble des garanties Prévoyance souscrites au titre de l'adhésion.

Il est précisé qu'en cas de versement de la garantie reprise partielle d'activité l'exonération des cotisations est proportionnelle au temps d'arrêt partiel.

L'exonération des cotisations prend fin à la date à laquelle cesse la prise en charge de l'arrêt de travail par l'assureur et au plus tard à 67 ans.

Chapitre 5 ETENDUES DES GARANTIES – EXCLUSIONS

Article 5.1 EXCLUSIONS GENERALES

N'ouvrent jamais droit à la mise en jeu des garanties, les sinistres résultant et/ou provenant :

1. des conséquences de guerre civile ou étrangère,
2. des conséquences d'attentat, d'émeute, d'insurrection, d'actes de terrorisme, d'actes criminels, de rixes, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active,
3. des conséquences des effets directs et indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome,
4. les rayonnements ionisants et les inhalations de particules d'amiante, lorsque l'assuré y est exposé de manière prévisible (fût-ce par intermittence) en raison et au cours de son activité professionnelle habituelle, (pour les rayonnements ionisants : non applicable aux professions médicales et paramédicales listées en annexe A en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle),
5. de la navigation aérienne (à voile, à aile ou à moteur) :
 - à bord d'un appareil non muni d'un Certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmés,
 - au cours d'un meeting, d'un raid sportif, d'un vol acrobatique, d'une tentative de record, d'un essai préparatoire, d'un essai de réception, ou d'un saut en parachute non motivé par une raison de sécurité (sauf dans le cadre d'un baptême de saut en parachute encadré par un moniteur diplômé d'état),
6. les suites et conséquences d'affections, accidents ou de maladie dont la première constatation médicale se situe à une date antérieure à la date d'effet de l'adhésion et n'ayant pas été déclarées par l'adhérent à l'occasion des formalités d'adhésion. Cette exclusion n'est pas applicable lorsque les formalités d'adhésion consistent en une Déclaration Universelle de l'Entrepreneur.

Article 5.2 EXCLUSIONS EN CAS DE DECES

N'ouvrent jamais droit à la mise en jeu des garanties **Capital décès** toutes causes, frais d'obsèques, rente éducation, rente conjoint, décès accidentel, les sinistres résultant du suicide de l'assuré, survenu au cours de la première année d'assurance ou de l'année suivant l'augmentation des garanties pour la part augmentée des garanties (ce délai est réputé avoir commencé à courir dès la prise d'effet du Certificat d'adhésion ou de l'augmentation de garanties).

N'ouvrent jamais droit à la mise en jeu de la garantie **décès accidentel**, les sinistres résultants :

1. de la navigation aérienne (à voile, à aile ou à moteur) :
 - avec l'utilisation d'un deltaplane, parapente, appareil ultra léger motorisé (ULM) ou tout autre engin aérien (notamment kite surf ou parachute ascensionnel),
 - lorsque l'assuré est pilote ou copilote.
2. de la pratique par l'assuré de tous sports de plongée avec scaphandre autonome, sauf dans le cadre de baptême de plongée encadré par un moniteur diplômé d'état,
3. de l'usage de stupéfiants et produits toxiques non prescrits

médicalement,

4. de la manipulation d'explosifs ou d'engins de guerre, ou d'armes à feu y compris dans le cadre d'une activité sportive ou de loisirs notamment la chasse, le tir ou le ball trap,
5. des accidents de circulation dont la victime est l'assuré, responsable de l'accident et qui était conducteur d'un Véhicule Motorisé sous l'emprise d'un état alcoolique (taux supérieur au taux légal en vigueur au jour du sinistre) ou de produits stupéfiants non prescrits médicalement,
6. de la pratique par l'assuré de tout sport à titre professionnel, ou d'un sport dont il tire un revenu quelconque,
7. de la participation de l'assuré en qualité d'amateur licencié à des exhibitions, démonstrations ou paris, ou à des épreuves sportives internationales hors de l'Union Européenne,
8. de la participation de l'assuré en qualité d'amateur licencié à des démonstrations, compétitions ou matches ainsi qu'à leurs essais préparatoires, qui comportent l'utilisation d'animaux, de véhicules ou d'embarcation à moteur,
9. de la pratique de toute activité sportive non représentée en France par une Fédération sportive dûment reconnue,
10. de la pratique de l'escalade au-delà du niveau 5 selon la cotation française au jour du sinistre, de l'alpinisme au-delà de 3 000 mètres d'altitude, du ski et du surf pratiqués en dehors des domaines balisés et autorisés publics,
11. de la pratique de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics Français ou par la Fédération Française correspondant à l'activité.

Article 5.3 EXCLUSIONS EN CAS DE PTIA

N'ouvrent jamais droit à la mise en jeu des garanties **PTIA toutes causes**, **PTIA accidentelle** les sinistres résultant de tout fait intentionnel de la part de l'assuré ayant pour but de porter atteinte à son intégrité physique.

N'ouvrent jamais droit à la mise en jeu de la garantie **PTIA accidentelle** les sinistres résultant :

1. de la navigation aérienne (à voile, à aile ou à moteur)
 - avec l'utilisation d'un deltaplane, parapente, appareil ultra léger motorisé (ULM) ou tout autre engin aérien (*notamment kite surf ou parachute ascensionnel*),
 - lorsque l'assuré est pilote ou copilote.
2. de la pratique par l'assuré de tous sports de plongée avec scaphandre autonome, sauf dans le cadre de baptême de plongée encadré par un moniteur diplômé d'état,
3. de l'usage de stupéfiants et produits toxiques non prescrits médicalement,
4. de la manipulation d'explosifs ou d'engins de guerre, ou d'armes à feu y compris dans le cadre d'une activité sportive ou de loisirs notamment la chasse, le tir ou le ball trap,
5. des accidents de circulation dont la victime est l'assuré, responsable de l'accident et qui était conducteur d'un Véhicule Motorisé sous l'emprise d'un état alcoolique (taux supérieur au taux légal en vigueur au jour du sinistre) ou de produits stupéfiants non prescrits médicalement,

6. de la pratique par l'assuré de tout sport à titre professionnel, ou d'un sport dont il tire un revenu quelconque,
7. de la participation de l'assuré en qualité d'amateur licencié à des exhibitions, démonstrations ou paris, ou à des épreuves sportives internationales hors de l'Union Européenne,
8. de la participation de l'assuré en qualité d'amateur licencié à des démonstrations, compétitions ou matches ainsi qu'à leurs essais préparatoires, qui comportent l'utilisation d'animaux, de véhicules ou d'embarcation à moteur,
9. de la pratique de toute activité sportive non représentée en France par une Fédération sportive dûment reconnue,
10. de la pratique de l'escalade au-delà du niveau 5 selon la cotation française au jour du sinistre, de l'alpinisme au-delà de 3 000 mètres d'altitude, du ski et du surf pratiqués en dehors des domaines balisés et autorisés publics,
11. de la pratique de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics Français ou par la Fédération Française correspondant à l'activité.

Article 5.4 EXCLUSIONS EN CAS D'INCAPACITE

N'ouvrent jamais droit à la mise en jeu de la garantie **incapacité** les sinistres résultant et/ou provenant :

1. de tout fait intentionnel de la part de l'assuré ayant pour but de porter atteinte à son intégrité physique,
2. des accidents de circulation dont la victime est l'assuré, responsable de l'accident et qui était conducteur d'un Véhicule Motorisé sous l'emprise d'un état alcoolique (taux supérieur au taux légal en vigueur au jour du sinistre) ou de produits stupéfiants non prescrits médicalement,
3. de la pratique par l'assuré de tout sport à titre professionnel, ou d'un sport dont il tire un revenu quelconque,
4. de la participation de l'assuré en qualité d'amateur licencié à des exhibitions, démonstrations ou paris, ou à des épreuves sportives internationales hors de l'Union Européenne,
5. de la participation de l'assuré en qualité d'amateur licencié à des démonstrations, compétitions ou matches ainsi qu'à leurs essais préparatoires, qui comportent l'utilisation d'animaux, de véhicules ou d'embarcation à moteur,
6. de la pratique de toute activité sportive non représentée en France par une Fédération sportive dûment reconnue,
7. de la pratique de l'escalade au-delà du niveau 5 selon la cotation française au jour du sinistre, de l'alpinisme au-delà de 3 000 mètres d'altitude, du ski et du surf pratiqués en dehors des domaines balisés et autorisés publics,
8. de la pratique de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics Français ou par la Fédération Française correspondant à l'activité,
9. des traitements ou opérations de chirurgie esthétique (sauf chirurgie réparatrice faisant suite à une maladie ou un accident garantis),
10. des affections neuropsychiatriques, neuropsychiques, psychologiques et psychosomatiques (à l'exception des accidents vasculaires cérébraux et de l'épilepsie), n'ayant pas

nécessité une hospitalisation supérieure ou égale à une période continue de 8 jours au cours de l'arrêt de travail déclaré,

11. des affections dorso-lombaires n'ayant pas nécessité une hospitalisation supérieure à 48 heures ou une intervention chirurgicale.

Par dérogation, les arrêts de travail liés à des hernies discales, cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, sciatiques objectivées par l'analyse d'examen radiologiques seront pris en compte sous réserve de l'acceptation par le Médecin conseil mandaté par l'assureur.

Article 5.5 EXCLUSIONS EN CAS D'INVALIDITE

N'ouvrent jamais droit à la mise en jeu de la garantie invalidité les sinistres résultant et/ou provenant :

1. de tout fait intentionnel de la part de l'assuré ayant pour but de porter atteinte à son intégrité physique ,
2. des accidents de circulation dont la victime est l'assuré, responsable de l'accident et qui était conducteur d'un Véhicule Motorisé sous l'emprise d'un état alcoolique (taux supérieur au taux légal en vigueur au jour du sinistre) ou de produits stupéfiants non prescrits médicalement,
3. de la pratique par l'assuré de tout sport à titre professionnel, ou d'un sport dont il tire un revenu quelconque,
4. de la participation de l'assuré en qualité d'amateur licencié à des exhibitions, démonstrations ou paris, ou à des épreuves sportives internationales hors de l'Union Européenne,
5. de la participation de l'assuré en qualité d'amateur licencié à des démonstrations, compétitions ou matches ainsi qu'à leurs essais préparatoires, qui comportent l'utilisation d'animaux, de véhicules ou d'embarcation à moteur,
6. de la pratique de toute activité sportive non représentée en France par une Fédération sportive dûment reconnue,
7. de la pratique de l'escalade au-delà du niveau 5 selon la cotation française au jour du sinistre, de l'alpinisme au-delà de 3 000 mètres d'altitude, du ski et du surf pratiqués en dehors des domaines balisés et autorisés publics,
8. de la pratique de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics Français ou par la Fédération Française correspondant à l'activité,
9. des traitements ou opérations de chirurgie esthétique (sauf chirurgie réparatrice faisant suite à une maladie ou un accident garantis).
10. des affections neuropsychiatriques, neuropsychiques, psychologiques et psychosomatiques (à l'exception des accidents vasculaires cérébraux et de l'épilepsie), n'ayant pas nécessité une hospitalisation supérieure ou égale à une période continue de 8 jours au cours de l'arrêt de travail déclaré,
11. des affections dorso-lombaires n'ayant pas nécessité une hospitalisation supérieure à 48 heures ou une intervention chirurgicale.
Par dérogation, les arrêts de travail liés à des hernies discales, cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, sciatiques objectivées par l'analyse d'examen radiologiques seront pris en compte sous réserve de l'acceptation par le Médecin conseil mandaté par

l'assureur.

Article 5.6 EXCLUSIONS PARTICULIERES

N'ouvrent jamais droit à la mise en jeu des garanties précisées au bon d'acceptation, les sinistres résultant d'un accident d'une affection ou d'une maladie ayant fait l'objet d'une exclusion à la suite d'une éventuelle sélection médicale.

Chapitre 6. PRESTATIONS

Article 6.1 ASSIETTE DES PRESTATIONS

Les prestations sont exprimées en pourcentage du traitement de base mentionné au Certificat d'adhésion qui est lui-même établi en fonction du plafond de la Sécurité sociale. L'assureur retient comme valeur de référence le plafond en vigueur à la date de l'événement considéré.

6.1.1 Prestations des garanties Capital décès/PTIA toutes causes, double effet, frais d'obsèques, décès/PTIA accidentels, rente conjoint, rente éducation

Elles restent toujours forfaitaires, et non liées aux revenus réels au moment du sinistre.

Si le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie survient alors que l'assuré est en arrêt de travail (incapacité temporaire ou invalidité permanente), l'assiette est revalorisée sur la base du point de retraite du régime obligatoire complémentaire auquel est affilié l'assuré depuis la date de l'arrêt de travail initial.

6.1.2 Prestations des garanties d'incapacité et d'invalidité

Sur le niveau de garanties Pack pro ACCESS :

Les prestations sont forfaitaires non liées aux revenus réels au moment du sinistre et sans prise en compte des éventuelles prestations du régime obligatoire.

Sur les niveaux de garanties Pack pro INNOVATION et Pack pro EXCELLENCE :

Lorsque le traitement de base choisi est compris entre 1.1 et 1.5 PASS, les prestations seront déterminées forfaitairement sous déduction des prestations du régime obligatoire et sans prise en compte du revenu de l'assuré au jour du sinistre.

Lorsque le traitement de base choisi est supérieur à 1.5 PASS, les prestations seront déterminées sous déduction des prestations du régime obligatoire et en tenant compte du revenu de l'assuré au jour du sinistre :

- Si le traitement de base assuré excède au jour du sinistre 1,8 fois le revenu de l'exercice (tel que défini à l'article « DÉFINITIONS »), les prestations arrêt de travail seront exclusivement calculées sur la base de 1,8 fois ce revenu ;
- Si le traitement de base assuré n'excède pas au jour du sinistre 1,8 fois le revenu de l'exercice (tel que défini à l'article « DÉFINITIONS »), les prestations arrêt de travail seront calculées sur la base du traitement de base.

Le cumul des prestations versées par l'assureur et tout autre organisme social obligatoire (sous forme d'indemnités journalières ou de rentes) ne peut excéder les prestations prévues au Certificat d'adhésion.

Si l'assuré n'est pas indemnisé par son régime obligatoire pour des raisons administratives qui ne remettent pas en cause l'affiliation au régime (exemple : déclarations tardives), l'indemnité journalière versée par l'assureur sera calculé sous déduction de l'indemnité journalière qu'aurait dû percevoir l'assuré de la part de son régime obligatoire dans des conditions normales.

Par dérogation à ce qui précède pour les professions du collège Mandataires sociaux, les prestations en cas d'incapacité et d'invalidité sur le niveau de garanties Pack pro INNOVATION sont forfaitaires non liées aux revenus réels au moment du sinistre et sans prise en compte des éventuelles prestations du régime obligatoire.

Sur la base des éléments susvisés, l'indemnité journalière en cas d'incapacité est déterminée par l'application d'un coefficient égal à 1/365.

Article 6.2 MONTANT DES PRESTATIONS GARANTIES

Les prestations garanties sont définies au Certificat d'adhésion dans les limites prévues à l'article « ENGAGEMENT MAXIMUM DE L'ASSUREUR ».

Article 6.3 ENGAGEMENT MAXIMUM DE L'ASSUREUR

Le montant total des capitaux et capitaux constitutifs de rente versés en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie (y compris majoration par enfant à charge et capitaux supplémentaires en cas de sinistre accidentel) ne peut excéder 80 fois le Plafond Annuel de la Sécurité Sociale pour un même assuré et pour toutes les adhésions prévoyance confondues souscrites par l'intermédiaire de CIPRÉS Assurances.

En cas de dépassement de ce plafond, les prestations dues à chaque bénéficiaire sont réduites proportionnellement.

Article 6.4 REVALORISATION DES PRESTATIONS

L'indice de référence pour les revalorisations est la valeur du point de retraite du régime obligatoire complémentaire auquel est affilié l'assuré.

Assiette servant de base à la détermination des capitaux :

- Les capitaux dus après un arrêt de travail de plus d'un an sont déterminés à partir d'une assiette, revalorisée selon l'augmentation de l'indice entre le 1^{er} juillet de l'année de l'arrêt initial et la date du décès ou de la perte totale et irréversible d'autonomie.

- Le capital double effet est revalorisé selon l'évolution de l'indice entre la date du décès de l'assuré et celle de son conjoint.

- Dans tous les cas, les capitaux décès dus sont revalorisés conformément aux dispositions de la loi n° 2014-617 du 13 juin 2014 relative aux comptes bancaires inactifs et aux contrats d'assurance vie en déshérence (dite « Loi Eckert »).

Prestations périodiques : A compter du 1^{er} janvier de l'année qui suit le 365^{ème} jour de l'arrêt de travail ou la date anniversaire du décès, les rentes éducation, rentes de conjoint, indemnités journalières, rentes invalidité, sont revalorisées annuellement au 1^{er} janvier selon l'augmentation de l'indice de référence.

Le coefficient de majoration est calculé pour une année «N» en rapportant l'indice au 1^{er} juillet de l'année «N-1» à celui au 1^{er} juillet de l'année «N-2». En cas de résiliation de l'adhésion, les prestations en cours de service sont maintenues à leur niveau atteint, au jour de la résiliation.

Chapitre 7 PAIEMENT DES PRESTATIONS

Article 7.1 EN CAS DE DÉCÈS

7.1.1 Capital décès toutes causes - Double effet

En cas de décès d'un assuré, qui doit être notifié à l'assureur dans les plus brefs délais, le capital garanti est réglé sur présentation des pièces justificatives suivantes :

- L'imprimé de « déclaration décès » à nous retourner sous pli confidentiel, dûment complété ;

- Un original de l'acte de décès ;
- Un original du certificat post-mortem établi par le médecin ayant constaté le décès et précisant, à défaut de la cause exacte, s'il s'agit d'une mort naturelle, d'une mort accidentelle ou d'un suicide ;
- Un original de l'extrait d'acte de naissance de l'assuré décédé comportant toutes les mentions marginales ;
- Un original de l'extrait d'acte de naissance pour chaque bénéficiaire datant de moins de trois mois ;
- Une photocopie du livret de famille de l'assuré décédé ;
- Une photocopie de l'avis d'imposition de l'exercice précédent, ou à défaut une photocopie de la déclaration de revenus faite à l'administration fiscale au titre de l'exercice précédent ;
- Une attestation sur l'honneur de non séparation de corps au jour du décès rédigée par le conjoint, à défaut le document officiel attestant la séparation de corps
- Une photocopie de la carte d'identité du(es) bénéficiaire(s) ;
- **Et, le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'assureur jugerait nécessaire à l'instruction du dossier.**

7.1.2 Décès accidentel

Outre les pièces exigées pour le paiement du capital décès toutes causes, le capital supplémentaire sera réglé sur présentation du procès-verbal de police, de gendarmerie, du procureur de la République auprès du tribunal de grande instance **et, le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'assureur jugerait nécessaire.**

La preuve de l'accident ou de la relation entre le décès et l'accident incombe au(x) bénéficiaire(s).

7.1.3 Frais d'obsèques

Le capital garanti est réglé sur présentation des pièces justificatives suivantes :

- Une photocopie du livret de famille de l'assuré ;
- Une photocopie du livret de famille de la personne décédée, si différente de l'assuré ;
- Un original du certificat post-mortem établi par le médecin ayant constaté le décès et précisant, à défaut de la cause exacte, s'il s'agit d'une mort naturelle, d'une mort accidentelle ou d'un suicide ;
- Le cas échéant, le procès-verbal de police, de gendarmerie ;
- La facture acquittée relative aux frais engagés mentionnant le nom du payeur, non acquittée en cas de paiement à l'établissement de pompes funèbres ;
- Un Relevé d'Identité Bancaire de la personne ayant acquitté les frais d'obsèques ;
- **Et, le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'assureur jugerait nécessaire à l'instruction du dossier.**

7.1.4 Rente éducation

Conditions de versement

La rente est versée au représentant légal de l'enfant mineur, puis à l'enfant lui-même dès qu'il atteint sa majorité.

Elle est payable trimestriellement à terme échu, les premiers arrérages étant servis le dernier jour du trimestre civil suivant celui au cours duquel l'assuré est décédé.

Lorsque la rente augmente en fonction du pourcentage correspondant à l'âge atteint par l'enfant, la majoration est due à compter du premier jour du trimestre civil suivant l'anniversaire de l'enfant. Aucun prorata d'arrérages n'est dû pour la période comprise entre la dernière échéance d'arrérages payée et l'une des dates limites des conditions d'attribution de la rente. Pour l'enfant né viable moins de 300 jours après le décès de l'assuré, les premiers arrérages sont dus à compter du premier jour de l'année civile qui suit celle de la naissance.

Pièces à fournir

- Lors de la survenance du sinistre, outre les pièces exigées pour le paiement du capital décès toutes causes, il y a lieu de fournir à l'assureur :

- La photocopie de l'avis d'imposition de la personne ayant à

charge les enfants bénéficiaires d'une rente éducation de l'exercice précédent, ou à défaut une copie de la déclaration de revenus faite à l'administration fiscale au titre de l'exercice précédent ;

- Une photocopie du livret de famille de l'assuré décédé ;
- Un certificat de scolarité pour chaque enfant ;
- Un justificatif d'attribution de la carte d'invalidité pour les enfants infirmes, le cas échéant ;
- **Et le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'assureur jugerait nécessaire à l'instruction du dossier.**

- Chaque année au cours du service de la rente :

- La photocopie de l'avis d'imposition de la personne ayant à charge les enfants bénéficiaires d'une rente éducation de l'exercice précédent, ou à défaut une copie de la déclaration de revenus faite à l'administration fiscale au titre de l'exercice précédent ;
- Un certificat de scolarité pour chaque enfant ;
- **Et le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'assureur jugerait nécessaire à l'instruction du dossier.**

Toute modification de la situation d'un bénéficiaire doit être immédiatement signalée à l'assureur par les intéressés ou par leur tuteur légal. Toutes prestations indûment perçues devront être remboursées à l'assureur.

7.1.5 Rente de conjoint

Conditions de versement

Les rentes sont payables trimestriellement à terme échu, les premiers arrérages étant servis le dernier jour du trimestre civil suivant celui au cours duquel l'assuré est décédé.

Aucun prorata d'arrérages n'est dû pour la période comprise entre la dernière échéance d'arrérages payée et l'une des dates limites des conditions d'attribution de la rente.

Pièces à fournir

- Lors de la survenance du sinistre, outre les pièces exigées pour le paiement du capital décès toutes causes, il y a lieu de fournir à l'assureur :

- La photocopie de l'avis d'imposition du conjoint survivant de l'exercice précédent, ou à défaut une copie de la déclaration de revenus faite à l'administration fiscale au titre de l'exercice précédent ;
- Un extrait d'acte de naissance du conjoint survivant avec mentions marginales ;
- **Et le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'assureur jugerait nécessaire à l'instruction du dossier.**

- Chaque année, au cours du service de la rente :

- La photocopie de l'avis d'imposition du conjoint survivant de l'exercice précédent, ou à défaut une copie de la déclaration de revenus faite à l'administration fiscale au titre de l'exercice précédent ;
- Un extrait d'acte de naissance du conjoint bénéficiaire, avec mentions marginales ;
- **Et le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'assureur jugerait nécessaire à l'instruction du dossier.**

Toute modification de la situation d'un bénéficiaire doit être immédiatement signalée à l'assureur par les intéressés. Toutes prestations indûment perçues devront être remboursées à l'assureur.

Article 7.2 EN CAS DE PTIA

Le capital garanti sera réglé sur présentation des pièces suivantes :

- L'imprimé de « déclaration IPT ou PTIA » à nous retourner sous pli confidentiel, dûment complété et signé par l'assuré, à défaut par son représentant légal ;
- Un certificat médical du médecin traitant indiquant de façon précise la cause et l'importance de l'incapacité reconnue par rapport aux critères du régime de Sécurité sociale dont dépend

l'assuré et la date à partir de laquelle cette incapacité peut être considérée comme définitive ;

- Un justificatif du nombre d'enfants à charge de l'assuré ;
- **Et, le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'assureur jugerait nécessaire à l'instruction du dossier.**

Article 7.3 EN CAS DE PTIA ACCIDENTELLE

Outre les pièces exigées au paragraphe en cas de PTIA, le capital supplémentaire sera réglé sur présentation du procès-verbal de police, de gendarmerie, du procureur de la République auprès du tribunal de grande instance **et, le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'assureur jugerait nécessaire à l'instruction du dossier.**

Article 7.4 EN CAS D'INCAPACITE ET D'INVALIDITE

7.4.1 Incapacité

Modalités de paiement des prestations

Dans le cadre du Pack pro INNOVATION (hors collège Mandataires sociaux) et du Pack pro EXCELLENCE, l'indemnité journalière **peut** être versée par anticipation par l'assureur (avant la présentation des décomptes du régime obligatoire par l'assuré), en déduisant de la garantie prévue au Certificat d'adhésion, le montant reconstitué de l'Indemnité journalière du régime obligatoire déduit de sa profession pour la première période d'arrêt de travail.

Il est précisé qu'à la présentation des décomptes du régime obligatoire par l'assuré, l'assureur veillera à la régularisation des prestations effectivement dues suite à la déduction des indemnités journalières réellement perçues par l'assuré.

L'assureur se réserve donc la possibilité d'opérer une compensation en cas de trop perçu sur les indemnités à venir en application des articles 1347 et suivants du code civil, à défaut l'assuré s'engage à reverser les prestations indûment perçues à l'assureur.

Déclaration

En cas d'incapacité de travail susceptible d'ouvrir droit aux prestations prévues au Certificat d'adhésion, l'assuré, à défaut son représentant légal, doit en faire la déclaration à l'assureur (sauf cas fortuit ou de force majeure), dès qu'il en a connaissance et, au plus tard, dans les 30 jours qui suivent le délai de franchise fixé pour cette garantie. Au-delà de cette limite le délai de franchise est appliqué à compter de la date de réception de la déclaration.

Pièces à fournir

L'assuré doit adresser à l'assureur les pièces suivantes :

- L'imprimé de « déclaration d'arrêt de travail TNS » à retourner sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil mandaté par l'assureur, dûment complété et signé par l'adhérent, à défaut par son représentant légal ;
- Le « questionnaire médical confidentiel TNS » à retourner sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil mandaté par l'assureur, dûment complété et signé par le médecin traitant ;
- Les décomptes d'indemnités journalières versées par le régime obligatoire depuis l'origine de l'arrêt (pour les niveaux de garanties Pack pro INNOVATION et Pack pro EXCELLENCE, hors adhérent appartenant au collège Mandataires sociaux) ;
- à défaut, une attestation de non-paiement émanant du régime obligatoire (pour les niveaux de garanties Pack pro INNOVATION et Pack pro EXCELLENCE hors adhérent appartenant au collège Mandataires sociaux) ;
- Une photocopie de l'avis d'imposition de l'exercice précédent, ou à défaut une copie de la déclaration de revenus faite à l'administration fiscale au titre de l'exercice précédent, ou à défaut une attestation de l'expert-comptable de l'assuré sur les revenus perçus au cours de l'exercice précédent (pour les niveaux de garanties Pack pro INNOVATION -hors adhérent appartenant au collège Mandataires sociaux- et sauf si le traitement de base assuré est inférieur à 1,5 PASS et Pack pro EXCELLENCE) ;

- Une photocopie de l'avis initial de l'arrêt de travail et des éventuelles prolongations ;
- Le bulletin d'hospitalisation indiquant les dates d'entrée et de sortie si nécessaire ;
- Une attestation circonstanciée d'accident si nécessaire ;
- Un RIB du bénéficiaire pour le virement des prestations ;
- **Et le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'assureur jugerait nécessaire à l'instruction du dossier.**

À tout moment, l'assureur se réserve le droit de demander un nouvel avis d'imposition.

Dans le cas où l'assuré ne se trouve pas en état de reprendre ses occupations au terme de la période d'arrêt de travail prescrit, il doit être adressé à l'assureur, dans un délai de 30 jours, les pièces initialement demandées. Passé ce délai, les prestations ne sont dues qu'à compter de la date de réception des pièces.

Reprise partielle d'activité (incapacité temporaire partielle)

L'assuré reconnu par le médecin conseil mandaté par l'assureur apte à reprendre partiellement son activité professionnelle doit adresser à l'assureur, outre les pièces mentionnées ci-dessus, les pièces suivantes :

- Les décomptes d'indemnités journalières éventuellement versées par le régime obligatoire au cours de la période de reprise partielle d'activité, (pour les niveaux de garanties Pack pro INNOVATION et Pack pro EXCELLENCE hors adhérent appartenant au collège Mandataires sociaux) ;
- à défaut, une attestation de non-paiement émanant du régime obligatoire (pour les niveaux de garanties Pack pro INNOVATION et Pack pro EXCELLENCE hors adhérent appartenant au collège Mandataires sociaux) ;
- **Et le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'assureur jugerait nécessaire à l'instruction du dossier.**

7.4.2. Invalidité

Conditions de versement

Les rentes sont dues à compter du jour de la reconnaissance de l'invalidité.

Les arrérages de rente sont payables trimestriellement à terme échu, le premier paiement étant effectué au prorata du temps écoulé entre le jour de ladite reconnaissance et la fin du trimestre civil en cours.

Le dernier paiement est effectué au prorata du temps écoulé entre le début du trimestre civil en cours et la date à laquelle prend fin le service de la rente.

Pièces à fournir

Outre les pièces prévues au titre de l'incapacité il y a lieu de fournir à l'assureur :

- L'imprimé de « déclaration IPT ou PTIA » à retourner sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil mandaté par l'assureur, dûment complété et signé par l'assuré, à défaut par son représentant légal ;
- Un certificat médical du médecin traitant indiquant de façon précise la cause et l'importance de l'invalidité reconnue par rapport aux critères de la Sécurité sociale et la date à partir de laquelle cette incapacité peut être considérée comme permanente ;
- Le cas échéant, la notification d'attribution de la pension par le régime obligatoire ;
- Les justificatifs de versement mensuels de la rente du régime obligatoire (pour les niveaux de garanties Pack pro INNOVATION - hors adhérent appartenant au collège Mandataires sociaux- et sauf si le traitement de base assuré est inférieur à 1,5 PASS et Pack pro EXCELLENCE) ;
- La copie de l'avis d'imposition de l'exercice précédent, ou à défaut une copie de la déclaration de revenus faite à l'administration fiscale au titre de l'exercice précédent, ou à défaut une attestation de l'expert-comptable de l'assuré sur les revenus perçus au cours de l'exercice précédent (pour les niveaux de

garanties Pack pro INNOVATION -hors adhérent appartenant au collège Mandataires sociaux- et sauf si le traitement de base assuré est inférieur à 1,5 PASS et Pack pro EXCELLENCE) ;

- Un RIB du bénéficiaire pour le virement des prestations ;
- **Et le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'assureur jugerait nécessaire à l'instruction du dossier.**

Article 7.5 CONTROLE MEDICAL – ARBITRAGE

Les décisions prises par les organismes sociaux dont dépend l'assuré ne sont pas opposables à l'assureur.

L'assureur se réserve le droit de faire visiter par le médecin de son choix, tout assuré malade ou accidenté, ce qui est accepté par l'adhérent. Cette acceptation est une condition essentielle et déterminante au consentement de l'assureur pour délivrer ses garanties.

Le médecin traitant de l'intéressé a la faculté d'assister à la visite du médecin délégué par l'assureur.

Les médecins et représentants de l'assureur doivent avoir libre accès auprès de l'assuré afin de contrôler son état de santé.

En cas de refus de l'assuré, celui-ci peut être mis en demeure par lettre recommandée, à l'adresse du dernier domicile connu par l'assureur, d'avoir à se soumettre au contrôle. Si dans un délai de 10 jours, le cachet de la poste faisant foi, cette lettre recommandée reste sans réponse de la part de l'assuré (sauf cas fortuit ou cas de force majeure) ou si celui-ci maintient son refus sans justification valable, l'assureur est autorisé de plein droit à interrompre ou refuser le versement des prestations.

Les décisions de l'assureur, prises en fonction des conclusions du médecin conseil mandaté par l'assureur, sont notifiées à l'assuré par courrier.

En cas de désaccord, sur l'état de santé de l'assuré, il peut être procédé à une expertise amiable et contradictoire entre le médecin de l'assureur et celui de l'assuré. Si ces deux médecins ne peuvent parvenir à des conclusions communes, les deux parties peuvent choisir un 3^{ème} médecin pour les départager. Dans ce cas, les parties conviennent, par la conclusion d'un protocole, d'accepter les conclusions de cette expertise et de supporter pour moitié les honoraires du 3^{ème} médecin.

Article 7.6 SUBROGATION

Conformément à l'article L.131-2 du Code des assurances :

« Dans l'assurance de personnes, l'assureur, après paiement de la somme assurée, ne peut être subrogé aux droits du contractant ou du bénéficiaire contre des tiers à raison du sinistre.

Toutefois, dans les contrats garantissant l'indemnisation des préjudices résultant d'une atteinte à la personne, l'assureur peut être subrogé dans les droits du contractant ou des ayants droit contre le tiers responsable, pour le remboursement des prestations à caractère indemnitaire prévues au contrat. »

Chapitre 8 COTISATIONS

Article 8.1 DETERMINATION DES COTISATIONS

8.1.1 Taux de cotisations

Les taux de cotisations sont déterminés en fonction :

- de la profession, du collège et du statut de l'adhérent,
- du niveau de garanties (Pack pro ACCESS, Pack pro INNOVATION, Pack pro EXCELLENCE) et des garanties optionnelles choisies,
- du traitement de base choisi,
- de l'âge de l'assuré à la date d'adhésion.

8.1.2 Frais de gestion administratifs

Les montants des frais de gestion indiqués au Certificat d'adhésion sont ceux en vigueur à la date d'effet de l'adhésion. Le gestionnaire se réserve la possibilité de les réviser au 1^{er} janvier de chaque

année.

Article 8.2 ASSIETTE DES COTISATIONS

L'assiette des cotisations est le traitement de base mentionné sur le Certificat d'adhésion pour la période d'assurance à laquelle il se rapporte.

Article 8.3 PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations annuelles sont payables par l'assuré, selon les modalités suivantes :

8.3.1 Modalités de paiement

Les cotisations et les frais sont payables mensuellement ou trimestriellement d'avance par prélèvement automatique conformément au choix retenu par l'adhérent et indiqué au Certificat d'adhésion.

Le compte bancaire sur lequel seront prélevées les cotisations doit être ouvert en France métropolitaine ou à la Réunion.

8.3.2 Evolution des cotisations

Chaque année les taux de cotisations peuvent évoluer par le biais d'une indexation et/ou d'une majoration selon les modalités définies ci-après :

Indexation contractuelle des cotisations

Les taux de cotisations peuvent évoluer le 1^{er} janvier de chaque année pour chaque collègue en fonction des résultats du contrat-cadre souscrit par l'association et des objectifs de celui-ci dans la limite de 5% hors augmentation liée à l'évolution du PASS (Plafond Annuel de la Sécurité sociale).

Majoration des cotisations

Les taux de cotisations peuvent évoluer le 1^{er} janvier de chaque année en fonction des résultats du contrat-cadre souscrit par l'association et des objectifs de celui-ci, de critères objectifs tels que le collègue auquel appartient l'assuré, le statut et la profession de l'assuré, les garanties souscrites par l'assuré, ou le secteur d'activité de l'assuré déterminé par son code Naf.

Dans ce cas, l'assureur informe les adhérents, qui disposent individuellement d'un délai de trente jours pour résilier leur adhésion à compter de la réception de l'information. Passé ce délai, l'adhérent accepte implicitement la majoration des cotisations.

Augmentation des cotisations en cas de maintien des garanties décès

Pour les assurés dont les garanties décès seraient maintenues conformément aux dispositions de l'article « FIN DES GARANTIES A L'EGARD DE CHAQUE ASSURE » des présentes conditions générales, les cotisations seront automatiquement augmentées de 50% à la date de liquidation de la pension d'assurance vieillesse du régime de base obligatoire.

8.3.3 Révision des cotisations

Le montant des cotisations sera également révisé, le cas échéant, en cours d'année, en cas de modifications législative ou réglementaire ayant pour effet de modifier la nature du risque assuré et son évaluation par l'assureur.

Les garanties prévoyance du contrat sont établies en fonction des prestations versées par les régimes obligatoires dont relèvent les assurés.

Si ultérieurement de nouvelles dispositions étaient prises par ces régimes obligatoires, qui entraînent une modification des engagements pris par l'adhérent et l'assureur, les dispositions suivantes seront applicables en cours d'exercices selon le contexte

et les contraintes réglementaires :

- L'assureur procédera à l'ajustement de la cotisation,
- Si l'adhérent ne donne pas suite à la proposition de l'assureur ou refuse expressément la nouvelle cotisation, l'assureur peut résilier l'adhésion dans les 10 jours après notification par lettre recommandée.

L'assureur se réserve aussi la faculté d'établir son remboursement en référence à la législation en vigueur lors de la souscription de l'adhésion.

Article 8.4 DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS PAR L'ADHERENT

Conformément aux articles L. 113-3 et L. 141-3 (exclusion d'un adhérent) du Code des Assurances, le souscripteur ou son gestionnaire peut exclure un membre du bénéfice du contrat s'il cesse de payer sa cotisation. Son exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi par le souscripteur ou son gestionnaire d'une lettre recommandée de mise en demeure. Le souscripteur ou son gestionnaire s'engage à adresser la lettre recommandée dans les formes réglementaires et au plus tôt dans un délai de dix jours à compter de l'échéance impayée.

Article L.113-3 du Code des Assurances : « La prime est payable au domicile de l'assureur ou du mandataire désigné par lui à cet effet. Toutefois, la prime peut être payable au domicile de l'assuré ou à tout autre lieu convenu dans les cas et conditions limitativement fixés par décret en Conseil d'Etat. A défaut de paiement d'une prime, ou d'une fraction de prime, dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'assureur de poursuivre l'exécution du contrat en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'assuré. Au cas où la prime annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de prime, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La prime ou fraction de prime est portable dans tous les cas, après la mise en demeure de l'assuré.

L'assureur a le droit de résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours mentionné au deuxième alinéa du présent article.

Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où ont été payés à l'assureur ou au mandataire désigné par lui à cet effet, la prime arriérée ou, en cas de fractionnement de la prime annuelle, les fractions de prime ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Lorsque l'adhésion au contrat résulte d'une obligation prévue par une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel, l'assureur ne peut faire usage des dispositions du présent article relatives à la suspension de la garantie et à la résiliation du contrat.

Les dispositions des deuxièmes et avant-derniers alinéas du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. »

Article L.141-3 du Code des Assurances : « Le souscripteur ne peut exclure un adhérent du bénéfice du contrat d'assurance de groupe que si le lien qui les unit est rompu ou si l'adhérent cesse de payer la prime. L'exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi, par le souscripteur, d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées. Lors de la mise en demeure, le souscripteur informe l'adhérent qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la prime est susceptible d'entraîner son exclusion du contrat. Cette exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des primes ou cotisations versées antérieurement par l'assuré. »

ANNEXE A – Liste des professions appartenant au collège Médicaux paramédicaux et éligibilité à la rente invalidité dès 15% de taux d'invalidité professionnelle

PROFESSIONS	Eligible à la rente d'invalidité dès 15 % de taux d'invalidité professionnelle
Métiers Paramédicaux	
Aide-soignant	Non
Ambulancier	Non
Assistant dentaire	Non
Audioprothésiste	Non
Auxiliaire de puériculture	Non
Diététicien	Non
Ergothérapeute	Non
Infirmier	Oui
Infirmière Puéricultrice	Oui
Manipulateur en électroradiologie médicale	Non
Masseur-kinésithérapeute	Non
Opticien-lunetier	Non
Orthophoniste	Non
Orthoptiste	Non
Ostéopathe, chiropracteur	Non
Pédicure-podologue	Non
Podo-orthésiste	Non
Prothésiste dentaire	Non
Psychomotricien	Non
Sage-femme	Oui
Secrétaire médicale	Non
Technicien de laboratoire	Non
Visiteur médical	Non
Métiers pharmaceutiques	
Pharmacien	Non
Préparateur en pharmacie	Non
Métiers Médicaux sous DES ou DESC I ou II	
Sous branche classique	
Allergologue	Non
Anesthésiste, réanimateur	Oui
Dermatologue, vénérologie	Oui
Endocrinologue	Non
Gastro-Entérologue	Oui
Gériatre	Non
Hématologue	Non
Hépatologue	Non
Infectiologue	Non

Généraliste	Oui
Urgentiste	Oui
Rééducateur	Non
Néphrologue	Non
Neurologue	Non
Oncologue	Non
Pédiatre	Oui
Pneumologue	Oui
Psychiatre	Non
Rhumatologue	Non
Toxicologue	Non
Sous branche typée chirurgie	
Cardiologue	Oui
Chirurgien digestif	Oui
Stomatologue	Oui
Dentiste	Oui
Odontologue	Oui
Chirurgien orthopédique	Oui
Chirurgien plastique	Oui
Phlébologue	Oui
Gynécologue	Oui
Neurochirurgien	Oui
Obstétricien	Oui
Ophthalmologue	Oui
ORL	Oui
Traumatologue	Oui
Urologue	Oui
Sous branche pathologie	
Biochimiste	Non
Biologiste	Non
Cytologiste	Non
Généticien, Thérapie génique	Non
Immunologue	Non
Médecin légiste	Oui
Microbiologiste	Non
Sous branche imagerie	
Echographiste, élastographie	Non
Radiologue	Non
Epidémiologiste	Non
Sous branche autre	
Médecin du sport	Non
Médecin du travail	Non
Métiers spécifiques // spéciaux	
Psychanaliste	Non
Psychotérapeute	Non
Sophrologue	Non
Vétérinaire	Oui

ANNEXE B- Barèmes d'Invalidité Permanente Professionnelle

TETE	
* Hémiplégie complète	100%
* Brèche osseuse du crâne dans toute son épaisseur, surface supérieur à 12cm ²	50%
* Aliénation mentale incurable et totale	100%
* Épilepsie post-traumatique	
- 1 crise par jour	50%
- 1 à 2 crises par mois	25%
* Perte totale des deux yeux ou réduction de la vision des deux yeux à moins de 1/20ème	100%
* Perte totale d'un œil ou réduction de la vision d'un œil à moins de 1/20ème	75%
* Réduction de l'acuité visuelle d'un œil à :	
-1/20ème	60%
-1/10ème	50%
-2/10ème	35%
-3/10ème	25%
-4/10ème	18%
-5/10ème	10%
En cas de séquelles d'accident aux deux yeux, le taux d'incapacité est calculé d'après ceux indiqués ci-dessus :	il est égal au taux d'incapacité de l'œil dont l'acuité visuelle est la plus réduite, majoré de deux fois celui de l'autre œil. Il est bien entendu que l'acuité visuelle sera toujours prise avec une correction optimale
* Surdité bilatérale non appareillable	100%
* Surdité totale unilatérale non appareillable	55%
* Syndromes post-commotionnels, suivant l'importance des troubles subjectifs	2% � 5%
* Torticolis post-traumatique permanent	4%

MEMBRES SUPERIEURS	
* Perte complète du bras	100%
* Perte complète de l'avant-bras (désarticulation du coude)	100%
* Perte complète des mouvements de l'épaule	100%
* Perte complète des mouvements du poignet	100%
* Perte complète de la main (désarticulation radio carpienne)	100%
* Perte complète du pouce	100%
* Perte complète de l'index	100%
* Perte complète du médian	100%
* Perte complète de l'annulaire	50%
* Perte complète de l'auriculaire	50%
* Ankylose complète du coude (en position favorable, c'est-à-dire telle que le bras forme avec l'avant-bras un angle fixe compris en 70� et 110�)	50%
* Ankylose complète du coude (en position défavorable, c'est-à-dire telle que le bras forme avec l'avant-bras un angle fixe compris en dehors des limites précédentes)	100%
* Ankylose du pouce, totale	100%
* Ankylose du pouce, partielle (phalange unguéale)	60%
* Paralyse totale du membre supérieur	100%
* Paralyse du nerf circonflexe	100%
* Paralyse totale du nerf médian au bras	100%
* Paralyse totale du nerf médian au poignet	50%
* Paralyse totale du nerf cubital au bras	100%
* Paralyse totale du nerf cubital au poignet	40%
* Paralyse totale du nerf radial (paralyse des extenseurs)	100%

MEMBRES INFÉRIEURS

* Perte complète d'un membre inférieur (amputation au tiers supérieur ou au-dessus)	100%
* Amputation de la jambe	75%
* Perte totale des mouvements de la hanche	100%
* Désarticulation du genou	55%
* Amputation sus-malléolaire d'un pied	45%
* Désarticulation tibio-tarsienne	40%
* Amputation partielle d'un pied, comprenant tous les orteils et métatarsiens	35%
* Raccourcissement d'un membre de 7cm	40%
* Raccourcissement d'un membre de 5cm	30%
* Raccourcissement d'un membre de 3cm	20%
* Perte complète du gros orteil	35%
* Perte complète de tous les orteils	35%
* Ankylose complète du genou (en rectitude ou formant avec l'axe du membre un angle supérieur à 45°)	25%
* Ankylose complète du genou (en position défavorable, c'est-à-dire formant avec l'axe du membre un angle supérieur à 45°)	50%
* Ankylose complète de l'articulation tibio-tarsienne	20%
* Paralysie du tronc du nerf sciatique	40%
* Paralysie du nerf sciatique poplité externe	25%
* Paralysie du nerf sciatique poplité interne	20%

INCAPACITÉ PORTANT SUR DEUX MEMBRES

* Perte complète de l'usage des deux bras ou des deux mains	100%
* Perte complète de l'usage des deux jambes	100%
* Perte complète de l'usage d'un bras (ou d'une main) et d'une jambe	100%

RACHIS THORAX

* Paraplégie complète	100%
* Tétraplégie complète	100%
* Fracture de la colonne vertébrale (sans lésion de la moelle épinière)	30%
* Fracture de la colonne vertébrale dorsale ou lombaire avec contracture et gêne importante (sans lésion de la moelle épinière)	50%
* Tassement radiologique simple avec gêne moyenne	30%
* Lumbago post-traumatique	10%
* Fracture de la clavicule avec séquelles nettes	
- Droite	10%
- Gauche	5%
* Fracture multiple des côtes avec séquelles importantes	5%

1. L'Assureur détermine le taux d'Invalidité correspondant aux infirmités qui ne figurent pas ci-dessus en comparant leur gravité à celle des cas prévus suite à une expertise médicale de l'assuré par l'assureur.
2. Le taux définitif après un accident qui atteindrait un membre ou un organe déjà lésé sera égal à la différence entre le taux déterminé à partir du barème ci-dessus et de ses conditions d'application et le taux antérieur à l'accident.
3. Si l'accident entraîne plusieurs infirmités, le taux d'invalidité utilisé pour le calcul de la somme que l'Assureur versera sera calculé en appliquant au taux du barème ci-dessus la méthode retenue par la Sécurité Sociale de l'assuré pour la détermination du taux d'invalidité en cas d'accident du travail.
4. L'invalidité totale ou partielle d'un membre ou organe est assimilée à sa perte totale ou partielle.
5. L'application du barème ci-dessus suppose que la victime ait suivi un traitement médical normal. S'il en était autrement, le taux serait déterminé compte tenu des conséquences qu'aurait eu l'accident sur une personne ayant suivi un traitement médical normal.

ANNEXE C
Barème d'invalidité permanente
(Barème Officiel annexé au Décret 2003-314 du 4 avril 2003)

Taux d'Invalidité Professionnelle (IP)	Taux d'Invalidité Fonctionnelle (IF)								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10	15,87	20,80	25,20	29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20	20,00	26,21	31,75	36,84	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30	22,89	30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,41	58,09	63,50	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	28,84	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,68	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,77	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,53	92,83
90	33,02	43,27	52,41	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

/



www.cipres.fr

CIPRÉS Assurances – 37, rue Anatole France 92300 Levallois-Perret
 SAS au capital de 1 208 944 € - SIREN 552 068 199 – N° ORIAS : 07 000 398 – www.orias.fr
 Sous le contrôle de l'ACPR, Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09 – www.acpr.banque-france.fr
 Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes au Code des assurances

CG_GPE_09/2017

Votre adhésion NON
déductible Madelin

Votre Conseiller Correspondant

CAPITIS CONSEIL

Lieudit "le Bois des Côtes"

Celtic Parc - 304 RN 6

69760 LIMONEST

Tél: 0472170301

Fax: 0472170252

REGIME PREVOYANCE

GAMME PRO EVOLUTIVE
CERTIFICAT D'ADHESION N° GPEW709209PTND
au contrat N° 0029760

Souscrit par l'association ENTREPRENEURS & GO TNS auprès de QUATREM et géré par CIPRES Assurances

ASSURE :

M LYBLIAMAY YENKONG
191 CHEMIN DE VERS
38440 SAINT JEAN DE BOURNAY

Né(e) le : 10/07/1986

Ci-après dénommé l'adhérent.

ENTREPRISE :

EURL HMONG LBM
191 Chemin DE VERS
38440 SAINT JEAN DE BOURNAY

Article 1 - DISPOSITIONS GENERALES

Le présent certificat d'adhésion N° GPEW709209PTND est régi par le contrat cadre portant le numéro de police 0029760 souscrit auprès de QUATREM et la Notice d'Information en annexe, valant Conditions Générales.

Le présent certificat d'adhésion joint aux conditions générales souscrites par ENTREPRENEURS & GO TNS constituent l'adhésion au contrat

Article 2 - CONDITIONS PARTICULIERES

Statut Assuré : Gérant Majoritaire

Date d'effet : 01/12/2017

Collège : Libéraux

Traitement de base : 0,6 plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS)

Profession : CHEF DE PROJET, INFORMATICIEN

Article 3 - GARANTIES

L'adhérent a adhéré à la gamme pro évolutive sur le niveau **GAMME PRO EVOLUTIVE** correspondant au traitement de base assuré dont le tableau de garanties est joint en annexe 1.

L'adhérent accepte l'évolution de son niveau de garanties (Pack pro ACCESS, Pack pro INNOVATION, Pack pro EXCELLENCE), de ses garanties ainsi que du montant des prestations et des cotisations qui leur sont attachées, en cas d'évolution à la baisse de son traitement de base (cf. article 2.5 des conditions générales) ce qui est une condition essentielle et déterminante au consentement de l'assureur pour délivrer les garanties

Article 4 - COTISATIONS - PRESTATIONS

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale.

Les taux de cotisations sont fixés comme suit :

GARANTIES	Jusqu'à 1PASS
Décès PPA	0,42%
PTIA	0,01%
Cotisation totale :	0,43%

Tableau des frais	
Quittancement	1€
Relance	4€ par échéance
Rejet	4€ par rejet
Mise en demeure	15€

Modalité d'appel des cotisations : **Mensuellement d'avance par prélèvement automatique**

Les cotisations sont appelées par :

CIPRES Assurances

37 rue Anatole France

92 532 LEVALLOIS- PERRET CEDEX

Téléphone : **01.77.680.104** Fax : **01.77.681.681**

Les prestations sont gérées par :

CIPRES Assurances Prévoyance

37 rue Anatole France

92 300 LEVALLOIS- PERRET

Téléphone : **01.77.680.190** Fax : **01.77.683.683**

Article 5 - AUTRES DISPOSITIONS

Adhésion à l'association : **L'adhérent déclare être membre de l'Association «ENTREPRENEURS & GO TNS» sise 71 boulevard Gouvion Saint Cyr, 75017 PARIS (cotisation annuelle fixée à 21€ par adhérent).**

Obligation d'information et devoir de conseil : **Conformément à l'article L 520-1 du Code des Assurances (Loi 2005-1564 du 15 décembre 2005) et au Code de Conduite du 14 mai 2009 régissant les rapports entre les courtiers grossistes souscripteurs en assurance et les courtiers directs dans l'exécution auprès du client des obligations d'information et de conseil, le Conseiller Correspondant a informé et conseillé l'adhérent (présentation, recueil de besoins, analyse de besoins, préconisation de solutions).**

Déclaration de l'adhérent : **Conformément à la loi n° 2005-15643 du 15 décembre 2005 complétée par le décret n° 2006-1091 du 30 août 2006, l'adhérent atteste que les garanties, objet du présent certificat correspondent aux besoins qu'il a exprimés et sont conformes aux préconisations de son assureur conseil.**

Traitement de la Réclamation : **Conformément à la recommandation de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) relative au traitement de la réclamation (2011-R-05 du 15/12/2011 de l'ACPR), une adresse courriel réclamation@cipres.fr est à votre disposition ainsi qu'un formulaire en ligne sur le site www.cipres.fr rubrique "Nous contacter".
Votre Assureur Conseil ainsi que votre Gestionnaire restent à votre disposition pour toute demande d'information ou acte de gestion courante.**

Dans le cadre d'une adhésion à distance et conformément à l'article L.112-2-1 du code des assurances, l'assuré dispose d'un délai de QUATORZE (14) jours calendaires révolus pour exercer son droit de renonciation, par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse suivante :

« CIPRES - Service Production »
37 rue Anatole France
92532 LEVALLOIS PERRET CEDEX

L'adhérent n'a alors pas à justifier du motif de la renonciation ni à supporter de pénalités. Ce délai court à compter de la date de signature du Certificat d'adhésion.

Pour exercer le droit de renonciation, l'adhérent peut utiliser le modèle de lettre ci-après :
« Je soussigné(e) (civilité, prénom, nom) résidant au (adresse complète) déclare renoncer à mon adhésion portant la référence n° au contrat de prévoyance complémentaire souscrit le XX/XX/XXXX, en application des dispositions de l'article L.112-2-1 du code des assurances (vente à distance).
La résiliation prendra effet à la date de réception de la présente lettre.
Fait à, le XX/XX/XXXX,
Signature »

Ce certificat d'adhésion est établi sous réserve de contrôles réalisés sur l'exactitude des informations transmises, sous un délai de 30 jours à compter de l'émission du présent document.

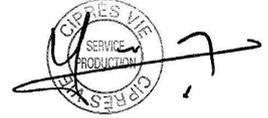
Il est précisé qu'à tout instant, une seule adhésion peut produire ses effets à l'égard d'un même adhérent. Seule la première adhésion souscrite sera considérée comme valable, toute(s) adhésion(s) souscrite(s) postérieurement est (seront) sans effet et par conséquent ne donnera (donneront) lieu à aucun versement de prestations.

A _____ le _____

L'adhérent (Signature et cachet)

Fait à Levallois Perret, le 30/11/2017

Pour l'assureur, par délégation



ANNEXE 1 GARANTIES - CERTIFICAT D'ADHESION N° GPEW709209PTND

DECES ou PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE TOUTES CAUSES

Célibataire, Veuf, Marié, Pacsé, Divorcé sans enfant à charge
Majoration par enfant à charge (limitée à 3)

150% Du traitement de base
50% Du traitement de base

Votre adhésion NON
déductible Madelin

Votre Conseiller Correspondant

CAPITIS CONSEIL

Lieudit "le Bois des Côtes"

Celtic Parc - 304 RN 6

69760 LIMONEST

Tél: 0472170301

Fax: 0472170252

REGIME PREVOYANCE

**GAMME PRO EVOLUTIVE
CERTIFICAT D'ADHESION N° GPEW709209PTND
au contrat N° 0029760**

Souscrit par l'association ENTREPRENEURS & GO TNS auprès de QUATREM et géré par CIPRES Assurances

ASSURE :

M LYBLIAMAY YENKONG
191 CHEMIN DE VERS
38440 SAINT JEAN DE BOURNAY

Né(e) le : 10/07/1986

Ci-après dénommé l'adhérent.

ENTREPRISE :

EURL HMONG LBM
191 Chemin DE VERS
38440 SAINT JEAN DE BOURNAY

Article 1 - DISPOSITIONS GENERALES

Le présent certificat d'adhésion N° GPEW709209PTND est régi par le contrat cadre portant le numéro de police 0029760 souscrit auprès de QUATREM et la Notice d'Information en annexe, valant Conditions Générales.

Le présent certificat d'adhésion joint aux conditions générales souscrites par ENTREPRENEURS & GO TNS constituent l'adhésion au contrat

Article 2 - CONDITIONS PARTICULIERES

Statut Assuré :	Gérant Majoritaire	Date d'effet :	01/12/2017
Collège :	Libéraux	Traitement de base :	0,6 plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS)
Profession :	CHEF DE PROJET, INFORMATICIEN		

Article 3 - GARANTIES

L'adhérent a adhéré à la gamme pro évolutive sur le niveau **PROTECFI** correspondant au traitement de base assuré dont le tableau de garanties est joint en annexe 1.

L'adhérent accepte l'évolution de son niveau de garanties (Pack pro ACCESS, Pack pro INNOVATION, Pack pro EXCELLENCE), de ses garanties ainsi que du montant des prestations et des cotisations qui leur sont attachées, en cas d'évolution à la baisse de son traitement de base (cf. article 2.5 des conditions générales) ce qui est une condition essentielle et déterminante au consentement de l'assureur pour délivrer les garanties

Article 4 - COTISATIONS - PRESTATIONS

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale.

Les taux de cotisations sont fixés comme suit :

GARANTIES	Jusqu'à 1PASS
Décès PPA	0,42%
PTIA	0,01%
Cotisation totale :	0,43%

Tableau des frais	
Quittancement	1€
Relance	4€ par échéance
Rejet	4€ par rejet
Mise en demeure	15€

Modalité d'appel des cotisations : **Mensuellement d'avance par prélèvement automatique**

Les cotisations sont appelées par :

CIPRES Assurances

37 rue Anatole France

92 532 LEVALLOIS- PERRET CEDEX

Téléphone : **01.77.680.104** Fax : **01.77.681.681**

Les prestations sont gérées par :

CIPRES Assurances Prévoyance

37 rue Anatole France

92 300 LEVALLOIS- PERRET

Téléphone : **01.77.680.190** Fax : **01.77.683.683**

Article 5 - AUTRES DISPOSITIONS

Adhésion à l'association : **L'adhérent déclare être membre de l'Association «ENTREPRENEURS & GO TNS» sise 71 boulevard Gouvion Saint Cyr, 75017 PARIS (cotisation annuelle fixée à 21€ par adhérent).**

Obligation d'information et devoir de conseil : **Conformément à l'article L 520-1 du Code des Assurances (Loi 2005-1564 du 15 décembre 2005) et au Code de Conduite du 14 mai 2009 régissant les rapports entre les courtiers grossistes souscripteurs en assurance et les courtiers directs dans l'exécution auprès du client des obligations d'information et de conseil, le Conseiller Correspondant a informé et conseillé l'adhérent (présentation, recueil de besoins, analyse de besoins, préconisation de solutions).**

Déclaration de l'adhérent : **Conformément à la loi n° 2005-15643 du 15 décembre 2005 complétée par le décret n° 2006-1091 du 30 août 2006, l'adhérent atteste que les garanties, objet du présent certificat correspondent aux besoins qu'il a exprimés et sont conformes aux préconisations de son assureur conseil.**

Traitement de la Réclamation : **Conformément à la recommandation de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) relative au traitement de la réclamation (2011-R-05 du 15/12/2011 de l'ACPR), une adresse courriel réclamation@cipres.fr est à votre disposition ainsi qu'un formulaire en ligne sur le site www.cipres.fr rubrique "Nous contacter".
Votre Assureur Conseil ainsi que votre Gestionnaire restent à votre disposition pour toute demande d'information ou acte de gestion courante.**

Délai de renonciation

Dans le cadre d'une adhésion à distance et conformément à l'article L.112-2-1 du code des assurances, l'assuré dispose d'un délai de QUATORZE (14) jours calendaires révolus pour exercer son droit de renonciation, par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse suivante :

« CIPRES - Service Production »
37 rue Anatole France
92532 LEVALLOIS PERRET CEDEX

L'adhérent n'a alors pas à justifier du motif de la renonciation ni à supporter de pénalités. Ce délai court à compter de la date de signature du Certificat d'adhésion.

Pour exercer le droit de renonciation, l'adhérent peut utiliser le modèle de lettre ci-après :
« Je soussigné(e) (civilité, prénom, nom) résidant au (adresse complète) déclare renoncer à mon adhésion portant la référence n° au contrat de prévoyance complémentaire souscrit le XX/XX/XXXX, en application des dispositions de l'article L.112-2-1 du code des assurances (vente à distance).
La résiliation prendra effet à la date de réception de la présente lettre.
Fait à, le XX/XX/XXXX,
Signature »

Ce certificat d'adhésion est établi sous réserve de contrôles réalisés sur l'exactitude des informations transmises, sous un délai de 30 jours à compter de l'émission du présent document.

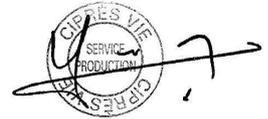
Il est précisé qu'à tout instant, une seule adhésion peut produire ses effets à l'égard d'un même adhérent. Seule la première adhésion souscrite sera considérée comme valable, toute(s) adhésion(s) souscrite(s) postérieurement est (seront) sans effet et par conséquent ne donnera (donneront) lieu à aucun versement de prestations.

A _____ le _____

L'adhérent (Signature et cachet)

Fait à Levallois Perret, le 30/11/2017

Pour l'assureur, par délégation



ANNEXE 1 GARANTIES - CERTIFICAT D'ADHESION N° GPEW709209PTND

DECES ou PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE TOUTES CAUSES

Célibataire, Veuf, Marié, Pacsé, Divorcé sans enfant à charge
Majoration par enfant à charge (limitée à 3)

150% Du traitement de base
50% Du traitement de base

CONDITIONS GÉNÉRALES

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT COLLECTIF PREVOYANCE n° 0029760

Souscrit par ENTREPRENEURS & GO TNS, sise 71 boulevard Gouvion Saint Cyr - 75017
PARIS

auprès de QUATREM, RCS - 412 367 724, Entreprise régie par le code des assurances,
Siège social : 21 Rue LAFITTE Société du groupe MALAKOFF MEDERIC 75009 PARIS
La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

et géré par CIPRES Assurances, 37 rue Anatole France 92532 LEVALLOIS-PERRET
CEDEX, RCS - 552 068 199 00033, ORIAS N° 07 000 398

SOMMAIRE	
Chapitre 1 DISPOSITIONS GENERALES	2
Article 1.1 PREAMBULE	2
Article 1.2. DEFINITIONS	2
Article 1.3 OBJET DU CONTRAT COLLECTIF	2
Article 1.4 TERRITORIALITE	2
1.4.1. Lieu de résidence	2
1.4.2 Territorialité des garanties	2
Article 1.5 FISCALITE	2
Article 1.6 RÉSILIATION DU CONTRAT COLLECTIF	3
Article 1.7 BASES LÉGALES	3
1.7.1 Incontestabilité	3
1.7.2 Prescription	3
1.7.3 Loi Informatique et Libertés	3
1.7.4 Réclamations – Médiation	4
1.7.5 Lutte anti-blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme	4
Chapitre 2. ADHESION	4
Article 2.1 CHAMP D'APPLICATION	4
Article 2.2 EFFET ET RENOUELEMENT DE L'ADHESION	4
Article 2.3 MODIFICATION DU CONTRAT COLLECTIF	4
Article 2.4 RÉSILIATION DE L'ADHESION	4
2.4.1 Résiliation par l'adhérent	4
2.4.2 Résiliation par l'assureur	4
2.4.3 Effets de la résiliation	4
Article 2.5 OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT	4
Article 2.6 NULLITÉ DE L'ADHESION	5
Article 2.7 RENONCIATION	5
2.7.1 Cas général	5
2.7.2 Conclusion de l'adhésion à distance	5
2.7.3 Démarchage à domicile	5
2.7.4 Modèle de lettre de renonciation	5
Chapitre 3 AFFILIATION	6
Article 3.1 DETERMINATION DU TRAITEMENT DE BASE	6
Article 3.2 NIVEAUX DE GARANTIES	6
3.2.1 Pack pro ACCESS	6
3.2.2 Pack pro INNOVATION	6
3.2.3 Pack pro EXCELLENCE	7
Article 3.3 MODALITES D'AFFILIATION	7
Article 3.4 DEBUT DES GARANTIES À L'EGARD DE CHAQUE ASSURE	8
Article 3.5 EVOLUTION DU TRAITEMENT DE BASE ET DES GARANTIES À L'EGARD DE CHAQUE ASSURE EN COURS D'ADHESION	8
3.5.1 Augmentation du traitement de base ou ajout de garanties	8
3.5.2 Diminution du traitement de base ou suppression de garanties	9
Article 3.6 FIN DES GARANTIES À L'EGARD DE CHAQUE ASSURE	9
3.6.1 Pour l'ensemble des garanties	9
3.6.2 Pour toutes les garanties décès-PTIA toutes causes, Décès PTIA accidentels, rente conjoint, rente éducation	10
3.6.3 Pour les garanties Incapacité, Invalidité	10
Article 3.7. MAINTIEN DES PRESTATIONS ET DES GARANTIES	10
3.7.1 Maintien des prestations en cours de services	10
3.7.2 Maintien des garanties obligatoires au titre de la portabilité	10
Chapitre 4 DEFINITION DES GARANTIES	10
Article 4.1 SITUATION DE FAMILLE	10
Article 4.2 GARANTIE : CAPITAL DECES/PTIA, DOUBLE EFFET, FRAIS D'OBSEQUES	11
4.2.1 Capital décès toutes causes (si prévue au Certificat d'adhésion)	11
4.2.2 Perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes (si prévue au Certificat	11

d'adhésion)	11
4.2.3 Double effet (si capital décès/PTIA toutes causes prévu au Certificat d'adhésion)	11
4.2.4 Frais d'obsèques (si capital décès/PTIA toutes causes prévu au Certificat d'adhésion)	11
Article 4.3 GARANTIE : DECES/PTIA ACCIDENTELS (si prévu au Certificat d'adhésion)	12
4.3.1 Décès accidentel (si capital décès/PTIA toutes causes prévu au Certificat d'adhésion)	12
4.3.2 Perte totale et irréversible d'autonomie accidentelle	12
Article 4.4 GARANTIE : RENTE CONJOINT (si prévu au Certificat d'adhésion)	12
Article 4.5 GARANTIE : RENTE EDUCATION (si prévue au Certificat d'adhésion)	12
Article 4.6 GARANTIE : INCAPACITE (si prévue au Certificat d'adhésion)	12
Article 4.7 GARANTIE : INVALIDITE (si prévue au Certificat d'adhésion)	13
4.7.1 Pour les professions répertoriées en annexe A appartenant au collège Médicaux Paramédicaux	13
4.7.2 Pour l'ensemble des professions des autres collèges	13
Article 4.8 GARANTIE EXONERATION	14
Chapitre 5 ETENDUES DES GARANTIES – EXCLUSIONS	14
Article 5.1 EXCLUSIONS GENERALES	14
Article 5.2 EXCLUSIONS EN CAS DE DECES	14
Article 5.3 EXCLUSIONS EN CAS DE PTIA	15
Article 5.4 EXCLUSIONS EN CAS D'INCAPACITE	15
Article 5.5 EXCLUSIONS EN CAS D'INVALIDITE	16
Article 5.6 EXCLUSIONS PARTICULIERES	16
Chapitre 6. PRESTATIONS	16
Article 6.1 ASSIETTE DES PRESTATIONS	16
6.1.1 Prestations des garanties Capital décès/PTIA toutes causes, double effet, frais d'obsèques, décès/PTIA accidentels, rente conjoint, rente éducation	16
6.1.2 Prestations des garanties d'incapacité et d'invalidité	16
Article 6.2 MONTANT DES PRESTATIONS GARANTIES	17
Article 6.3 ENGAGEMENT MAXIMUM DE L'ASSUREUR	17
Article 6.4 REVALORISATION DES PRESTATIONS	17
Chapitre 7 PAIEMENT DES PRESTATIONS	17
Article 7.1 EN CAS DE DECÈS	17
7.1.1 Capital décès toutes causes - Double effet	17
7.1.2 Décès accidentel	17
7.1.3 Frais d'obsèques	17
7.1.4 Rente éducation	17
7.1.5 Rente de conjoint	18
Article 7.2 EN CAS DE PTIA	18
Article 7.3 EN CAS DE PTIA ACCIDENTELLE	18
Article 7.4 EN CAS D'INCAPACITE ET D'INVALIDITE	18
7.4.1 Incapacité	18
7.4.2 Invalidité	19
Article 7.5 CONTROLE MEDICAL – ARBITRAGE	19
Article 7.6 SUBROGATION	19
Chapitre 8 COTISATIONS	19
Article 8.1 DETERMINATION DES COTISATIONS	19
8.1.1 Taux de cotisations	19
8.1.2 Frais de gestion administratifs	19
Article 8.2 ASSIETTE DES COTISATIONS	20
Article 8.3 PAIEMENT DES COTISATIONS	20
8.3.1 Modalités de paiement	20
8.3.2 Evolution des cotisations	20
8.3.3 Révision des cotisations	20
Article 8.4 DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS PAR L'ADHERENT	20

hémorragies cérébrales, les malaises cardiaques et les infarctus du myocarde ne sont pas considérés être d'origine accidentelle et sont donc considérés comme des maladies.

- Le calcul de l'âge se fait toujours par différence de millésime.
- Le terme « **conjoint collaborateur** » désigne le conjoint du chef d'entreprise remplissant les conditions suivantes :
 - Etre déclaré comme conjoint collaborateur de l'assuré au Registre du Commerce et des Sociétés, au Répertoire des Métiers ou au Registre des Entreprises tenu par les Chambres d'Alsace et de Moselle,
 - Participer effectivement à l'activité de l'entreprise sans percevoir de rémunération, ni être associé,
 - Cotiser de manière effective et continue aux régimes de bases obligatoires et complémentaires d'assurance vieillesse, invalidité-décès du chef d'entreprise.
- Le terme « **force majeure** » désigne la force majeure en matière contractuelle telle que définie à l'article 1218 du code civil.
- Le terme « **PTIA** » désigne la **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie**, c'est-à-dire l'état dans lequel est un assuré lorsqu'il est reconnu par un médecin-expert désigné par l'assureur, totalement et définitivement incapable de se livrer à aucune occupation ou aucun travail lui procurant gain ou profit (assuré présentant un taux d'incapacité égal à 100 %). En outre, son état doit nécessiter l'assistance viagère d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer). L'assureur n'est pas lié par le classement effectué par le régime obligatoire de l'assuré et reste libre de faire évaluer l'état de PTIA de ce dernier par un médecin de son choix.

Lorsque des termes utilisés dans le texte du présent Contrat ne sont pas définis mais sont susceptibles d'avoir un sens spécifique dans le domaine de l'assurance, ces termes seront interprétés conformément à ce sens spécifique.

Article 1.3 OBJET DU CONTRAT COLLECTIF

Le présent contrat a pour objet la mise en œuvre de garanties prévoyance en cas de survenance des risques décès, incapacité ou invalidité au bénéfice de l'adhérent répondant aux conditions d'affiliation des chapitres « ADHÉSION » et « AFFILIATION », dans la limite des garanties choisies.

Article 1.4 TERRITORIALITE

1.4.1. Lieu de résidence

Est admissible aux garanties du contrat, l'adhérent, personne physique **résidant fiscalement en France et domicilié en France métropolitaine ou à la Réunion.**

Par exception est admissible aux garanties du contrat, l'adhérent, personne physique résidant fiscalement en France et domicilié dans l'un des pays frontaliers à la France métropolitaine suivants : Allemagne, Andorre, Belgique, Espagne, Luxembourg, Italie, Suisse.

1.4.2 Territorialité des garanties

Les garanties sont acquises en France métropolitaine et à la Réunion. Dans le reste du monde, elles ne sont acquises que pour des séjours et voyages n'excédant pas 3 mois consécutifs.

Cette disposition n'est pas applicable à l'adhérent domicilié dans un pays frontalier à la France métropolitaine (Allemagne, Andorre, Belgique, Espagne, Luxembourg, Italie, Suisse) en cas de survenance du risque dans son pays de domiciliation.

L'assureur peut convoquer l'assuré en France métropolitaine pour contrôler toute perte totale et irréversible d'autonomie ou arrêt de travail survenus à l'étranger. Dans ce cas, les frais de transport (hors France métropolitaine) sont à la charge de l'assuré.

Article 1.5 FISCALITE

Seules les garanties versées sous forme de rente sont éligibles à la loi n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative individuelle

Chapitre 1 DISPOSITIONS GENERALES

Article 1.1 PREAMBULE

Dans le texte ci-après, le terme :

- « **souscripteur** » : désigne l'association Entrepreneurs & Go TNS, souscripteur du Contrat ;
- « **assureur** » : désigne l'organisme mentionné à l'article 1 du Certificat d'adhésion ;
- « **adhérent** » : désigne le travailleur non salarié ou mandataire social, en activité, affilié à un régime obligatoire, membre de l'association Entrepreneurs & Go TNS et « affilié/assuré » au contrat, après acceptation de l'assureur.

En fonction de sa profession, le travailleur non salarié ou mandataire social fait partie d'un des 5 collèges suivants :

- Agricoles,
- Artisans,
- Commerçants,
- Libéraux,
- Mandataires sociaux regroupant les professions suivantes : Président de SA, Président de SAS, Président de SASU, Directeur de SA, Directeur de SAS, Directeur de SASU, Gérant minoritaire de SARL, Gérant égalitaire de SARL.

Il est également attribué un statut à l'adhérent parmi les 5 suivants :

- En nom propre,
- Gérant majoritaire,
- Mandataire social,
- Artiste- Auteur,
- Conjoint collaborateur ;
- « **Courtier conseil** » : désigne le courtier au sens de l'article R.511-2 I 1° du Code des assurances exerçant une activité d'intermédiation dans les conditions prévues aux articles L.520-1 et suivants du même code.
- « **gestionnaire** » : désigne CIPRÉS Assurances, mandaté par le souscripteur pour la conception et la souscription du contrat, et par l'assureur pour la gestion de celui-ci ;
- « **contrat** » : désigne le contrat collectif à adhésion facultative conclu entre le souscripteur et l'assureur régi par les articles L.141-1 et suivants du code des assurances ;
- « **Certificat d'adhésion** » désigne les conditions particulières retenues par l'adhérent dans le cadre de l'adhésion au présent contrat collectif ;
- « **régime obligatoire** » : désigne le régime obligatoire de prévoyance français auquel est affilié l'assuré.

Article 1.2. DEFINITIONS

- Le terme « **revenu exercice N** » : désigne le revenu (y compris dividendes) déclaré (ou à déclarer) à l'administration fiscale française, au titre de l'exercice fiscal N-1 et au titre de son activité professionnelle non salariée déclarée au Certificat d'adhésion.
- Le terme « **traitement de base exercice N** » : désigne l'assiette commune des cotisations et des prestations, déterminée librement par l'adhérent dans la limite du revenu d'exercice N majoré de 80%.
- Le terme « **échéance annuelle** » : désigne le 1^{er} janvier de chaque année.
- Le terme « **PASS** » : désigne le Plafond Annuel de la Sécurité Sociale en vigueur.
- Le terme « **accident** » : désigne toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant de l'action soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure, à l'exclusion des conséquences de toutes maladies notamment aiguës ou chroniques, même d'origine accidentelle, de commotions nerveuses ou chocs émotionnels.

A titre de précision, les accidents vasculaires cérébraux, les attaques et

(dite « Loi Madelin »). Il s'agit des garanties Rente de conjoint, Rente éducation, incapacité, invalidité.

Il appartient à l'adhérent de vérifier qu'il peut bénéficier de la déductibilité prévue à l'article 154 bis ou à l'article 62 du Code Général des Impôts, chaque année, en fonction de la réglementation en vigueur.

L'adhérent appartenant aux collèges Agricoles ou Mandataires sociaux n'est pas éligible au bénéfice de la déductibilité Madelin.

Article 1.6 RÉSILIATION DU CONTRAT COLLECTIF

En cas de résiliation du contrat collectif, les adhésions en cours à la date d'effet de la résiliation du contrat continuent à produire leurs effets. Aucune nouvelle adhésion n'est possible au-delà de la date d'effet de la résiliation du contrat, ce dernier n'étant plus distribué. Le souscripteur a toutefois la possibilité de transférer toutes les adhésions en cours à la date d'effet de la résiliation du contrat auprès d'un nouvel assureur.

Article 1.7 BASES LÉGALES

Le contrat collectif ainsi que ses adhésions, formalisées par des certificats d'adhésion, sont régis par le Code des Assurances.

L'assureur et le gestionnaire sont contrôlés par l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution), 61 rue Taitbout 75009 PARIS.

En cas d'évolution législative ou réglementaire, le présent contrat sera adapté par l'assureur afin de rester en conformité avec le droit français.

1.7.1 Incontestabilité

Le Certificat d'adhésion, basé sur les déclarations des assurés lors de l'adhésion, est incontestable dès qu'il a pris existence, sauf effet des dispositions relatives à la fausse déclaration prévues par les articles L.113-8 (fausse déclaration intentionnelle), L.113-9 (fausse déclaration non intentionnelle) et L.132-26 (erreur sur l'âge de l'assuré) du Code des Assurances.

Article L 113-8 du code des assurances : « Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. »

Article L 113-9 du code des assurances : « L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. »

Article L. 132-26 du code des assurances : « L'erreur sur l'âge de l'assuré n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les tarifs de l'assureur.

Dans tout autre cas, si par suite d'une erreur de ce genre, la prime payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital ou la rente garantis sont réduits en proportion de la prime perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable de l'assuré. Si au

contraire, par suite d'une erreur sur l'âge de l'assuré, une prime trop forte a été payée, l'assureur est tenu de restituer la portion de prime qu'il a reçue en trop sans intérêt. »

1.7.2 Prescription

Article L114-1 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 du souscripteur 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. »

Article L114-2 du Code des Assurances : « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'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. »

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code Civil. Il s'agit notamment de :

- la reconnaissance par le débiteur du droit du poursuivant (article 2240 du Code Civil) ;
- la citation en justice, même en référé. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code Civil) ;
- l'interruption résultant de la demande en justice jusqu'à l'extinction de l'instance (article 2242 du Code Civil) ; l'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du Code Civil) ;
- un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code Civil)

Article L114-3 du Code des Assurances : « Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

1.7.3 Loi Informatique et Libertés

Les informations collectées font l'objet d'un traitement informatique par CIPRÉS Assurances ayant pour finalité la gestion du contrat d'assurance de l'adhérent et de ses bénéficiaires. Les informations collectées sont destinées aux services habilités de CIPRÉS Assurances et seront partagées avec ses partenaires contractuels à des fins de gestion des contrats d'assurance. En aucun cas, les données personnelles collectées ne seront utilisées à d'autres fins et/ou communiquées à d'autres organismes. Les données recueillies seront conservées par CIPRÉS Assurances en sa qualité de responsable de traitement.

Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 telle que modifiée, l'adhérent et ses ayants droit / bénéficiaires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui les concernent. Ils peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement de ces données. Ces droits peuvent être exercés par courrier, accompagné d'une copie d'une pièce

d'identité, à l'adresse suivante :

**« CIPRÉS Assurances RECTIFICATION DONNEES
INFORMATIQUES ET LIBERTES »**
37, rue Anatole France - 92300 LEVALLOIS PERRET
e-mail : contact@cipres.fr

L'adhérent, les assurés et leurs bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. (Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr)

CIPRÉS Assurances et ses partenaires s'engagent à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer un bon niveau de sécurité et de confidentialité des données traitées.

1.7.4 Réclamations – Médiation

En cas de mécontentement ou d'insatisfaction dans l'application des dispositions de la présente adhésion, l'adhérent et ses ayants droit / bénéficiaires peuvent s'adresser au Service Réclamation de CIPRÉS Assurances qui traitera leur réclamation. Cette réclamation peut être adressée à l'adresse suivante :

« Service Réclamation CIPRÉS Assurances »
37, rue Anatole France - 92300 LEVALLOIS PERRET
e-mail : reclamation@cipres.fr

Conformément à la réglementation en vigueur, CIPRÉS Assurances s'engage à accuser réception de la réclamation sous dix jours et à apporter une réponse sous deux mois.

Si la réponse apportée ne lui satisfait pas, et après avoir épuisé les voies de recours auprès du gestionnaire sur délégation de l'assureur, l'adhérent, les ayants droit ou les bénéficiaires pourront demander un avis au médiateur en adressant un courrier à l'adresse figurant sur la page de garde de la présente notice. Le médiateur, personnalité extérieure à CIPRÉS Assurances, rend son avis en toute indépendance. Les modalités de saisine du médiateur pourront être adressées à l'adhérent et/ou aux ayants droit / bénéficiaires sur simple demande auprès du Service Réclamation dont l'adresse figure ci-dessus. En cas de désaccord persistant, le recours à une action en justice reste toujours possible. Toutes contestations éventuelles à défaut d'accord amiable sont de la compétence des Tribunaux Civils français.

1.7.5 Lutte anti-blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme

Dans le cadre de l'application des dispositions de la présente adhésion, CIPRÉS Assurances s'engage à respecter la législation applicable en matière de Lutte contre le Blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et notamment les dispositions des articles L.561-1 et suivants du Code monétaire et financier, ainsi que ses textes d'application présents et à venir.

Chapitre 2. ADHESION

Article 2.1 CHAMP D'APPLICATION

Le présent contrat collectif s'applique à l'adhérent jusqu'à 60 ans inclus à l'adhésion qui, à la date d'effet figurant au Certificat d'adhésion :

- remplit les conditions pour répondre à la définition d'adhérent de l'article « PREAMBULE »,
- **exerce une activité professionnelle non salariée de manière effective, régulière, continue et rémunérée, en France Métropolitaine ou à la Réunion,**
- **est domicilié en France Métropolitaine, à la Réunion ou dans l'un des pays frontaliers à la France Métropolitaine suivants :** Allemagne, Andorre, Belgique, Espagne, Luxembourg, Italie, Suisse,

- déclare ses revenus à l'administration fiscale française.

En cas de cumul d'activités salariée et non salariée, le statut retenu sera celui auquel l'adhérent est rattaché au moment du sinistre, sans préjudice des dispositions prises à l'article « DÉBUT DES GARANTIES A L'ÉGARD DE CHAQUE ASSURÉ ».

Article 2.2 EFFET ET RENOUELEMENT DE L'ADHÉSION

A l'égard de chaque adhérent, l'adhésion prend effet à la date mentionnée sur son Certificat d'adhésion, sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation. Elle se renouvelle à chaque échéance annuelle (1^{er} janvier) par tacite reconduction pour une durée d'un an, sauf dénonciation par l'adhérent ou l'assureur, ou résiliation du contrat.

Article 2.3 MODIFICATION DU CONTRAT COLLECTIF

Les droits et obligations de l'adhérent peuvent être modifiés par avenant au contrat collectif. Ces avenants seront conclus d'un commun accord entre le souscripteur et l'assureur.

En cas de modification se rapportant aux droits et obligations des adhérents, ces derniers en seront informés par écrit, trois mois avant la date d'entrée en vigueur des modifications conformément à l'article L.141-4 du code des assurances. S'il le souhaite, l'adhérent pourra dénoncer son adhésion en raison de ces modifications avant la date d'entrée en vigueur de ces dernières.

Article 2.4 RÉSILIATION DE L'ADHÉSION

2.4.1 Résiliation par l'adhérent

Pour être recevable, la résiliation de l'adhésion doit être notifiée par lettre recommandée adressée au gestionnaire au moins 2 mois avant l'échéance annuelle.

2.4.2 Résiliation par l'assureur

L'assureur dispose d'un droit de résiliation annuelle uniquement pendant les deux premières années d'adhésion conformément à la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques (dite « Loi Evin »). Celle-ci doit être signifiée par lettre recommandée moyennant un délai de préavis qui ne peut être inférieur à **deux mois** avant chaque échéance annuelle.

2.4.3 Effets de la résiliation

La résiliation de l'adhésion fait cesser les garanties pour les risques survenus postérieurement à la date d'effet de la résiliation.

Toutes les garanties des assurés cessent à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion, sauf pour les assurés en cours d'indemnisation à cette date, les prestations périodiques en cours de service à la date de résiliation étant maintenues au niveau atteint au jour de la résiliation.

Pour les prestations arrêt de travail, le taux d'invalidité est maintenu à son niveau constaté à la date de résiliation, sous réserve de révision en cas d'évolution de l'état de santé de l'assuré, conformément aux dispositions contractuelles.

Article 2.5 OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT

Conformément à l'article L.652.4 du Code de la Sécurité sociale, l'assuré doit pouvoir fournir sur demande du gestionnaire à chaque renouvellement de son adhésion (1^{er} janvier), un justificatif d'affiliation au régime légal obligatoire auquel il est affilié et du paiement des cotisations correspondantes.

A défaut, ou en cas de déclarations inexactes :

- *l'adhésion au présent contrat ne pourra bénéficier des avantages de la loi du 11 février 1994 (loi Madelin article 154bis du Code Général des Impôts). Pour rappel, l'adhérent appartenant aux collègues Agricoles et Mandataires sociaux n'est pas éligible au bénéfice de la déductibilité Madelin.*
- *l'assuré ne remplira plus les conditions d'adhésion au contrat précisées à l'article « PREAMBULE » des*

présentes conditions générales.

L'adhérent s'engage à informer :

- Dans un délai de dix jours par lettre recommandée avec accusé réception, l'assureur via le gestionnaire, dès que l'entreprise payeur de cotisations se trouve **en redressement judiciaire ou en liquidation judiciaire sans redressement préalable**, en lui communiquant les coordonnées de l'administrateur judiciaire ; ce qui est accepté par l'adhérent. Cette acceptation est une condition essentielle et déterminante au consentement de l'assureur pour délivrer ses garanties.
- Dans un délai de trois mois, **tout changement de profession ou de toute modification dans sa situation personnelle** pouvant entraîner une modification de son adhésion dans les plus brefs délais (changement d'activité professionnelle, liquidation de sa pension de retraite,...).

L'éventuelle modification de l'adhésion intervient alors à la date de la modification de la situation personnelle ou professionnelle de l'assuré.

Au-delà de ce délai de trois mois, la modification de l'adhésion prendra effet au 1^{er} jour du mois qui suit la réception de la déclaration (cachet de la poste faisant foi).

Dans le cas où la modification de la situation personnelle et/ou de profession entraîne la résiliation de l'adhésion, les cotisations éventuellement versées par l'assuré jusqu'à la date effective de résiliation par l'assureur restent acquises à l'assureur. Aucun sinistre ne pourra être pris en charge après la date d'effet de la résiliation.

A tout moment, l'adhérent s'engage à tenir informé l'assureur par l'intermédiaire de son courtier conseil de toute fluctuation de ses revenus d'activité à la baisse et à adapter en conséquence le traitement de base à assurer conformément à l'article «EVOLUTION DU TRAITEMENT DE BASE ET DES GARANTIES À L'EGARD DE CHAQUE ASSURE EN COURS D'ADHESION » .

L'adhérent doit également informer son courtier conseil en cas de fluctuation de ses revenus d'activité à la hausse pour éventuellement adapter son traitement de base en conséquence.

Article 2.6 NULLITÉ DE L'ADHÉSION

En application de l'article L.113-8 du code des assurances, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent, de nature à affecter l'appréciation par l'assureur du risque apporté, du montant des cotisations dues ou du montant des prestations dues, l'adhésion est annulée de plein droit, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent a été sans influence sur le sinistre.

L'adhérent ne peut prétendre à aucun remboursement de cotisation.

Dans le cas où les faits délictueux seraient constatés après le versement des prestations, l'assureur ou le gestionnaire en poursuit le recouvrement.

Si une ou plusieurs stipulations du présent Contrat, ou une partie d'entre elles, sont nulles ou déclarées comme telles en application d'une loi, d'un règlement ou à la suite d'une décision définitive d'une juridiction compétente, elles seront réputées non écrites mais n'entraîneront pas la nullité du Contrat ni celle de la clause partiellement concernée. Les autres stipulations garderont toute leur force et leur portée.

Article 2.7 RENONCIATION

2.7.1 Cas général

Conformément à l'article L.132-5-1 du Code des Assurances, l'adhérent peut renoncer à son adhésion dans un délai de TRENTE jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que le contrat est conclu. Ce délai expire le dernier jour à VINGT-QUATRE Heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour

férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

Cette renonciation doit être notifiée à l'assureur par lettre recommandée avec accusé de réception accompagnée des documents contractuels qui auraient été envoyés, à l'adresse suivante :

**« CIPRÉS Assurances- Service Production »
37 rue Anatole France
92532 LEVALLOIS PERRET CEDEX**

Si des prestations ont été versées, l'assuré s'engage à les rembourser à l'assureur dans un délai de TRENTE jours. Les cotisations éventuellement payées par l'assuré lui seront intégralement remboursées dans un délai de TRENTE jours calendaires révolus suivant la date de réception de la lettre recommandée.

2.7.2 Conclusion de l'adhésion à distance

Conformément à l'article L.112-2-1 du code des assurances, l'assuré dispose d'un délai de QUATORZE (14) jours calendaires révolus pour exercer son droit de renonciation, par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse suivante :

**« CIPRÉS Assurances- Service Production »
37 rue Anatole France
92532 LEVALLOIS PERRET CEDEX**

L'adhérent n'a alors pas à justifier du motif de la renonciation ni à supporter de pénalités. Ce délai court à compter de la date de signature du Certificat d'adhésion.

2.7.3 Démarchage à domicile

Conformément à l'article L112-9 du code des assurances, « I.- Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de QUATORZE (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. ».

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu ci-avant entraîne la résiliation de l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée. Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, l'adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation. L'adhérent est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. Le solde est remboursé par l'assureur au plus tard dans les TRENTE (30) jours suivant la date de résiliation.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'assureur si l'assuré exerce son droit de renonciation alors qu'un événement mettant en jeu les garanties du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

2.7.4 Modèle de lettre de renonciation

Pour exercer le droit de renonciation, l'adhérent peut utiliser le modèle de lettre ci-après :

« Je soussigné(e) (Civilité, prénom, nom) résidant au (Adresse complète) déclare renoncer à mon adhésion portant la référence n°..... au contrat de prévoyance complémentaire souscrit le XX/XX/XXXX, en application des

dispositions de l'article L.132-5-1 du code des assurances (cas général), de l'article L.112-9 du codes des assurances (démarchage à domicile) ou de l'article L.112-2-1 du code des assurances (vente à distance).

La résiliation prendra effet à la date de réception de la présente lettre.

Fait à, le XX/XX/XXXX,

Signature »

Chapitre 3 AFFILIATION

Article 3.1 DETERMINATION DU TRAITEMENT DE BASE

A l'adhésion, l'adhérent doit choisir son traitement de base à assurer en fonction de son revenu d'exercice N (défini à l'article « DÉFINITIONS ») ce qui détermine le niveau de garantie auquel il est éligible.

Le traitement de base est exprimé en fonction du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS), et déterminé par tranche de 10% en fonction de chaque niveau de garanties dans les limites des dispositions ci-après :

Traitements de base	
Pack pro ACCESS	Entre 0.1 PASS et 1 PASS
Pack pro INNOVATION	Entre 1.1 PASS et 3 PASS
Pack pro EXCELLENCE	Entre 3.1 PASS et 8 PASS

Il est précisé que le traitement de base des professions appartenant au collège Mandataires sociaux et au statut Artiste auteur est limité à 1.5 PASS.

De plus, le traitement de base des adhérents ayant le statut de conjoint collaborateur est limité à 0,5 PASS.

Article 3.2 NIVEAUX DE GARANTIES

Suite à la détermination du traitement de base, un des trois niveaux de garanties est ouvert à l'adhérent : Pack pro ACCESS, Pack pro INNOVATION, Pack pro EXCELLENCE.

L'adhérent accepte dès la signature de son Certificat d'adhésion l'évolution de son niveau de garanties (Pack pro ACCESS, Pack pro INNOVATION, Pack pro EXCELLENCE), de ses garanties ainsi que du montant des prestations et des cotisations qui leur sont attachées, en cas d'évolution à la baisse de son traitement de base (cf. article « OBLIGATION DE L'ADHERENT ») ce qui est une condition essentielle et déterminante au consentement de l'assureur pour délivrer les garanties.

3.2.1 Pack pro ACCESS

GARANTIES OBLIGATOIRES :

Capital décès/ PTIA toutes causes	En % du traitement de base
Tout assuré quelle que soit sa situation de famille	150%*
Majoration par enfant à charge ¹ (limitée à 3)	50%*

Incapacité de travail ²	En % du traitement de base
Franchise unique 30/3/3 (maladie, accident, hospitalisation)	100%
Indemnisation en cas de reprise partielle d'activité	Incluse
Incapacité ²	En % du traitement de base
Profession médicale et paramédicale éligible en annexe A	Prestations versées
- Taux d'invalidité N ≥66%	100%
- Taux d'invalidité 15% ≤ N < 66%	100% x N/66

- Taux d'invalidité N < 15%	Aucune rente
Toute autre profession	Prestations versées
- Taux d'invalidité N ≥66%	100%
- Taux d'invalidité 33% ≤ N < 66%	100% x N/66
- Taux d'invalidité N < 33%	Aucune rente

¹Les enfants à charge sont les enfants tels que définis à l'article « SITUATION DE FAMILLE ».

² Sous réserve de l'application de l'article « ASSIETTE DES PRESTATIONS ».

* sauf dispositions particulières au Certificat d'adhésion

3.2.2 Pack pro INNOVATION

GARANTIES OBLIGATOIRES :

Capital décès/ PTIA toutes causes	En % du traitement de base
Tout assuré quelle que soit sa situation de famille	300%
Majoration par enfant à charge ¹ (limitée à 3)	100%
Double effet	En % du traitement de base
Décès simultané ou postérieur au conjoint	150%
Frais d'obsèques	
Décès de l'assuré, du conjoint ou d'un enfant à charge ¹	100% PMSS
Décès/ PTIA accidentel	En % du traitement de base
Doublement du capital	100% du capital décès /PTIA toutes causes
Incapacité de travail ²	En % du traitement de base
Franchise unique : 30/3/3 (Maladie, Accident, Hospitalisation)	100%
Indemnisation en cas de reprise partielle d'activité	Incluse
Incapacité ²	
Profession médicale et paramédicale éligible en annexe A	Prestations versées
- Taux d'invalidité N ≥66%	100% du traitement de base
- Taux d'invalidité 15% ≤ N < 66%	100% du traitement de base x N/66
- Taux d'invalidité N < 15%	Aucune rente
Toute autre profession	Prestations versées
- Taux d'invalidité N ≥66%	100% du traitement de base
- Taux d'invalidité 33% ≤ N < 66%	100% du traitement de base x N/66
- Taux d'invalidité N < 33%	Aucune rente

¹Les enfants à charge sont les enfants tels que définis à l'article « SITUATION DE FAMILLE ».

² Sous réserve de l'application de l'article « Prestations des garanties d'incapacité et d'invalidité ».

GARANTIES OPTIONNELLES :

	En % du traitement de base
Rente éducation au choix¹	
Rente éducation 8/12	
Jusqu'à 17 ans	
De 18 à 20 ans (maxi 26 ans si poursuite d'études)	8% 12%
Rente éducation 15/20/25	
Jusqu'à 10 ans	
Jusqu'à 17 ans	15%
De 18 à 20 ans (maxi 26 ans si poursuite d'études)	20% 25%

¹ Dans les limites prévues à l'article « RENTE EDUCATION ».

3.2.3 Pack pro EXCELLENCE**GARANTIES OBLIGATOIRES :**

Capital décès/ PTIA toutes causes	En % du traitement de base
Tout assuré quelle que soit sa situation de famille	300%
Majoration par enfant à charge ¹ (limitée à 3)	100%
Double effet	En % du traitement de base
Décès simultané ou postérieur au conjoint	150%
Frais d'obsèques	En % du traitement de base
Décès de l'assuré, du conjoint ou d'un enfant à charge ¹	100% PMSS

OU

Rente de conjoint	En % du traitement de base
Rente viagère	15% du traitement de base

GARANTIES OPTIONNELLES :

Rente de conjoint	En % du traitement de base
Rente viagère	15% du traitement de base

Décès/ PTIA accidentel	En % du traitement de base
Doublement du capital	100% du capital décès /PTIA toutes causes
Rente éducation (au choix)³	En % du traitement de base
Rente éducation 8/12	
Jusqu'à 17 ans	
De 18 à 20 ans (maxi 26 ans si poursuite d'études)	8% 12%
Rente éducation 15/20/25	
Jusqu'à 10 ans	
Jusqu'à 17 ans	15%
De 18 à 20 ans (maxi 26 ans si poursuite d'études)	20% 25%

Rente invalidité ²	Prestations versées
Profession médicale et paramédicale éligible en annexe A	Prestations versées
- Taux d'invalidité $N \geq 66\%$	100% du traitement de base
- Taux d'invalidité $15\% \leq N < 66\%$	100% du traitement de base x N/66
- Taux d'invalidité $N < 15\%$	Aucune rente
Toute autre profession	Prestations versées
- Taux d'invalidité $N \geq 66\%$	100% du traitement de base
- Taux d'invalidité $33\% \leq N < 66\%$	100% du traitement de base x N/66
- Taux d'invalidité $N < 33\%$	Aucune rente

Incapacité de travail ²	En % du traitement de base
Franchise au choix : 30/30/30 ou 90/30/30 (Maladie, Accident, Hospitalisation)	100%
Indemnisation en cas de reprise partielle d'activité	Incluse

Rachat de franchise	
En cas d'accident ou d'hospitalisation de + 24 heures liée à l'arrêt de travail ou d'hospitalisation de - 24 heures, liée à l'arrêt de travail, ayant nécessité l'intervention d'un chirurgien et d'une anesthésie locale ou générale	3 jours

¹ Les enfants à charge sont les enfants tels que définis à l'article « SITUATION DE FAMILLE ».

² Sous réserve de l'application de l'article « Prestations des garanties d'incapacité et d'invalidité ».

³ Dans les limites prévues à l'article « RENTE EDUCATION ».

Article 3.3 MODALITES D'AFFILIATION

L'adhésion au contrat se fait :

- Soit **en adhérent directement en ligne** via un partenaire de signature électronique après étude et proposition de l'offre par son courtier conseil.
 - Soit **en complétant une Demande d'Adhésion (DA)**, remise à l'assureur par laquelle l'adhérent doit notamment :
 - o Déclarer sa profession ;
 - o Choisir son traitement de base à assurer dans le respect de l'article « DETERMINATION DU TRAITEMENT DE BASE » ;
 - o Choisir ses garanties ;
 - o Déclarer son état de santé par des formalités médicales ;
- Seuls les documents enregistrés par l'assureur font foi.**

L'adhésion définitive ne pourra avoir lieu qu'après accomplissement de toutes les formalités, notamment médicales, demandées par l'assureur, obligatoires pour tous les candidats à l'assurance.

Elles consistent en fonction du niveau de garantie :

- soit en une Déclaration Universelle de l'Entrepreneur,
- soit en une sélection médicale (Déclaration de Santé –DS, Questionnaire Médical –QM, Demande de Dossier Médical -DDM, Examens Complémentaires-EC),

Elles sont exercées selon les conditions suivantes :

Pack pro ACCESS	Moins de 55 ans (inclus) à l'adhésion :
	<p style="text-align: center;">Déclaration Universelle de l'Entrepreneur</p> <p style="text-align: center;"><i>Si Déclaration Universelle de l'Entrepreneur non validée QM, + éventuellement DDM, + éventuellement EC</i></p> <p style="text-align: center;">Ou</p> <p style="text-align: center;">- DS</p> <p style="text-align: center;"><i>Si DS non validée QM, +éventuellement DDM, + éventuellement EC</i></p>
	- Plus de 56 ans (inclus) à l'adhésion :
	<p style="text-align: center;">QM</p> <p style="text-align: center;"><i>Si QM non validé, éventuellement DDM, + éventuellement EC</i></p>

Pack pro Innovation	Moins de 55 ans (inclus) à l'adhésion :
	<p style="text-align: center;">- Déclaration Universelle de l'Entrepreneur</p> <p style="text-align: center;"><i>Si Déclaration Universelle de l'Entrepreneur non validée QM, + éventuellement DDM, + éventuellement EC</i></p> <p style="text-align: center;">Ou</p> <p style="text-align: center;">DS <i>Si DS non validée QM, +éventuellement DDM, + éventuellement EC</i></p>
	Plus de 56 ans (inclus) à l'adhésion :
	<p style="text-align: center;">QM</p> <p style="text-align: center;"><i>Si QM non validé, éventuellement DDM, + éventuellement EC</i></p>

Pack pro Excellence	Traitement de base 3,1 à 5 PASS :
	Moins de 55 ans (inclus) à l'adhésion :
	<p style="text-align: center;">DS</p> <p style="text-align: center;"><i>Si DS non validée QM, +éventuellement DDM, + éventuellement EC</i></p>
	Plus de 56 ans (inclus) à l'adhésion :
	<p style="text-align: center;">QM</p> <p style="text-align: center;"><i>Si QM non validé, éventuellement DDM + éventuellement EC</i></p>
	Traitement de base assuré supérieur ou égal à 5 PASS :
	QM+DDM+EC

Dans tous les cas de sélection médicale, l'assureur se réserve le droit de demander, à ses frais, tout examen complémentaire qu'il juge nécessaire.

Suite à ces formalités et après examen du dossier complet de chaque adhérent admissible, l'assureur peut :

- accorder les garanties aux conditions normales ;
- ou refuser d'assurer l'adhérent partiellement ou totalement ;
- ou proposer de nouvelles conditions de garanties et/ou de tarification qui ne seront effectives qu'après acceptation expresse de l'intéressé matérialisé par le renvoi au service

médical sous pli confidentiel sous quinzaine du bon pour accord daté et signé par l'assuré.

L'affiliation est subordonnée à l'acceptation de l'assureur, celle-ci étant matérialisée par l'émission d'un Certificat d'adhésion qui précise notamment :

- L'identité de l'assuré ;
- Son collège et la profession exercée ;
- La date d'effet de l'adhésion ;
- Les garanties souscrites (étant précisé que les garanties non mentionnées au Certificat d'adhésion ne s'appliquent pas) ;
- Le montant des cotisations.

Dès acceptation de l'assureur, le candidat à l'assurance acquiert la qualité d'assuré.

Il est précisé que les formalités d'adhésion doivent être réalisées au maximum 6 mois avant la date de prise d'effet de l'adhésion.

Article 3.4 DEBUT DES GARANTIES À L'EGARD DE CHAQUE ASSURE

Les garanties débutent, à l'égard de chaque assuré dès la date d'effet de l'affiliation, à l'exception des suites et conséquences dues à une rechute de maladie ou d'accident dans les 60 jours après sa reprise, prise en charge le cas échéant, par le précédent assureur.

Seuls les sinistres survenus après la date de prise d'effet des garanties sont susceptibles de donner lieu au versement de prestations, quelles que soient leurs origines.

Si à la date d'effet de l'affiliation, l'assuré est en arrêt de travail indemnisé par un précédent assureur, les garanties du présent contrat ne seront acquises à l'assuré qu'à la fin de l'arrêt de travail. Entre la date de prise d'effet de l'affiliation et la date de fin de l'arrêt de travail, l'assureur du présent contrat ne prendra en charge que la revalorisation de la prestation en cours de service, calculée conformément aux dispositions de l'article « REVALORISATION DES PRESTATIONS ».

Article 3.5 EVOLUTION DU TRAITEMENT DE BASE ET DES GARANTIES À L'EGARD DE CHAQUE ASSURE EN COURS D'ADHESION

Aucune modification du traitement de base ou des garanties ne peut être demandée tant que l'assuré perçoit des prestations de l'assureur.

Toute évolution de garanties ou de traitement de base au sein du même niveau ou de la gamme est subordonnée à une demande d'avenant de l'assuré auprès de l'assureur par l'intermédiaire de son courtier conseil.

L'acceptation de l'assureur est formalisée par un avenant au Certificat d'adhésion.

3.5.1 Augmentation du traitement de base ou ajout de garanties

En cours de contrat, l'assuré peut demander à **augmenter** à tout moment, **son traitement de base** et à **adhérer à des garanties optionnelles** dans le respect des articles « DETERMINATION DU TRAITEMENT DE BASE » et « NIVEAUX DE GARANTIES ».

Aucune demande d'augmentation du traitement de base ou d'ajout de garanties ne pourra être acceptée si elle intervient moins de 6 mois après la date d'effet du contrat ou moins de 6 mois après la date d'effet de la dernière demande d'augmentation du traitement de base ou d'ajout de garanties.

En tout état de cause la modification prend effet au premier jour du trimestre civil qui suit l'acceptation de l'assureur.

Il est précisé que des formalités médicales peuvent être demandées par l'assureur dans les conditions suivantes :

AUGMENTATION DU TRAITEMENT DE BASE	Au sein du Pack pro ACCESS (de 0.1 à 1 PASS)	<p>Si l'assuré a moins de 55 ans inclus par différence de millésime à la date de la demande : formalités identiques à celles pratiquées à l'adhésion ou à la dernière évolution.</p> <p>Si l'assuré a plus de 56 ans inclus par différence de millésime à la date de la demande : QM, Si QM non validé, éventuellement DDM,+ éventuellement EC.</p>
	Au sein du Pack pro INNOVATION (de 1.1 à 3 PASS)	<p>Si l'assuré a moins de 55 ans inclus par différence de millésime à la date de la demande : formalités identiques à celles pratiquées à l'adhésion ou à la dernière évolution.</p> <p>Si l'assuré a plus de 56 ans par différence de millésime à la date de la demande : QM, Si QM non validé, éventuellement DDM,+ éventuellement EC.</p>
	Au sein du Pack pro EXCELLENCE (de 3.1 à 8 PASS)	<p>Si le traitement de base est compris entre 3.1 et 4.9 PASS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si l'assuré a moins de 55 ans inclus par différence de millésime à la date de la demande : formalités identiques à celles pratiquées à l'adhésion ou à la dernière évolution ; - Si l'assuré a plus de 56 ans par différence de millésime à la date de la demande : QM, Si QM non validé, éventuellement DDM,+ éventuellement EC. <p>Si le traitement de base à assurer est supérieur ou égal à 5 PASS : QM +DDM+EC.</p>
	Passage du Pack pro ACCESS au Pack pro INNOVATION	<p>Si l'assuré a moins de 55 ans inclus par différence de millésime à la date de la demande : formalités identiques à celles pratiquées à l'adhésion ou à la dernière évolution.</p> <p>Si l'assuré a plus de 56 ans par différence de millésime à la date de la demande : QM, Si QM non validé, éventuellement DDM,+ éventuellement EC.</p>

AJOUT DE GARANTIES	Passage du Pack pro INNOVATION au Pack pro EXCELLENCE	<p>Si le traitement de base à assurer est strictement inférieur à 5 PASS :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si l'assuré a moins de 55 ans inclus par différence de millésime à la date de la demande : formalités identiques à celles pratiquées à l'adhésion ou à la dernière évolution ; - Si l'assuré a plus de 56 ans par différence de millésime à la date de la demande : QM, Si QM non validé, éventuellement DDM,+ éventuellement EC. <p>Si le traitement de base à assurer est supérieur ou égal à 5 PASS : QM +DDM+EC.</p>
	Ajustement de la rente éducation sur le Pack pro INNOVATION	<p>QM, Si QM non validé, éventuellement DDM,+ éventuellement EC.</p>
Ajustement de garanties optionnelles sur le Pack pro EXCELLENCE		<p>Si le traitement de base est compris entre 3.1 et 4.9 PASS : QM, Si QM non validé, éventuellement DDM,+ éventuellement EC.</p> <p>Si le traitement de base est supérieur ou égal à 5 PASS : QM +DDM+EC.</p>

3.5.2 Diminution du traitement de base ou suppression de garanties

Si en cours de contrat le traitement de base de l'assuré évolue à la baisse et ne lui permet plus de répondre aux règles de détermination de l'article « DETERMINATION DU TRAITEMENT DE BASE », il doit demander à son courtier conseil à le modifier dans les conditions prévues par l'article « OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT » .

Il bénéficiera alors du niveau de garanties correspondant à son traitement de base conformément aux articles « DETERMINATION DU TRAITEMENT DE BASE » et « NIVEAUX DE GARANTIES » .

La suppression de garanties optionnelles peut être faite à tout moment moyennant un préavis de 1 mois. Cette suppression sera effective au premier jour du mois qui suit l'acceptation de l'assureur.

Article 3.6 FIN DES GARANTIES À L'ÉGARD DE CHAQUE ASSURÉ

L'adhésion au contrat cesse de produire ses effets :

3.6.1 Pour l'ensemble des garanties

- à la fin du trimestre civil au cours duquel l'assuré cesse d'exercer la profession mentionnée au Certificat d'adhésion ;
- à la fin du trimestre civil au cours duquel l'assuré ne répond plus à la définition « d'adhérent / assuré » telle que précisée à l'article « PREAMBULE » ;

Cependant, l'adhésion peut être maintenue pour les garanties décès lorsque l'assuré liquide sa pension d'assurance vieillesse du régime de base obligatoire. Il doit alors informer l'organisme assureur dans les conditions prévues à l'article « OBLIGATION DE L'ADHERENT ».

- à la date indiquée dans la lettre recommandée de mise en demeure adressée en cas de non-paiement des cotisations, conformément aux dispositions de l'article « NON PAIEMENT DES COTISATIONS » ;
- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion ou du contrat collectif (selon dispositions prévues aux articles « RÉSILIATION DU CONTRAT » ou « RÉSILIATION DE L'ADHÉSION ») ;
- à la date de liquidation effective de la pension d'assurance vieillesse versée par le régime de base obligatoire de l'assuré ;
- à la date d'effet de la désaffiliation volontaire du régime obligatoire. Les cotisations éventuellement versées d'avance restent acquises à l'assureur ;
- à la fin de l'année civile au cours de laquelle l'assuré n'est plus adhérent à l'association souscriptrice ;
- à la date à laquelle l'adhérent n'est plus à jour de ses cotisations aux régimes d'assurance obligatoire ;
- à la fin de l'éventuelle période de portabilité.

Au-delà des deux premières années d'assurance, sous réserve du paiement des cotisations, et, sauf réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi par l'assuré, celui-ci ne peut être radié de l'assurance tant qu'il répond à la définition d'adhérent mentionnée à l'article « PREAMBULE ».

3.6.2 Pour toutes les garanties décès-PTIA toutes causes, Décès PTIA accidentels, rente conjoint, rente éducation

- au plus tard à la fin du trimestre civil au cours duquel l'assuré a atteint l'âge de 70 ans.

Toutefois, si l'assuré est indemnisé dans le cadre du présent contrat au titre de l'incapacité temporaire de travail ou de l'invalidité permanente :

- les garanties PTIA Accidentel et de Décès Accidentel cessent au plus tard à l'âge de 60 ans ;
- les autres garanties décès-PTIA, rente conjoint et rente éducation cessent au plus tard à l'âge de 67 ans et au plus tôt à la date à laquelle il peut percevoir à taux plein la pension d'assurance vieillesse du régime de base obligatoire de l'assuré ou à la date de la liquidation effective de cette pension.

3.6.3 Pour les garanties Incapacité, Invalidité

- au plus tard à la fin du trimestre civil au cours duquel l'assuré a atteint l'âge de 67 ans.

Article 3.7. MAINTIEN DES PRESTATIONS ET DES GARANTIES

3.7.1 Maintien des prestations en cours de services

Il est précisé qu'en cas de résiliation du contrat ou de l'adhésion, le service des prestations rente éducation, rente de conjoint, incapacité temporaire, invalidité permanente, en cours à la date de résiliation, est poursuivi, à leur niveau atteint à cette date, dans les limites des dispositions de l'article « FIN DES GARANTIES A L'ÉGARD DE CHAQUE ASSURÉ ».

3.7.2 Maintien des garanties obligatoires au titre de la portabilité

Au titre de la portabilité, il est précisé que l'assuré peut conserver pendant une période maximale de 12 mois le bénéfice de garanties souscrites dans les cas limitatifs exposés ci-après occasionnant une interruption de toute activité professionnelle :

- En cas de révocation non judiciaire et/ou non volontaire,

- En cas de cessation d'activité de son entreprise suite à un jugement d'ouverture de liquidation judiciaire. Dans l'hypothèse où le tribunal autoriserait une poursuite temporaire d'activité à l'issue du jugement d'ouverture, la portabilité ne prendra effet qu'à compter de la cessation effective d'activité.

Durée de la couverture et date d'effet des garanties maintenues

Le bénéfice des garanties est accordé pour une période fixe :

- décomptée à compter du lendemain :
 - o de la décision de révocation prise par l'organe compétent,
 - o du jugement de clôture de la liquidation judiciaire,
- égale à la durée d'ancienneté au Certificat d'adhésion en nombre de mois révolus arrondi à l'inférieur,
- dans un maximum de 12 mois à compter de l'évènement ouvrant droit à la portabilité.

Cessation de la portabilité des garanties

La portabilité des garanties cesse :

- dès la reprise d'une activité professionnelle par l'assuré,
- à la date de résiliation de l'adhésion par l'assureur ou le souscripteur,
- à la date de liquidation de la pension vieillesse du régime obligatoire,
- à la date d'effet des garanties de même nature souscrites chez un nouvel assureur,
- au décès de l'assuré.

Obligations de l'assuré éligible à la portabilité

En cas de survenance d'un risque assuré en portabilité, l'assuré ou ses ayants droit/bénéficiaires doivent justifier par tout moyen l'absence de reprise d'une activité professionnelle, et l'absence de liquidation de la pension vieillesse du régime obligatoire.

Garanties maintenues

L'assuré bénéficie du maintien des garanties obligatoires de son niveau de garanties telles qu'indiquées à l'article « NIVEAUX DE GARANTIES ».

En tout état de cause, les garanties sont maintenues sur la base de la moyenne des revenus, y compris les dividendes, perçus au titre de la profession indiquée au Certificat d'adhésion sur les 12 derniers mois civils complets précédant le dernier jour d'activité. Ce montant est limité au traitement de base assuré à la date de l'évènement ouvrant droit à la portabilité avec un maximum de 3 PASS.

L'assuré, les ayants droit/bénéficiaires devront nécessairement fournir une attestation de l'expert-comptable pour justifier dudit montant.

Pour le maintien de la garantie incapacité, il est précisé que la moyenne des revenus, y compris les dividendes, perçus au titre de la profession indiquée au Certificat d'adhésion sur les 12 derniers mois civils complets précédant le dernier jour d'activité, se verront appliquer un abattement de 20%.

Cotisations

Pendant la période de portabilité, aucune cotisation n'est due.

Chapitre 4 DEFINITION DES GARANTIES

Article 4.1 SITUATION DE FAMILLE

Pour la détermination de la situation de famille de l'assuré,

l'assureur prend en considération les personnes suivantes :

- le conjoint non séparé de droit par décision judiciaire, ou le partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité,
- les enfants à charge.

Par enfant à charge, il faut entendre :

- les enfants fiscalement à charge de l'assuré ou les enfants dont la filiation est reconnue avec l'assuré, âgés de moins de 21 ans,
- les enfants (qui ne font pas de déclaration fiscale personnelle) d'un assuré divorcé confiés à la garde de l'ex-conjoint et pour lesquels l'assuré doit payer une pension alimentaire par décision de justice tant que dure l'obligation alimentaire,
- les enfants fiscalement à charge ou les enfants dont la filiation est reconnue avec l'assuré, âgés de moins de 26 ans s'ils justifient de la poursuite d'études et à la condition que ces enfants soient sans ressources propres provenant d'une activité salariée (sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études),
- les enfants handicapés quel que soit leur âge, bénéficiaires de l'A.E.E.H. (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé), de l'allocation spéciale des adultes handicapés ou titulaires de la carte d'invalidité prévue par l'article 241-3 du code de l'action sociale et des familles,
- les enfants nés viables moins de 300 jours après la date du décès, sur fourniture de l'acte de naissance des intéressés ou à condition que la preuve de la filiation de ces derniers en soit apportée,
- l'enfant qui n'exerce aucune activité rémunérée à titre principal et satisfait aux critères fixés par la législation fiscale pour ouvrir droit à une majoration du quotient familial relatif au foyer fiscal de l'assuré.

La situation de famille prise en considération par l'assureur est obligatoirement celle, dûment justifiée, de l'assuré à la date du sinistre.

Article 4.2 GARANTIE : CAPITAL DECES/PTIA, DOUBLE EFFET, FRAIS D'OBSÈQUES

4.2.1 Capital décès toutes causes (si prévue au Certificat d'adhésion)

En cas de décès d'un assuré, le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) reçoit(vent) un capital dont le montant est défini au Certificat d'adhésion.

Le montant de ce capital est déterminé en fonction de la situation de famille de l'assuré dûment justifiée au jour de son décès, telle qu'elle est prévue au paragraphe « SITUATION DE FAMILLE ».

Le nombre de majorations pour enfant à charge est limité à 3.

Bénéficiaires

Sauf stipulation contraire valable au jour du décès faite par l'assuré, le capital décès est versé conformément à la clause type suivante :

- **Au conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps par décision judiciaire ou au partenaire de PACS,**
- **à défaut aux enfants (vivants ou représentés), nés ou à naître par parts égales entre eux,**
- **à défaut aux ascendants par parts égales entre eux,**
- **à défaut aux héritiers légaux au sens du Code Civil.**

Toutefois, la majoration de capital pour enfant à charge versée par l'assureur est obligatoirement répartie par parts égales, aux enfants à charge, ou à leur représentant légal, et ce quel que soit le bénéficiaire désigné par l'assuré.

L'assuré a la faculté de modifier sa désignation de bénéficiaire à tout moment lorsque celle-ci n'est plus appropriée et notamment en fonction des évolutions de sa situation de famille, sur un formulaire fourni par l'assureur ou sur demande écrite datée et signée de sa main. Cette désignation peut également faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

Lorsque l'assuré désigne nommément le bénéficiaire, personne physique ou personne morale, il doit mentionner les coordonnées

de celui-ci, nom de naissance et prénoms, adresse, date et lieu de naissance.

Par dérogation à ce qui précède, la désignation faite par l'assuré au profit d'un établissement bancaire n'est autorisée qu'après au moins 6 mois d'adhésion au contrat, ou au moins 6 mois après une augmentation de traitement de base.

Toute désignation, acceptation ou changement de désignation de bénéficiaire non porté à la connaissance de l'assureur lui est inopposable. L'ouverture du droit du conjoint ou partenaire de PACS au capital garanti est subordonnée à leur existence le jour du décès de l'assuré. Lorsque la désignation personnelle de l'assuré est caduque, la clause type est appliquée.

Acceptation du bénéfice du contrat par le bénéficiaire

La désignation d'un bénéficiaire peut faire l'objet d'une acceptation sous la forme d'un avenant signé par le bénéficiaire, l'assuré et l'assureur ou d'un acte sous seing privé ou authentique signé par le bénéficiaire et l'assuré notifié à l'assureur.

Le bénéficiaire devient alors bénéficiaire acceptant, et la désignation irrévocable. L'accord du bénéficiaire acceptant est alors indispensable pour toute modification par l'assuré de la clause bénéficiaire en cas de décès.

En application de l'article L.132-9 du code des assurances, l'acceptation ne peut intervenir que trente jours au moins à compter du moment où le stipulant est informé que le contrat d'assurance est conclu.

4.2.2 Perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes (si prévue au Certificat d'adhésion)

L'assuré atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie avant le jour de son 65^{ème} anniversaire reçoit par anticipation le capital décès toutes causes prévu au Certificat d'adhésion.

L'assureur règle le capital prévu au Certificat d'adhésion, ce qui met fin aux garanties décès toutes causes et décès accidentel (si souscrit).

4.2.3 Double effet (si capital décès/PTIA toutes causes prévu au Certificat d'adhésion)

En cas de décès du conjoint ou du partenaire pacsé, simultanément ou postérieurement à celui de l'assuré, le ou les enfants à sa charge au jour du décès reçoivent, par parts égales, le capital dont le montant est fixé au Certificat d'adhésion.

Est considéré comme simultané, le décès du conjoint ou du partenaire pacsé qui survient dans les 24 heures qui suivent ou qui précèdent celui de l'assuré.

Est considéré comme postérieur et ouvrant droit à garantie le décès du conjoint ou du partenaire pacsé qui survient au maximum dans les 12 mois qui suivent le décès de l'assuré.

La garantie prend automatiquement fin à la date :

- **qui suit les 12 mois après le décès de l'assuré ;**
- **à laquelle le conjoint survivant ou le partenaire de PACS survivant n'a plus d'enfant à charge tel que défini à l'article 4.1 ;**
- **du mariage ou remariage du conjoint survivant ou du partenaire de pacs survivant ;**
- **de signature d'un pacte civil de solidarité par le conjoint survivant ou le partenaire de pacs survivant.**

4.2.4 Frais d'obsèques (si capital décès/PTIA toutes causes prévu au Certificat d'adhésion)

En cas de décès de l'assuré, de son conjoint ou partenaire de pacs ou de l'un de ses enfants à charge, l'assureur verse à la personne ayant réglé les frais d'obsèques ou directement à l'établissement de pompes funèbres un forfait dont le montant est fixé au Certificat d'adhésion.

L'indemnité est versée dans la limite des frais d'obsèques

réellement engagés.

Article 4.3 GARANTIE : DECES/PTIA ACCIDENTELS (si prévu au Certificat d'adhésion)

4.3.1 Décès accidentel (si capital décès/PTIA toutes causes prévu au Certificat d'adhésion)

En cas de décès par suite d'un accident (selon la définition donnée à l'article « DEFINITIONS ») et lorsque le décès survient au plus tard dans un délai de douze mois à compter du jour de l'accident, les bénéficiaires désignés reçoivent un capital supplémentaire dont le montant est fixé au Certificat d'adhésion.

4.3.2 Perte totale et irréversible d'autonomie accidentelle

L'assuré atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie résultant d'un accident (selon la définition de la PTIA donnée à l'article 4.2.2 et la définition de l'accident donnée à l'article « DEFINITIONS ») avant le jour de son 65^{ème} anniversaire, et reconnue au plus tard dans un délai de douze mois à compter du jour de l'accident, reçoit le capital supplémentaire prévu au Certificat d'adhésion (sauf cas énoncés à l'article « FIN DES GARANTIES à L'ÉGARD DE CHAQUE ASSURÉ »). Le paiement du capital met fin aux garanties décès toutes causes et décès accidentel.

Article 4.4 GARANTIE : RENTE CONJOINT (si prévu au Certificat d'adhésion)

En cas de décès d'un assuré marié ou pacsé, son conjoint ou son partenaire de pacs survivant reçoit une rente annuelle viagère immédiate.

Elle est servie jusqu'au dernier jour du trimestre civil qui précède :

- **le mariage ou remariage du conjoint survivant ou du partenaire de pacs survivant ;**
- **la signature d'un pacte civil de solidarité par le conjoint survivant ou le partenaire de pacs survivant ;**
- **le décès du conjoint survivant ou du partenaire de pacs survivant.**

Le montant de la rente est fixé au Certificat d'adhésion.

Article 4.5 GARANTIE : RENTE EDUCATION (si prévue au Certificat d'adhésion)

En cas de décès d'un assuré, chacun de ses enfants à charge, tel que définis à l'article « SITUATION DE FAMILLE », reçoit une rente annuelle d'éducation dont le montant est fixé au Certificat d'adhésion. La rente augmente en fonction du pourcentage correspondant à l'âge atteint par l'enfant.

En tout état de cause, le versement de la rente cesse au dernier jour du trimestre civil qui précède celui au cours duquel :

- **l'enfant a 18 ans,**
- **l'enfant a 26 ans en cas de poursuite d'études,**
- **l'enfant décède.**

S'agissant des enfants handicapés, la rente est servie jusqu'au dernier jour du trimestre civil qui précède celui au cours duquel l'enfant atteint son 26^{ème} anniversaire.

Néanmoins, la rente devient viagère si, quel que soit l'âge, l'enfant est titulaire de la carte d'invalidité prévue par l'article L.241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles.

En tout état de cause, le cumul des rentes éducation versées ne pourra excéder 50% du traitement de base figurant au Certificat d'adhésion. En cas d'atteinte de ce plafond, les montants de rentes sont recalculés au prorata.

Article 4.6 GARANTIE : INCAPACITE (si prévue au Certificat d'adhésion)

Les garanties en cas d'incapacité temporaire s'appliquent à

condition que l'assuré exerce au jour du sinistre la profession rémunérée déclarée à l'adhésion et que l'arrêt de travail soit pris en charge par le régime obligatoire de l'assuré.

L'assureur verse les indemnités journalières prévues au Certificat d'adhésion.

L'assuré doit être dans l'impossibilité, médicalement justifiée, d'exercer temporairement sa profession.

En cas d'arrêt complet de travail d'un assuré par suite de maladie ou d'accident (y compris maladie et accident professionnels), ce dernier reçoit une indemnité journalière au terme d'un délai de franchise prévu au Certificat d'adhésion.

• **Franchise**

Le délai de franchise est précisé au Certificat d'adhésion selon le choix fait par l'adhérent. Il est déterminé en tenant compte du nombre de jours d'arrêt complet et continu de travail de l'assuré.

La franchise est décomptée à partir du premier jour d'arrêt de travail sauf :

• **Affections neuropsychiques**

Pour les arrêts de travail découlant d'affections neuropsychiques, neuropsychiatriques, psychologiques et psychosomatiques et nécessitant une hospitalisation supérieure ou égale à une période continue de 8 jours survenant au cours de l'arrêt de travail déclaré, la franchise sera décomptée à partir de la date du 1^{er} jour d'hospitalisation.

• **Affections dorso-lombaires**

Pour être pris en charge, tout arrêt de travail d'origine dorso-lombaire doit avoir fait l'objet d'une hospitalisation de 48 heures continues ou d'une intervention chirurgicale.

La franchise sera décomptée à partir de la date du 1^{er} jour d'hospitalisation ou de la date de l'intervention chirurgicale.

Par dérogation à ce qui précède, les arrêts de travail liés à des hernies discales, cervicalgies, dorsalgies, lombalgies ou sciatiques documentées par des examens radiologiques seront pris en compte sous réserve de l'acceptation par le Médecin conseil mandaté par l'assureur.

La franchise est alors décomptée à partir du premier jour d'arrêt de travail.

• **Rachat de franchise (si option retenue par l'adhérent)**

La franchise est réduite à 3 jours en cas :

- d'accident,
- d'hospitalisation de plus de 24 heures, liée à l'arrêt de travail,
- ou d'hospitalisation de moins de 24 heures, liée à l'arrêt de travail, et ayant nécessité l'intervention d'un chirurgien et une anesthésie locale ou générale.

• **Fin du versement des prestations en cas d'incapacité temporaire totale**

Le versement de l'indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire totale se poursuit jusqu'à la fin de celle-ci et cesse, en tout état de cause :

- le jour de **la reprise de travail à temps plein ;**
- le jour de la reprise à **temps partiel ;**
- au plus tard au 1.095^{ème} jour d'arrêt de travail ;
- à la date de reconnaissance de l'invalidité permanente, totale ou partielle ;
- en cas de refus de se soumettre au contrôle médical (sauf cas fortuit ou de force majeure) ;
- en cas de contrôle médical signifiant sa capacité à reprendre à temps plein, son activité professionnelle ou à temps partiel si les garanties en cas de reprise partielle d'activité ne peuvent pas

s'appliquer et ce, même si cette reprise nécessite un aménagement des conditions de travail ;

- à la date de liquidation effective de la pension d'assurance vieillesse versée par le régime de base obligatoire de l'assuré quelle qu'en soit la cause ;
- à la date à laquelle l'assuré atteint l'âge de 67 ans ;
- à la date du décès de l'assuré.

• **Rechute**

En cas de rechute d'une maladie ou d'un accident indemnisé par l'assureur, justifiant un nouvel arrêt de travail et intervenant dans un délai inférieur à deux mois, il n'est pas fait à nouveau application de la franchise. La durée maximum d'indemnisation est décomptée à dater du premier jour de la première période d'incapacité temporaire indemnisée.

• **Maternité /Paternité/ Adoption**

Le service des indemnités journalières est suspendu pendant la période correspondant aux congés « légaux » de maternité (y compris congés pathologiques inférieurs ou égaux à 30 jours consécutifs) paternité ou adoption du régime social dont relève l'adhérent.

Il n'est pas tenu compte de ces périodes dans le calcul :

- du nombre de jours de franchise,
- du nombre maximum de jours indemnisables dans le cadre de la garantie incapacité temporaire.

• **Reprise partielle d'activité (incapacité temporaire partielle)**

Si à la suite d'une période d'incapacité temporaire totale, supérieure à 90 jours consécutifs décomptés à partir de la date de l'arrêt de travail initial, suite à la demande de l'assuré ou sur demande de l'assureur, l'assuré est reconnu, par le médecin conseil mandaté par l'assureur, apte à reprendre partiellement son activité professionnelle (y compris reprise partielle nécessitant un aménagement des conditions de travail), le versement des indemnités journalières est poursuivi par l'assureur pendant une période maximale de 365 jours.

La prestation versée par l'assureur ne saurait être supérieure à 50% de l'indemnité journalière prévue au Certificat d'adhésion.

En tout état de cause, la somme des revenus de l'activité partielle augmentée des prestations éventuellement versées par le régime obligatoire et des prestations prévoyance versées au titre du présent Certificat d'adhésion, est limitée au traitement de base.

Fin du versement des prestations en cas d'incapacité temporaire partielle

L'indemnisation de l'incapacité temporaire partielle prend fin :

- à la date de **reprise du travail à temps plein** ;
- au plus tard à **l'issue de la période maximale d'indemnisation de la reprise partielle d'activité de 365 jours consécutifs** ;

En cas de rechute intervenant dans un délai inférieur à deux mois à compter de la fin de la dernière période d'incapacité temporaire totale, l'assureur reprendra l'indemnisation de l'incapacité temporaire totale dans la limite de 1095 jours à compter de la date de l'arrêt de travail initial.

Si la rechute intervient dans un délai supérieur à deux mois à compter de la fin de la dernière période d'incapacité temporaire totale, le nouvel arrêt de travail sera pris en charge par l'assureur après application du délai de franchise précisé au Certificat d'adhésion et sous réserve de l'acceptation par le médecin conseil mandaté par l'assureur.

- au plus tard au **1.095^{ème} jour** d'arrêt de travail ;
- à la date de reconnaissance de l'invalidité permanente, totale ou partielle ;
- en cas de refus de se soumettre au contrôle médical (sauf cas fortuit ou de force majeure) ;
- en cas de contrôle médical signifiant sa capacité à reprendre à temps plein son activité professionnelle ou à temps partiel si les

garanties en cas de reprise partielle d'activité ne peuvent pas s'appliquer et ce, même si cette reprise nécessite un aménagement des conditions de travail ;

- à la date de liquidation effective de la pension d'assurance vieillesse versée par le régime de base obligatoire de l'assuré quelle qu'en soit la cause ;
- à la date à laquelle l'assuré atteint l'âge de 67 ans ;
- à la date du décès de l'assuré.

Article 4.7 GARANTIE : INVALIDITE (si prévue au Certificat d'adhésion)

Les garanties en cas d'invalidité permanente s'appliquent à condition que l'assuré exerce au jour du sinistre la profession rémunérée déclarée à l'adhésion.

L'assureur verse la rente d'invalidité prévue au Certificat d'adhésion.

L'assureur n'est pas lié par le classement effectué par le régime obligatoire de l'assuré et reste libre de faire évaluer l'état d'invalidité de ce dernier par un médecin de son choix.

Il est précisé que les pièces émanant de La Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) ou de tout autre organisme professionnel quelconque, ne permettent pas de justifier d'un état d'invalidité permanente partielle ou totale.

L'invalidité est calculée sur :

- un barème professionnel pour le collège Médicaux paramédicaux,
- Un barème croisé (invalidité fonctionnelle et professionnelle) pour l'ensemble des professions des autres collèges.

4.7.1 Pour les professions répertoriées en annexe A appartenant au collège Médicaux Paramédicaux

Le taux d'invalidité (N) retenu est celui de l'invalidité professionnelle, déterminé par voie d'expertise de 0 à 100% selon le tableau en annexe B. Elle est appréciée d'après la nature de l'invalidité par rapport à la profession exercée. 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 possibilités d'exercice restantes dans sa profession telle que déclarée et précisée au Certificat d'adhésion ainsi que des possibilités d'adaptation et des répercussions de cette invalidité sur la profession exercée par l'assuré.

Le montant de la garantie de base choisie par l'adhérent est fixé sur le Certificat d'adhésion.

La rente est versée comme suit :

- Si le taux «N» est strictement inférieur à 33% : pas de rente ;
- Si le taux «N» est supérieur ou égal à 33% et strictement inférieur à 66% : $(100\% \times N/66)$ du Traitement de base ;
- Si le taux «N» est supérieur ou égal à 66% : 100% du Traitement de base.

Par dérogation, pour les professions médicales et paramédicales répertoriées en annexe A, la rente est versée comme suit :

- Si le taux «N» est strictement inférieur à 15% : pas de rente ;
- Si le taux «N» est supérieur ou égal à 15% et strictement inférieur à 66% : $(100\% \times N/66)$ du Traitement de base ;
- Si le taux «N» est supérieur ou égal à 66% : 100% du Traitement de base ;

Si l'assuré est atteint de plusieurs invalidités partielles à la suite d'accident ou de maladies, le droit à la rente est fixé sur la base du taux global d'invalidité en résultant.

4.7.2 Pour l'ensemble des professions des autres collèges

L'assuré doit être reconnu, par un médecin expert désigné par l'assureur et selon les dispositions ci-après, atteint d'un taux (N) d'invalidité qui est compris entre 0 et 100%. Aucune prestation

n'est due lorsque le taux (N) est strictement inférieur à 33 %.

Pour pouvoir bénéficier de cette garantie, l'invalidité permanente totale ou l'invalidité permanente partielle doit être consolidée avant la date à laquelle l'assuré peut percevoir à taux plein sa pension d'assurance vieillesse de son régime obligatoire.

L'invalidité est appréciée en fonction de l'**invalidité fonctionnelle** (physique ou mentale) et de l'**invalidité professionnelle**.

L'**invalidité fonctionnelle** est établie de 0 à 100 % en dehors de toute considération professionnelle après examen de l'assuré par le médecin conseil mandaté par l'assureur, d'après le guide barème concours médical (Barème Officiel annexé au Décret 2003-314 du 4 avril 2003).

L'**invalidité professionnelle** est définie après examen de l'assuré par le médecin conseil mandaté par l'assureur. Elle est appréciée de 0 à 100 % d'après la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de la profession et des possibilités d'exercice restantes dans sa profession telle que déclarée et précisée au Certificat d'adhésion ainsi que des possibilités d'adaptation et des répercussions de cette invalidité sur la profession exercée par l'assuré.

Le tableau figurant en annexe C, indiquant les taux (N) résultant des divers degrés d'invalidité tant fonctionnelle que professionnelle, est celui fixé par le Bureau Commun des Assurances Collectives (BCAC).

Pour les taux intermédiaires, le taux croisé est calculé par la formule : Racine cubique [Invalidité fonctionnelle² x Invalidité professionnelle]

La rente invalidité, y compris régime obligatoire, est définie comme suit :

- Si le taux «N» est strictement inférieur à 33% : pas de rente ;
- Si le taux «N» est supérieur ou égal à 33% et strictement inférieur à 66% : (100% x N/66) du traitement de base ;
- Si le taux «N» est supérieur ou égal à 66% : 100% du traitement de base.

Fin du versement des prestations

Le service de la rente d'invalidité cesse, en tout état de cause :

- à la fin de l'état d'invalidité ;
- en cas de refus de se soumettre au contrôle médical (sauf cas fortuit ou de force majeure) ;
- à la date à laquelle l'assuré peut percevoir à taux plein la pension d'assurance vieillesse de son régime de base obligatoire ;
- à la date de liquidation effective de la pension d'assurance vieillesse versée par le régime de base obligatoire de l'assuré quelle qu'en soit la cause ;
- à la date à laquelle l'assuré atteint l'âge de 67 ans ;
- à la date du décès de l'assuré.

Article 4.8 GARANTIE EXONERATION

Cette garantie s'applique sur demande de l'assuré lorsqu'il se trouve en incapacité ou invalidité prises en charge par l'assureur.

Au titre de la garantie exonération, l'assureur exonère l'assuré, à compter du 1^{er} jour du trimestre civil qui suit la prise en charge du sinistre, des cotisations relatives à l'ensemble des garanties Prévoyance souscrites au titre de l'adhésion.

Il est précisé qu'en cas de versement de la garantie reprise partielle d'activité l'exonération des cotisations est proportionnelle au temps d'arrêt partiel.

L'exonération des cotisations prend fin à la date à laquelle cesse la prise en charge de l'arrêt de travail par l'assureur et au plus tard à 67 ans.

Chapitre 5 ETENDUES DES GARANTIES – EXCLUSIONS

Article 5.1 EXCLUSIONS GENERALES

N'ouvrent jamais droit à la mise en jeu des garanties, les sinistres résultant et/ou provenant :

1. des conséquences de guerre civile ou étrangère,
2. des conséquences d'attentat, d'émeute, d'insurrection, d'actes de terrorisme, d'actes criminels, de rixes, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active,
3. des conséquences des effets directs et indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome,
4. les rayonnements ionisants et les inhalations de particules d'amiante, lorsque l'assuré y est exposé de manière prévisible (fût-ce par intermittence) en raison et au cours de son activité professionnelle habituelle, (pour les rayonnements ionisants : non applicable aux professions médicales et paramédicales listées en annexe A en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle),
5. de la navigation aérienne (à voile, à aile ou à moteur) :
 - à bord d'un appareil non muni d'un Certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmés,
 - au cours d'un meeting, d'un raid sportif, d'un vol acrobatique, d'une tentative de record, d'un essai préparatoire, d'un essai de réception, ou d'un saut en parachute non motivé par une raison de sécurité (sauf dans le cadre d'un baptême de saut en parachute encadré par un moniteur diplômé d'état),
6. les suites et conséquences d'affections, accidents ou de maladie dont la première constatation médicale se situe à une date antérieure à la date d'effet de l'adhésion et n'ayant pas été déclarées par l'adhérent à l'occasion des formalités d'adhésion. Cette exclusion n'est pas applicable lorsque les formalités d'adhésion consistent en une Déclaration Universelle de l'Entrepreneur.

Article 5.2 EXCLUSIONS EN CAS DE DECES

N'ouvrent jamais droit à la mise en jeu des garanties **Capital décès** toutes causes, frais d'obsèques, rente éducation, rente conjoint, décès accidentel, les sinistres résultant du suicide de l'assuré, survenu au cours de la première année d'assurance ou de l'année suivant l'augmentation des garanties pour la part augmentée des garanties (ce délai est réputé avoir commencé à courir dès la prise d'effet du Certificat d'adhésion ou de l'augmentation de garanties).

N'ouvrent jamais droit à la mise en jeu de la garantie **décès accidentel**, les sinistres résultants :

1. de la navigation aérienne (à voile, à aile ou à moteur) :
 - avec l'utilisation d'un deltaplane, parapente, appareil ultra léger motorisé (ULM) ou tout autre engin aérien (notamment kite surf ou parachute ascensionnel),
 - lorsque l'assuré est pilote ou copilote.
2. de la pratique par l'assuré de tous sports de plongée avec scaphandre autonome, sauf dans le cadre de baptême de plongée encadré par un moniteur diplômé d'état,
3. de l'usage de stupéfiants et produits toxiques non prescrits

médicalement,

4. de la manipulation d'explosifs ou d'engins de guerre, ou d'armes à feu y compris dans le cadre d'une activité sportive ou de loisirs notamment la chasse, le tir ou le ball trap,
5. des accidents de circulation dont la victime est l'assuré, responsable de l'accident et qui était conducteur d'un Véhicule Motorisé sous l'emprise d'un état alcoolique (taux supérieur au taux légal en vigueur au jour du sinistre) ou de produits stupéfiants non prescrits médicalement,
6. de la pratique par l'assuré de tout sport à titre professionnel, ou d'un sport dont il tire un revenu quelconque,
7. de la participation de l'assuré en qualité d'amateur licencié à des exhibitions, démonstrations ou paris, ou à des épreuves sportives internationales hors de l'Union Européenne,
8. de la participation de l'assuré en qualité d'amateur licencié à des démonstrations, compétitions ou matches ainsi qu'à leurs essais préparatoires, qui comportent l'utilisation d'animaux, de véhicules ou d'embarcation à moteur,
9. de la pratique de toute activité sportive non représentée en France par une Fédération sportive dûment reconnue,
10. de la pratique de l'escalade au-delà du niveau 5 selon la cotation française au jour du sinistre, de l'alpinisme au-delà de 3 000 mètres d'altitude, du ski et du surf pratiqués en dehors des domaines balisés et autorisés publics,
11. de la pratique de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics Français ou par la Fédération Française correspondant à l'activité.

Article 5.3 EXCLUSIONS EN CAS DE PTIA

N'ouvrent jamais droit à la mise en jeu des garanties **PTIA toutes causes**, **PTIA accidentelle** les sinistres résultant de tout fait intentionnel de la part de l'assuré ayant pour but de porter atteinte à son intégrité physique.

N'ouvrent jamais droit à la mise en jeu de la garantie **PTIA accidentelle** les sinistres résultant :

1. de la navigation aérienne (à voile, à aile ou à moteur)
 - avec l'utilisation d'un deltaplane, parapente, appareil ultra léger motorisé (ULM) ou tout autre engin aérien (*notamment kite surf ou parachute ascensionnel*),
 - lorsque l'assuré est pilote ou copilote.
2. de la pratique par l'assuré de tous sports de plongée avec scaphandre autonome, sauf dans le cadre de baptême de plongée encadré par un moniteur diplômé d'état,
3. de l'usage de stupéfiants et produits toxiques non prescrits médicalement,
4. de la manipulation d'explosifs ou d'engins de guerre, ou d'armes à feu y compris dans le cadre d'une activité sportive ou de loisirs notamment la chasse, le tir ou le ball trap,
5. des accidents de circulation dont la victime est l'assuré, responsable de l'accident et qui était conducteur d'un Véhicule Motorisé sous l'emprise d'un état alcoolique (taux supérieur au taux légal en vigueur au jour du sinistre) ou de produits stupéfiants non prescrits médicalement,

6. de la pratique par l'assuré de tout sport à titre professionnel, ou d'un sport dont il tire un revenu quelconque,
7. de la participation de l'assuré en qualité d'amateur licencié à des exhibitions, démonstrations ou paris, ou à des épreuves sportives internationales hors de l'Union Européenne,
8. de la participation de l'assuré en qualité d'amateur licencié à des démonstrations, compétitions ou matches ainsi qu'à leurs essais préparatoires, qui comportent l'utilisation d'animaux, de véhicules ou d'embarcation à moteur,
9. de la pratique de toute activité sportive non représentée en France par une Fédération sportive dûment reconnue,
10. de la pratique de l'escalade au-delà du niveau 5 selon la cotation française au jour du sinistre, de l'alpinisme au-delà de 3 000 mètres d'altitude, du ski et du surf pratiqués en dehors des domaines balisés et autorisés publics,
11. de la pratique de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics Français ou par la Fédération Française correspondant à l'activité.

Article 5.4 EXCLUSIONS EN CAS D'INCAPACITE

N'ouvrent jamais droit à la mise en jeu de la garantie **incapacité** les sinistres résultant et/ou provenant :

1. de tout fait intentionnel de la part de l'assuré ayant pour but de porter atteinte à son intégrité physique,
2. des accidents de circulation dont la victime est l'assuré, responsable de l'accident et qui était conducteur d'un Véhicule Motorisé sous l'emprise d'un état alcoolique (taux supérieur au taux légal en vigueur au jour du sinistre) ou de produits stupéfiants non prescrits médicalement,
3. de la pratique par l'assuré de tout sport à titre professionnel, ou d'un sport dont il tire un revenu quelconque,
4. de la participation de l'assuré en qualité d'amateur licencié à des exhibitions, démonstrations ou paris, ou à des épreuves sportives internationales hors de l'Union Européenne,
5. de la participation de l'assuré en qualité d'amateur licencié à des démonstrations, compétitions ou matches ainsi qu'à leurs essais préparatoires, qui comportent l'utilisation d'animaux, de véhicules ou d'embarcation à moteur,
6. de la pratique de toute activité sportive non représentée en France par une Fédération sportive dûment reconnue,
7. de la pratique de l'escalade au-delà du niveau 5 selon la cotation française au jour du sinistre, de l'alpinisme au-delà de 3 000 mètres d'altitude, du ski et du surf pratiqués en dehors des domaines balisés et autorisés publics,
8. de la pratique de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics Français ou par la Fédération Française correspondant à l'activité,
9. des traitements ou opérations de chirurgie esthétique (sauf chirurgie réparatrice faisant suite à une maladie ou un accident garantis),
10. des affections neuropsychiatriques, neuropsychiques, psychologiques et psychosomatiques (à l'exception des accidents vasculaires cérébraux et de l'épilepsie), n'ayant pas

nécessité une hospitalisation supérieure ou égale à une période continue de 8 jours au cours de l'arrêt de travail déclaré,

11. des affections dorso-lombaires n'ayant pas nécessité une hospitalisation supérieure à 48 heures ou une intervention chirurgicale.

Par dérogation, les arrêts de travail liés à des hernies discales, cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, sciatiques objectivées par l'analyse d'examens radiologiques seront pris en compte sous réserve de l'acceptation par le Médecin conseil mandaté par l'assureur.

Article 5.5 EXCLUSIONS EN CAS D'INVALIDITE

N'ouvrent jamais droit à la mise en jeu de la garantie **invalidité** les sinistres résultant et/ou provenant :

1. de tout fait intentionnel de la part de l'assuré ayant pour but de porter atteinte à son intégrité physique ,
2. des accidents de circulation dont la victime est l'assuré, responsable de l'accident et qui était conducteur d'un Véhicule Motorisé sous l'emprise d'un état alcoolique (taux supérieur au taux légal en vigueur au jour du sinistre) ou de produits stupéfiants non prescrits médicalement,
3. de la pratique par l'assuré de tout sport à titre professionnel, ou d'un sport dont il tire un revenu quelconque,
4. de la participation de l'assuré en qualité d'amateur licencié à des exhibitions, démonstrations ou paris, ou à des épreuves sportives internationales hors de l'Union Européenne,
5. de la participation de l'assuré en qualité d'amateur licencié à des démonstrations, compétitions ou matches ainsi qu'à leurs essais préparatoires, qui comportent l'utilisation d'animaux, de véhicules ou d'embarcation à moteur,
6. de la pratique de toute activité sportive non représentée en France par une Fédération sportive dûment reconnue,
7. de la pratique de l'escalade au-delà du niveau 5 selon la cotation française au jour du sinistre, de l'alpinisme au-delà de 3 000 mètres d'altitude, du ski et du surf pratiqués en dehors des domaines balisés et autorisés publics,
8. de la pratique de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics Français ou par la Fédération Française correspondant à l'activité,
9. des traitements ou opérations de chirurgie esthétique (sauf chirurgie réparatrice faisant suite à une maladie ou un accident garantis).
10. des affections neuropsychiatriques, neuropsychiques, psychologiques et psychosomatiques (à l'exception des accidents vasculaires cérébraux et de l'épilepsie), n'ayant pas nécessité une hospitalisation supérieure ou égale à une période continue de 8 jours au cours de l'arrêt de travail déclaré,
11. des affections dorso-lombaires n'ayant pas nécessité une hospitalisation supérieure à 48 heures ou une intervention chirurgicale.
Par dérogation, les arrêts de travail liés à des hernies discales, cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, sciatiques objectivées par l'analyse d'examens radiologiques seront pris en compte sous réserve de l'acceptation par le Médecin conseil mandaté par

l'assureur.

Article 5.6 EXCLUSIONS PARTICULIERES

N'ouvrent jamais droit à la mise en jeu **des garanties précisées au bon d'acceptation, les sinistres résultant d'un accident d'une affection ou d'une maladie ayant fait l'objet d'une exclusion à la suite d'une éventuelle sélection médicale.**

Chapitre 6. PRESTATIONS

Article 6.1 ASSIETTE DES PRESTATIONS

Les prestations sont exprimées en pourcentage du traitement de base mentionné au Certificat d'adhésion qui est lui-même établi en fonction du plafond de la Sécurité sociale. L'assureur retient comme valeur de référence le plafond en vigueur à la date de l'événement considéré.

6.1.1 Prestations des garanties Capital décès/PTIA toutes causes, double effet, frais d'obsèques, décès/PTIA accidentels, rente conjoint, rente éducation

Elles restent toujours forfaitaires, et non liées aux revenus réels au moment du sinistre.

Si le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie survient alors que l'assuré est en arrêt de travail (incapacité temporaire ou invalidité permanente), l'assiette est revalorisée sur la base du point de retraite du régime obligatoire complémentaire auquel est affilié l'assuré depuis la date de l'arrêt de travail initial.

6.1.2 Prestations des garanties d'incapacité et d'invalidité

Sur le niveau de garanties Pack pro ACCESS :

Les prestations sont forfaitaires non liées aux revenus réels au moment du sinistre et sans prise en compte des éventuelles prestations du régime obligatoire.

Sur les niveaux de garanties Pack pro INNOVATION et Pack pro EXCELLENCE :

Lorsque le traitement de base choisi est compris entre 1.1 et 1.5 PASS, les prestations seront déterminées forfaitairement sous déduction des prestations du régime obligatoire et sans prise en compte du revenu de l'assuré au jour du sinistre.

Lorsque le traitement de base choisi est supérieur à 1.5 PASS, les prestations seront déterminées sous déduction des prestations du régime obligatoire et en tenant compte du revenu de l'assuré au jour du sinistre :

- Si le traitement de base assuré excède au jour du sinistre 1,8 fois le revenu de l'exercice (tel que défini à l'article « DÉFINITIONS »), les prestations arrêt de travail seront exclusivement calculées sur la base de 1,8 fois ce revenu ;
- Si le traitement de base assuré n'excède pas au jour du sinistre 1,8 fois le revenu de l'exercice (tel que défini à l'article « DÉFINITIONS »), les prestations arrêt de travail seront calculées sur la base du traitement de base.

Le cumul des prestations versées par l'assureur et tout autre organisme social obligatoire (sous forme d'indemnités journalières ou de rentes) ne peut excéder les prestations prévues au Certificat d'adhésion.

Si l'assuré n'est pas indemnisé par son régime obligatoire pour des raisons administratives qui ne remettent pas en cause l'affiliation au régime (exemple : déclarations tardives), l'indemnité journalière versée par l'assureur sera calculé sous déduction de l'indemnité journalière qu'aurait dû percevoir l'assuré de la part de son régime obligatoire dans des conditions normales.

Par dérogation à ce qui précède pour les professions du collège Mandataires sociaux, les prestations en cas d'incapacité et d'invalidité sur le niveau de garanties Pack pro INNOVATION sont forfaitaires non liées aux revenus réels au moment du sinistre et sans prise en compte des éventuelles prestations du régime obligatoire.

Sur la base des éléments susvisés, l'indemnité journalière en cas d'incapacité est déterminée par l'application d'un coefficient égal à 1/365.

Article 6.2 MONTANT DES PRESTATIONS GARANTIES

Les prestations garanties sont définies au Certificat d'adhésion dans les limites prévues à l'article « ENGAGEMENT MAXIMUM DE L'ASSUREUR ».

Article 6.3 ENGAGEMENT MAXIMUM DE L'ASSUREUR

Le montant total des capitaux et capitaux constitutifs de rente versés en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie (y compris majoration par enfant à charge et capitaux supplémentaires en cas de sinistre accidentel) ne peut excéder 80 fois le Plafond Annuel de la Sécurité Sociale pour un même assuré et pour toutes les adhésions prévoyance confondues souscrites par l'intermédiaire de CIPRÉS Assurances.

En cas de dépassement de ce plafond, les prestations dues à chaque bénéficiaire sont réduites proportionnellement.

Article 6.4 REVALORISATION DES PRESTATIONS

L'indice de référence pour les revalorisations est la valeur du point de retraite du régime obligatoire complémentaire auquel est affilié l'assuré.

Assiette servant de base à la détermination des capitaux :

- Les capitaux dus après un arrêt de travail de plus d'un an sont déterminés à partir d'une assiette, revalorisée selon l'augmentation de l'indice entre le 1^{er} juillet de l'année de l'arrêt initial et la date du décès ou de la perte totale et irréversible d'autonomie.

- Le capital double effet est revalorisé selon l'évolution de l'indice entre la date du décès de l'assuré et celle de son conjoint.

- Dans tous les cas, les capitaux décès dus sont revalorisés conformément aux dispositions de la loi n° 2014-617 du 13 juin 2014 relative aux comptes bancaires inactifs et aux contrats d'assurance vie en déshérence (dite « Loi Eckert »).

Prestations périodiques : A compter du 1^{er} janvier de l'année qui suit le 365^{ème} jour de l'arrêt de travail ou la date anniversaire du décès, les rentes éducation, rentes de conjoint, indemnités journalières, rentes invalidité, sont revalorisées annuellement au 1^{er} janvier selon l'augmentation de l'indice de référence.

Le coefficient de majoration est calculé pour une année «N» en rapportant l'indice au 1^{er} juillet de l'année «N-1» à celui au 1^{er} juillet de l'année «N-2». En cas de résiliation de l'adhésion, les prestations en cours de service sont maintenues à leur niveau atteint, au jour de la résiliation.

Chapitre 7 PAIEMENT DES PRESTATIONS

Article 7.1 EN CAS DE DÉCÈS

7.1.1 Capital décès toutes causes - Double effet

En cas de décès d'un assuré, qui doit être notifié à l'assureur dans les plus brefs délais, le capital garanti est réglé sur présentation des pièces justificatives suivantes :

- L'imprimé de « déclaration décès » à nous retourner sous pli confidentiel, dûment complété ;

- Un original de l'acte de décès ;
- Un original du certificat post-mortem établi par le médecin ayant constaté le décès et précisant, à défaut de la cause exacte, s'il s'agit d'une mort naturelle, d'une mort accidentelle ou d'un suicide ;
- Un original de l'extrait d'acte de naissance de l'assuré décédé comportant toutes les mentions marginales ;
- Un original de l'extrait d'acte de naissance pour chaque bénéficiaire datant de moins de trois mois ;
- Une photocopie du livret de famille de l'assuré décédé ;
- Une photocopie de l'avis d'imposition de l'exercice précédent, ou à défaut une photocopie de la déclaration de revenus faite à l'administration fiscale au titre de l'exercice précédent ;
- Une attestation sur l'honneur de non séparation de corps au jour du décès rédigée par le conjoint, à défaut le document officiel attestant la séparation de corps
- Une photocopie de la carte d'identité du(es) bénéficiaire(s) ;
- **Et, le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'assureur jugerait nécessaire à l'instruction du dossier.**

7.1.2 Décès accidentel

Outre les pièces exigées pour le paiement du capital décès toutes causes, le capital supplémentaire sera réglé sur présentation du procès-verbal de police, de gendarmerie, du procureur de la République auprès du tribunal de grande instance **et, le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'assureur jugerait nécessaire.**

La preuve de l'accident ou de la relation entre le décès et l'accident incombe au(x) bénéficiaire(s).

7.1.3 Frais d'obsèques

Le capital garanti est réglé sur présentation des pièces justificatives suivantes :

- Une photocopie du livret de famille de l'assuré ;
- Une photocopie du livret de famille de la personne décédée, si différente de l'assuré ;
- Un original du certificat post-mortem établi par le médecin ayant constaté le décès et précisant, à défaut de la cause exacte, s'il s'agit d'une mort naturelle, d'une mort accidentelle ou d'un suicide ;
- Le cas échéant, le procès-verbal de police, de gendarmerie ;
- La facture acquittée relative aux frais engagés mentionnant le nom du payeur, non acquittée en cas de paiement à l'établissement de pompes funèbres ;
- Un Relevé d'Identité Bancaire de la personne ayant acquitté les frais d'obsèques ;
- **Et, le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'assureur jugerait nécessaire à l'instruction du dossier.**

7.1.4 Rente éducation

Conditions de versement

La rente est versée au représentant légal de l'enfant mineur, puis à l'enfant lui-même dès qu'il atteint sa majorité.

Elle est payable trimestriellement à terme échu, les premiers arrérages étant servis le dernier jour du trimestre civil suivant celui au cours duquel l'assuré est décédé.

Lorsque la rente augmente en fonction du pourcentage correspondant à l'âge atteint par l'enfant, la majoration est due à compter du premier jour du trimestre civil suivant l'anniversaire de l'enfant. Aucun prorata d'arrérages n'est dû pour la période comprise entre la dernière échéance d'arrérages payée et l'une des dates limites des conditions d'attribution de la rente. Pour l'enfant né viable moins de 300 jours après le décès de l'assuré, les premiers arrérages sont dus à compter du premier jour de l'année civile qui suit celle de la naissance.

Pièces à fournir

- Lors de la survenance du sinistre, outre les pièces exigées pour le paiement du capital décès toutes causes, il y a lieu de fournir à l'assureur :

- La photocopie de l'avis d'imposition de la personne ayant à

charge les enfants bénéficiaires d'une rente éducation de l'exercice précédent, ou à défaut une copie de la déclaration de revenus faite à l'administration fiscale au titre de l'exercice précédent ;

- Une photocopie du livret de famille de l'assuré décédé ;
- Un certificat de scolarité pour chaque enfant ;
- Un justificatif d'attribution de la carte d'invalidité pour les enfants infirmes, le cas échéant ;
- **Et le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'assureur jugerait nécessaire à l'instruction du dossier.**

- Chaque année au cours du service de la rente :

- La photocopie de l'avis d'imposition de la personne ayant à charge les enfants bénéficiaires d'une rente éducation de l'exercice précédent, ou à défaut une copie de la déclaration de revenus faite à l'administration fiscale au titre de l'exercice précédent ;
- Un certificat de scolarité pour chaque enfant ;
- **Et le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'assureur jugerait nécessaire à l'instruction du dossier.**

Toute modification de la situation d'un bénéficiaire doit être immédiatement signalée à l'assureur par les intéressés ou par leur tuteur légal. Toutes prestations indûment perçues devront être remboursées à l'assureur.

7.1.5 Rente de conjoint

Conditions de versement

Les rentes sont payables trimestriellement à terme échu, les premiers arrérages étant servis le dernier jour du trimestre civil suivant celui au cours duquel l'assuré est décédé.

Aucun prorata d'arrérages n'est dû pour la période comprise entre la dernière échéance d'arrérages payée et l'une des dates limites des conditions d'attribution de la rente.

Pièces à fournir

- Lors de la survenance du sinistre, outre les pièces exigées pour le paiement du capital décès toutes causes, il y a lieu de fournir à l'assureur :

- La photocopie de l'avis d'imposition du conjoint survivant de l'exercice précédent, ou à défaut une copie de la déclaration de revenus faite à l'administration fiscale au titre de l'exercice précédent ;
- Un extrait d'acte de naissance du conjoint survivant avec mentions marginales ;
- **Et le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'assureur jugerait nécessaire à l'instruction du dossier.**

- Chaque année, au cours du service de la rente :

- La photocopie de l'avis d'imposition du conjoint survivant de l'exercice précédent, ou à défaut une copie de la déclaration de revenus faite à l'administration fiscale au titre de l'exercice précédent ;
- Un extrait d'acte de naissance du conjoint bénéficiaire, avec mentions marginales ;
- **Et le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'assureur jugerait nécessaire à l'instruction du dossier.**

Toute modification de la situation d'un bénéficiaire doit être immédiatement signalée à l'assureur par les intéressés. Toutes prestations indûment perçues devront être remboursées à l'assureur.

Article 7.2 EN CAS DE PTIA

Le capital garanti sera réglé sur présentation des pièces suivantes :

- L'imprimé de « déclaration IPT ou PTIA » à nous retourner sous pli confidentiel, dûment complété et signé par l'assuré, à défaut par son représentant légal ;
- Un certificat médical du médecin traitant indiquant de façon précise la cause et l'importance de l'incapacité reconnue par rapport aux critères du régime de Sécurité sociale dont dépend

l'assuré et la date à partir de laquelle cette incapacité peut être considérée comme définitive ;

- Un justificatif du nombre d'enfants à charge de l'assuré ;
- **Et, le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'assureur jugerait nécessaire à l'instruction du dossier.**

Article 7.3 EN CAS DE PTIA ACCIDENTELLE

Outre les pièces exigées au paragraphe en cas de PTIA, le capital supplémentaire sera réglé sur présentation du procès-verbal de police, de gendarmerie, du procureur de la République auprès du tribunal de grande instance **et, le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'assureur jugerait nécessaire à l'instruction du dossier.**

Article 7.4 EN CAS D'INCAPACITE ET D'INVALIDITE

7.4.1 Incapacité

Modalités de paiement des prestations

Dans le cadre du Pack pro INNOVATION (hors collège Mandataires sociaux) et du Pack pro EXCELLENCE, l'indemnité journalière **peut** être versée par anticipation par l'assureur (avant la présentation des décomptes du régime obligatoire par l'assuré), en déduisant de la garantie prévue au Certificat d'adhésion, le montant reconstitué de l'Indemnité journalière du régime obligatoire déduit de sa profession pour la première période d'arrêt de travail.

Il est précisé qu'à la présentation des décomptes du régime obligatoire par l'assuré, l'assureur veillera à la régularisation des prestations effectivement dues suite à la déduction des indemnités journalières réellement perçues par l'assuré.

L'assureur se réserve donc la possibilité d'opérer une compensation en cas de trop perçu sur les indemnités à venir en application des articles 1347 et suivants du code civil, à défaut l'assuré s'engage à reverser les prestations indûment perçues à l'assureur.

Déclaration

En cas d'incapacité de travail susceptible d'ouvrir droit aux prestations prévues au Certificat d'adhésion, l'assuré, à défaut son représentant légal, doit en faire la déclaration à l'assureur (sauf cas fortuit ou de force majeure), dès qu'il en a connaissance et, au plus tard, dans les 30 jours qui suivent le délai de franchise fixé pour cette garantie. Au-delà de cette limite le délai de franchise est appliqué à compter de la date de réception de la déclaration.

Pièces à fournir

L'assuré doit adresser à l'assureur les pièces suivantes :

- L'imprimé de « déclaration d'arrêt de travail TNS » à retourner sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil mandaté par l'assureur, dûment complété et signé par l'adhérent, à défaut par son représentant légal ;
- Le « questionnaire médical confidentiel TNS » à retourner sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil mandaté par l'assureur, dûment complété et signé par le médecin traitant ;
- Les décomptes d'indemnités journalières versées par le régime obligatoire depuis l'origine de l'arrêt (pour les niveaux de garanties Pack pro INNOVATION et Pack pro EXCELLENCE, hors adhérent appartenant au collège Mandataires sociaux) ;
- à défaut, une attestation de non-paiement émanant du régime obligatoire (pour les niveaux de garanties Pack pro INNOVATION et Pack pro EXCELLENCE hors adhérent appartenant au collège Mandataires sociaux) ;
- Une photocopie de l'avis d'imposition de l'exercice précédent, ou à défaut une copie de la déclaration de revenus faite à l'administration fiscale au titre de l'exercice précédent, ou à défaut une attestation de l'expert-comptable de l'assuré sur les revenus perçus au cours de l'exercice précédent (pour les niveaux de garanties Pack pro INNOVATION -hors adhérent appartenant au collège Mandataires sociaux- et sauf si le traitement de base assuré est inférieur à 1,5 PASS et Pack pro EXCELLENCE) ;

- Une photocopie de l'avis initial de l'arrêt de travail et des éventuelles prolongations ;
- Le bulletin d'hospitalisation indiquant les dates d'entrée et de sortie si nécessaire ;
- Une attestation circonstanciée d'accident si nécessaire ;
- Un RIB du bénéficiaire pour le virement des prestations ;
- **Et le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'assureur jugerait nécessaire à l'instruction du dossier.**

À tout moment, l'assureur se réserve le droit de demander un nouvel avis d'imposition.

Dans le cas où l'assuré ne se trouve pas en état de reprendre ses occupations au terme de la période d'arrêt de travail prescrit, il doit être adressé à l'assureur, dans un délai de 30 jours, les pièces initialement demandées. Passé ce délai, les prestations ne sont dues qu'à compter de la date de réception des pièces.

Reprise partielle d'activité (incapacité temporaire partielle)

L'assuré reconnu par le médecin conseil mandaté par l'assureur apte à reprendre partiellement son activité professionnelle doit adresser à l'assureur, outre les pièces mentionnées ci-dessus, les pièces suivantes :

- Les décomptes d'indemnités journalières éventuellement versées par le régime obligatoire au cours de la période de reprise partielle d'activité, (pour les niveaux de garanties Pack pro INNOVATION et Pack pro EXCELLENCE hors adhérent appartenant au collège Mandataires sociaux) ;
- à défaut, une attestation de non-paiement émanant du régime obligatoire (pour les niveaux de garanties Pack pro INNOVATION et Pack pro EXCELLENCE hors adhérent appartenant au collège Mandataires sociaux) ;
- **Et le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'assureur jugerait nécessaire à l'instruction du dossier.**

7.4.2. Invalidité

Conditions de versement

Les rentes sont dues à compter du jour de la reconnaissance de l'invalidité.

Les arrérages de rente sont payables trimestriellement à terme échu, le premier paiement étant effectué au prorata du temps écoulé entre le jour de ladite reconnaissance et la fin du trimestre civil en cours.

Le dernier paiement est effectué au prorata du temps écoulé entre le début du trimestre civil en cours et la date à laquelle prend fin le service de la rente.

Pièces à fournir

Outre les pièces prévues au titre de l'incapacité il y a lieu de fournir à l'assureur :

- L'imprimé de « déclaration IPT ou PTIA » à retourner sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil mandaté par l'assureur, dûment complété et signé par l'assuré, à défaut par son représentant légal ;
- Un certificat médical du médecin traitant indiquant de façon précise la cause et l'importance de l'invalidité reconnue par rapport aux critères de la Sécurité sociale et la date à partir de laquelle cette incapacité peut être considérée comme permanente ;
- Le cas échéant, la notification d'attribution de la pension par le régime obligatoire ;
- Les justificatifs de versement mensuels de la rente du régime obligatoire (pour les niveaux de garanties Pack pro INNOVATION - hors adhérent appartenant au collège Mandataires sociaux- et sauf si le traitement de base assuré est inférieur à 1,5 PASS et Pack pro EXCELLENCE) ;
- La copie de l'avis d'imposition de l'exercice précédent, ou à défaut une copie de la déclaration de revenus faite à l'administration fiscale au titre de l'exercice précédent, ou à défaut une attestation de l'expert-comptable de l'assuré sur les revenus perçus au cours de l'exercice précédent (pour les niveaux de

garanties Pack pro INNOVATION -hors adhérent appartenant au collège Mandataires sociaux- et sauf si le traitement de base assuré est inférieur à 1,5 PASS et Pack pro EXCELLENCE) ;

- Un RIB du bénéficiaire pour le virement des prestations ;
- **Et le cas échéant, toute pièce supplémentaire que l'assureur jugerait nécessaire à l'instruction du dossier.**

Article 7.5 CONTROLE MEDICAL – ARBITRAGE

Les décisions prises par les organismes sociaux dont dépend l'assuré ne sont pas opposables à l'assureur.

L'assureur se réserve le droit de faire visiter par le médecin de son choix, tout assuré malade ou accidenté, ce qui est accepté par l'adhérent. Cette acceptation est une condition essentielle et déterminante au consentement de l'assureur pour délivrer ses garanties.

Le médecin traitant de l'intéressé a la faculté d'assister à la visite du médecin délégué par l'assureur.

Les médecins et représentants de l'assureur doivent avoir libre accès auprès de l'assuré afin de contrôler son état de santé.

En cas de refus de l'assuré, celui-ci peut être mis en demeure par lettre recommandée, à l'adresse du dernier domicile connu par l'assureur, d'avoir à se soumettre au contrôle. Si dans un délai de 10 jours, le cachet de la poste faisant foi, cette lettre recommandée reste sans réponse de la part de l'assuré (sauf cas fortuit ou cas de force majeure) ou si celui-ci maintient son refus sans justification valable, l'assureur est autorisé de plein droit à interrompre ou refuser le versement des prestations.

Les décisions de l'assureur, prises en fonction des conclusions du médecin conseil mandaté par l'assureur, sont notifiées à l'assuré par courrier.

En cas de désaccord, sur l'état de santé de l'assuré, il peut être procédé à une expertise amiable et contradictoire entre le médecin de l'assureur et celui de l'assuré. Si ces deux médecins ne peuvent parvenir à des conclusions communes, les deux parties peuvent choisir un 3^{ème} médecin pour les départager. Dans ce cas, les parties conviennent, par la conclusion d'un protocole, d'accepter les conclusions de cette expertise et de supporter pour moitié les honoraires du 3^{ème} médecin.

Article 7.6 SUBROGATION

Conformément à l'article L.131-2 du Code des assurances :

« Dans l'assurance de personnes, l'assureur, après paiement de la somme assurée, ne peut être subrogé aux droits du contractant ou du bénéficiaire contre des tiers à raison du sinistre.

Toutefois, dans les contrats garantissant l'indemnisation des préjudices résultant d'une atteinte à la personne, l'assureur peut être subrogé dans les droits du contractant ou des ayants droit contre le tiers responsable, pour le remboursement des prestations à caractère indemnitaire prévues au contrat. »

Chapitre 8 COTISATIONS

Article 8.1 DETERMINATION DES COTISATIONS

8.1.1 Taux de cotisations

Les taux de cotisations sont déterminés en fonction :

- de la profession, du collège et du statut de l'adhérent,
- du niveau de garanties (Pack pro ACCESS, Pack pro INNOVATION, Pack pro EXCELLENCE) et des garanties optionnelles choisies,
- du traitement de base choisi,
- de l'âge de l'assuré à la date d'adhésion.

8.1.2 Frais de gestion administratifs

Les montants des frais de gestion indiqués au Certificat d'adhésion sont ceux en vigueur à la date d'effet de l'adhésion. Le gestionnaire se réserve la possibilité de les réviser au 1^{er} janvier de chaque

année.

Article 8.2 ASSIETTE DES COTISATIONS

L'assiette des cotisations est le traitement de base mentionné sur le Certificat d'adhésion pour la période d'assurance à laquelle il se rapporte.

Article 8.3 PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations annuelles sont payables par l'assuré, selon les modalités suivantes :

8.3.1 Modalités de paiement

Les cotisations et les frais sont payables mensuellement ou trimestriellement d'avance par prélèvement automatique conformément au choix retenu par l'adhérent et indiqué au Certificat d'adhésion.

Le compte bancaire sur lequel seront prélevées les cotisations doit être ouvert en France métropolitaine ou à la Réunion.

8.3.2 Evolution des cotisations

Chaque année les taux de cotisations peuvent évoluer par le biais d'une indexation et/ou d'une majoration selon les modalités définies ci-après :

Indexation contractuelle des cotisations

Les taux de cotisations peuvent évoluer le 1^{er} janvier de chaque année pour chaque collègue en fonction des résultats du contrat-cadre souscrit par l'association et des objectifs de celui-ci dans la limite de 5% hors augmentation liée à l'évolution du PASS (Plafond Annuel de la Sécurité sociale).

Majoration des cotisations

Les taux de cotisations peuvent évoluer le 1^{er} janvier de chaque année en fonction des résultats du contrat-cadre souscrit par l'association et des objectifs de celui-ci, de critères objectifs tels que le collègue auquel appartient l'assuré, le statut et la profession de l'assuré, les garanties souscrites par l'assuré, ou le secteur d'activité de l'assuré déterminé par son code Naf.

Dans ce cas, l'assureur informe les adhérents, qui disposent individuellement d'un délai de trente jours pour résilier leur adhésion à compter de la réception de l'information. Passé ce délai, l'adhérent accepte implicitement la majoration des cotisations.

Augmentation des cotisations en cas de maintien des garanties décès

Pour les assurés dont les garanties décès seraient maintenues conformément aux dispositions de l'article « FIN DES GARANTIES A L'EGARD DE CHAQUE ASSURE » des présentes conditions générales, les cotisations seront automatiquement augmentées de 50% à la date de liquidation de la pension d'assurance vieillesse du régime de base obligatoire.

8.3.3 Révision des cotisations

Le montant des cotisations sera également révisé, le cas échéant, en cours d'année, en cas de modifications législative ou réglementaire ayant pour effet de modifier la nature du risque assuré et son évaluation par l'assureur.

Les garanties prévoyance du contrat sont établies en fonction des prestations versées par les régimes obligatoires dont relèvent les assurés.

Si ultérieurement de nouvelles dispositions étaient prises par ces régimes obligatoires, qui entraînent une modification des engagements pris par l'adhérent et l'assureur, les dispositions suivantes seront applicables en cours d'exercices selon le contexte

et les contraintes réglementaires :

- L'assureur procédera à l'ajustement de la cotisation,
- Si l'adhérent ne donne pas suite à la proposition de l'assureur ou refuse expressément la nouvelle cotisation, l'assureur peut résilier l'adhésion dans les 10 jours après notification par lettre recommandée.

L'assureur se réserve aussi la faculté d'établir son remboursement en référence à la législation en vigueur lors de la souscription de l'adhésion.

Article 8.4 DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS PAR L'ADHERENT

Conformément aux articles L. 113-3 et L. 141-3 (exclusion d'un adhérent) du Code des Assurances, le souscripteur ou son gestionnaire peut exclure un membre du bénéfice du contrat s'il cesse de payer sa cotisation. Son exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi par le souscripteur ou son gestionnaire d'une lettre recommandée de mise en demeure. Le souscripteur ou son gestionnaire s'engage à adresser la lettre recommandée dans les formes réglementaires et au plus tôt dans un délai de dix jours à compter de l'échéance impayée.

Article L.113-3 du Code des Assurances : « La prime est payable au domicile de l'assureur ou du mandataire désigné par lui à cet effet. Toutefois, la prime peut être payable au domicile de l'assuré ou à tout autre lieu convenu dans les cas et conditions limitativement fixés par décret en Conseil d'Etat. A défaut de paiement d'une prime, ou d'une fraction de prime, dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'assureur de poursuivre l'exécution du contrat en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'assuré. Au cas où la prime annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de prime, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La prime ou fraction de prime est portable dans tous les cas, après la mise en demeure de l'assuré.

L'assureur a le droit de résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours mentionné au deuxième alinéa du présent article.

Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où ont été payés à l'assureur ou au mandataire désigné par lui à cet effet, la prime arriérée ou, en cas de fractionnement de la prime annuelle, les fractions de prime ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Lorsque l'adhésion au contrat résulte d'une obligation prévue par une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel, l'assureur ne peut faire usage des dispositions du présent article relatives à la suspension de la garantie et à la résiliation du contrat.

Les dispositions des deuxièmes et avant-derniers alinéas du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. »

Article L.141-3 du Code des Assurances : « Le souscripteur ne peut exclure un adhérent du bénéfice du contrat d'assurance de groupe que si le lien qui les unit est rompu ou si l'adhérent cesse de payer la prime. L'exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi, par le souscripteur, d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées. Lors de la mise en demeure, le souscripteur informe l'adhérent qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la prime est susceptible d'entraîner son exclusion du contrat. Cette exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des primes ou cotisations versées antérieurement par l'assuré. »

ANNEXE A – Liste des professions appartenant au collège Médicaux paramédicaux et éligibilité à la rente invalidité dès 15% de taux d'invalidité professionnelle

PROFESSIONS	Eligible à la rente d'invalidité dès 15 % de taux d'invalidité professionnelle
Métiers Paramédicaux	
Aide-soignant	Non
Ambulancier	Non
Assistant dentaire	Non
Audioprothésiste	Non
Auxiliaire de puériculture	Non
Diététicien	Non
Ergothérapeute	Non
Infirmier	Oui
Infirmière Puéricultrice	Oui
Manipulateur en électroradiologie médicale	Non
Masseur-kinésithérapeute	Non
Opticien-lunetier	Non
Orthophoniste	Non
Orthoptiste	Non
Ostéopathe, chiropracteur	Non
Pédicure-podologue	Non
Podo-orthésiste	Non
Prothésiste dentaire	Non
Psychomotricien	Non
Sage-femme	Oui
Secrétaire médicale	Non
Technicien de laboratoire	Non
Visiteur médical	Non
Métiers pharmaceutiques	
Pharmacien	Non
Préparateur en pharmacie	Non
Métiers Médicaux sous DES ou DESC I ou II	
Sous branche classique	
Allergologue	Non
Anesthésiste, réanimateur	Oui
Dermatologue, vénérologie	Oui
Endocrinologue	Non
Gastro-Entérologue	Oui
Gériatre	Non
Hématologue	Non
Hépatologue	Non
Infectiologue	Non

Généraliste	Oui
Urgentiste	Oui
Rééducateur	Non
Néphrologue	Non
Neurologue	Non
Oncologue	Non
Pédiatre	Oui
Pneumologue	Oui
Psychiatre	Non
Rhumatologue	Non
Toxicologue	Non
Sous branche typée chirurgie	
Cardiologue	Oui
Chirurgien digestif	Oui
Stomatologue	Oui
Dentiste	Oui
Odontologue	Oui
Chirurgien orthopédique	Oui
Chirurgien plastique	Oui
Phlébologue	Oui
Gynécologue	Oui
Neurochirurgien	Oui
Obstétricien	Oui
Ophthalmologue	Oui
ORL	Oui
Traumatologue	Oui
Urologue	Oui
Sous branche pathologie	
Biochimiste	Non
Biologiste	Non
Cytologiste	Non
Généticien, Thérapie génique	Non
Immunologue	Non
Médecin légiste	Oui
Microbiologiste	Non
Sous branche imagerie	
Echographiste, élastographie	Non
Radiologue	Non
Epidémiologiste	Non
Sous branche autre	
Médecin du sport	Non
Médecin du travail	Non
Métiers spécifiques // spéciaux	
Psychanaliste	Non
Psychotérapeute	Non
Sophrologue	Non
Vétérinaire	Oui

ANNEXE B- Barèmes d'Invalidité Permanente Professionnelle

TETE	
* Hémiplégie complète	100%
* Brèche osseuse du crâne dans toute son épaisseur, surface supérieur à 12cm ²	50%
* Aliénation mentale incurable et totale	100%
* Épilepsie post-traumatique	
- 1 crise par jour	50%
- 1 à 2 crises par mois	25%
* Perte totale des deux yeux ou réduction de la vision des deux yeux à moins de 1/20ème	100%
* Perte totale d'un œil ou réduction de la vision d'un œil à moins de 1/20ème	75%
* Réduction de l'acuité visuelle d'un œil à :	
-1/20ème	60%
-1/10ème	50%
-2/10ème	35%
-3/10ème	25%
-4/10ème	18%
-5/10ème	10%
En cas de séquelles d'accident aux deux yeux, le taux d'incapacité est calculé d'après ceux indiqués ci-dessus :	il est égal au taux d'incapacité de l'œil dont l'acuité visuelle est la plus réduite, majoré de deux fois celui de l'autre œil. Il est bien entendu que l'acuité visuelle sera toujours prise avec une correction optimale
* Surdité bilatérale non appareillable	100%
* Surdité totale unilatérale non appareillable	55%
* Syndromes post-commotionnels, suivant l'importance des troubles subjectifs	2% � 5%
* Torticolis post-traumatique permanent	4%

MEMBRES SUPERIEURS	
* Perte complète du bras	100%
* Perte complète de l'avant-bras (désarticulation du coude)	100%
* Perte complète des mouvements de l'épaule	100%
* Perte complète des mouvements du poignet	100%
* Perte complète de la main (désarticulation radio carpienne)	100%
* Perte complète du pouce	100%
* Perte complète de l'index	100%
* Perte complète du médian	100%
* Perte complète de l'annulaire	50%
* Perte complète de l'auriculaire	50%
* Ankylose complète du coude (en position favorable, c'est-à-dire telle que le bras forme avec l'avant-bras un angle fixe compris en 70� et 110�)	50%
* Ankylose complète du coude (en position défavorable, c'est-à-dire telle que le bras forme avec l'avant-bras un angle fixe compris en dehors des limites précédentes)	100%
* Ankylose du pouce, totale	100%
* Ankylose du pouce, partielle (phalange unguéale)	60%
* Paralysie totale du membre supérieur	100%
* Paralysie du nerf circonflexe	100%
* Paralysie totale du nerf médian au bras	100%
* Paralysie totale du nerf médian au poignet	50%
* Paralysie totale du nerf cubital au bras	100%
* Paralysie totale du nerf cubital au poignet	40%
* Paralysie totale du nerf radial (paralysie des extenseurs)	100%

MEMBRES INFÉRIEURS

* Perte complète d'un membre inférieur (amputation au tiers supérieur ou au-dessus)	100%
* Amputation de la jambe	75%
* Perte totale des mouvements de la hanche	100%
* Désarticulation du genou	55%
* Amputation sus-malléolaire d'un pied	45%
* Désarticulation tibio-tarsienne	40%
* Amputation partielle d'un pied, comprenant tous les orteils et métatarsiens	35%
* Raccourcissement d'un membre de 7cm	40%
* Raccourcissement d'un membre de 5cm	30%
* Raccourcissement d'un membre de 3cm	20%
* Perte complète du gros orteil	35%
* Perte complète de tous les orteils	35%
* Ankylose complète du genou (en rectitude ou formant avec l'axe du membre un angle supérieur à 45°)	25%
* Ankylose complète du genou (en position défavorable, c'est-à-dire formant avec l'axe du membre un angle supérieur à 45°)	50%
* Ankylose complète de l'articulation tibio-tarsienne	20%
* Paralysie du tronc du nerf sciatique	40%
* Paralysie du nerf sciatique poplité externe	25%
* Paralysie du nerf sciatique poplité interne	20%

INCAPACITÉ PORTANT SUR DEUX MEMBRES

* Perte complète de l'usage des deux bras ou des deux mains	100%
* Perte complète de l'usage des deux jambes	100%
* Perte complète de l'usage d'un bras (ou d'une main) et d'une jambe	100%

RACHIS THORAX

* Paraplégie complète	100%
* Tétraplégie complète	100%
* Fracture de la colonne vertébrale (sans lésion de la moelle épinière)	30%
* Fracture de la colonne vertébrale dorsale ou lombaire avec contracture et gêne importante (sans lésion de la moelle épinière)	50%
* Tassement radiologique simple avec gêne moyenne	30%
* Lumbago post-traumatique	10%
* Fracture de la clavicule avec séquelles nettes	
- Droite	10%
- Gauche	5%
* Fracture multiple des côtes avec séquelles importantes	5%

1. L'Assureur détermine le taux d'Invalidité correspondant aux infirmités qui ne figurent pas ci-dessus en comparant leur gravité à celle des cas prévus suite à une expertise médicale de l'assuré par l'assureur.
2. Le taux définitif après un accident qui atteindrait un membre ou un organe déjà lésé sera égal à la différence entre le taux déterminé à partir du barème ci-dessus et de ses conditions d'application et le taux antérieur à l'accident.
3. Si l'accident entraîne plusieurs infirmités, le taux d'invalidité utilisé pour le calcul de la somme que l'Assureur versera sera calculé en appliquant au taux du barème ci-dessus la méthode retenue par la Sécurité Sociale de l'assuré pour la détermination du taux d'invalidité en cas d'accident du travail.
4. L'invalidité totale ou partielle d'un membre ou organe est assimilée à sa perte totale ou partielle.
5. L'application du barème ci-dessus suppose que la victime ait suivi un traitement médical normal. S'il en était autrement, le taux serait déterminé compte tenu des conséquences qu'aurait eu l'accident sur une personne ayant suivi un traitement médical normal.

ANNEXE C
Barème d'invalidité permanente
(Barème Officiel annexé au Décret 2003-314 du 4 avril 2003)

Taux d'Invalidité Professionnelle (IP)	Taux d'Invalidité Fonctionnelle (IF)								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10	15,87	20,80	25,20	29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20	20,00	26,21	31,75	36,84	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30	22,89	30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,41	58,09	63,50	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	28,84	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,68	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,77	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,53	92,83
90	33,02	43,27	52,41	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

/



www.cipres.fr

CIPRÉS Assurances – 37, rue Anatole France 92300 Levallois-Perret
 SAS au capital de 1 208 944 € - SIREN 552 068 199 – N° ORIAS : 07 000 398 – www.orias.fr
 Sous le contrôle de l'ACPR, Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution – 61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09 – www.acpr.banque-france.fr
 Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes au Code des assurances

CG_GPE_09/2017

DESIGNATION SPECIFIQUE OU MODIFICATION DE LA DESIGNATION EXPRESSE DE BENEFICIAIRE(S) DU CAPITAL EN CAS DE DECES TOUTES CAUSES

Certificat d'adhésion n° :
Ou à défaut référence projet n° :

Toute désignation expresse de bénéficiaire(s) incomplète, illisible, raturée ou corrigée sera retournée par CIPRES Assurances.

Pour rappel, la désignation de bénéficiaire peut viser une personne physique ou morale y compris une association.

Conformément à nos conditions générales, la désignation d'un établissement bancaire n'est autorisée qu'après au moins six mois d'adhésion.

Pour plus d'informations sur la désignation expresse de bénéficiaire vous pouvez vous rapporter au document « QUELQUES CONSEILS POUR COMPLETER VOTRE CLAUSE BENEFICIAIRE ».

Je soussigné(e), NOM : **NOM DE NAISSANCE :** **PRENOMS:**

Date de naissance: / / Commune et département de naissance :/.....

Adresse : Code postal: Ville :

Procède par la présente demande à la modification de la désignation de bénéficiaire faite antérieurement, et déclare désigner comme bénéficiaire(s) du capital décès toutes causes garanti par le certificat d'adhésion la/les personne(s) ci-dessous* :

*Dans tous les cas, il est précisé que les éventuelles majorations de capital pour enfant à charge résultant de la situation de famille de l'assuré seront versées aux enfants à charge de l'assuré au moment de son décès ou à leur représentant légal.
Cette désignation s'applique uniquement pour la garantie en cas de décès toutes causes telle que prévue aux conditions générales.*

RANG	NOM(S) (nom marital et nom de jeune fille)	PRENOM(S)	QUALITE (facultatif) Ex : lien de parenté	DATE ET LIEU DE NAISSANCE	ADRESSE	% du capital ou à part égales
			/...../..... Commune et département de naissance :		
			/...../..... Commune et département de naissance :		
			/...../..... Commune et département de naissance :		
			/...../..... Commune et département de naissance :		

A DEFAUT MES HERITIERS.

**Veuillez indiquer les rang, nom, nom de naissance, prénom, qualité, date et lieu de naissance et adresse du(es) bénéficiaire(s) pour permettre d'identifier plus facilement et sans équivoque le(s) bénéficiaire(s). En cas de désignation de plusieurs bénéficiaires au même rang, veuillez indiquer le taux de répartition.*

NOUS VOUS CONSEILLONS DE VEILLER A METTRE A JOUR CETTE DESIGNATION EN CAS DE MODIFICATIONS VOUS AFFECTANT OU AFFECTANT VOS BENEFICIAIRES.

TOUTE DESIGNATION OU MODIFICATION DE BENEFICIAIRE NON PORTEE A LA CONNAISSANCE DE L'ASSUREUR LUI EST INOPPOSABLE.

En l'absence de bénéficiaire expressément désigné, le capital décès sera versé conformément à la clause contractuelle ci-dessous : Au conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps ou au partenaire de PACS, à défaut aux enfants (vivants ou représentés), nés ou à naître par parts égales entre eux, à défaut aux ascendants par parts égales entre eux, à défaut aux héritiers légaux au sens du code civil.

Cette désignation rend nulle et non avenue toute disposition antérieure sauf si cette dernière a fait l'objet d'une acceptation par son (ses) bénéficiaire(s) dans les conditions de l'article L132-9 du code des assurances.

Attention : la désignation d'un bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation. L'acceptation est faite par acte authentique ou sous seing privé signé par vous-même et le bénéficiaire, et devra être notifié à CIPRES Assurances pour produire ses effets.

Si vous souhaitez modifier votre désignation alors qu'elle a fait l'objet d'une acceptation par le ou les bénéficiaires précédemment désignés, vous devrez obtenir son accord pour le ou les révoquer.

*Les informations concernant l'assuré et ses bénéficiaires sont utilisées conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978. Elles sont exclusivement communiquées aux services de l'assureur et, le cas échéant, aux mandataires de ce dernier, aux réassureurs ou organismes professionnels concernés par le contrat.
L'assuré et ses bénéficiaires peuvent accéder aux informations le concernant et demander de procéder aux rectifications nécessaires auprès du Service Clients CIPRÉS vie, 37 rue Anatole France 92532 LEVALLOIS-PERRET CEDEX E-mail : contact@cipres.fr.*

Fait à, le

Signature :

Le présent document a pour objet d'apporter à l'assuré des conseils généraux et non exhaustifs pour compléter sa désignation de bénéficiaire(s). Il ne dispense pas l'assuré de recueillir éventuellement l'avis de son conseil afin de s'assurer que la rédaction de la clause bénéficiaire permet de prendre en compte sa situation personnelle et ses volontés réelles.

Vous avez le choix d'opter pour la clause contractuelle type ou pour une clause spécifique adaptée à votre situation personnelle. Pour rappel, la désignation de bénéficiaire peut viser une personne physique ou morale y compris une association. Il est cependant interdit de désigner un animal, ou un ministre des cultes. Conformément à nos conditions générales, la désignation d'un établissement bancaire n'est autorisée qu'après au moins six mois d'adhésion.

1- Clause contractuelle type de désignation de bénéficiaire :

Cette clause bénéficiaire est la clause qui s'applique automatiquement à tous les assurés qui n'ont pas rédigé de clause bénéficiaire spécifique à l'adhésion ou postérieurement à celle-ci.

Le capital garanti en cas de décès de l'assuré est alors attribué :

- à son conjoint survivant non séparé de corps par un jugement définitif, non divorcé, ou à son partenaire de PACS non séparé ;
- à défaut à ses enfants (vivants ou représentés), nés ou à naître, par parts égales entre eux ;
- à défaut à ses ascendants par parts égales entre eux ;
- à défaut aux autres héritiers de l'assuré.

2- Désignation spécifique de bénéficiaire:

Vous pouvez rédiger une clause de désignation spécifique si vous souhaitez que l'ordre de désignation des bénéficiaires de votre capital ou les bénéficiaires eux-mêmes soient différents des dispositions énoncées ci-dessus. **Vous devez alors compléter une clause de désignation spécifique.**

Vous devez désigner expressément le(s) bénéficiaire(s) de votre choix :

- en les nommant expressément en précisant leurs nom, nom de naissance, prénom(s), date et lieu de naissance, adresse complète, ainsi que le taux de répartition en cas de désignation de plusieurs bénéficiaires.
- Et éventuellement en indiquant leur qualité (c'est-à-dire son statut par rapport à vous. Ex : mon conjoint, mes enfants,...) ainsi que le taux de répartition et éventuellement le rang en cas de désignation de plusieurs bénéficiaires.

Si vous indiquez le bénéficiaire par sa qualité en désignant par exemple « mon conjoint » et non pas en le nommant expressément, cela permet d'éviter un changement de bénéficiaire en cas de divorce et de remariage. Le capital sera donc versé à la personne qui a la qualité de conjoint au jour de votre décès.

Nous attirons votre attention sur les points suivants :

1. Il est préférable de **désigner plusieurs personnes** car en l'absence de bénéficiaire désigné à la date du décès, le capital fait partie de la succession et peut être soumis aux droits de mutation.
2. **En cas de pluralité de bénéficiaires, il est indispensable de préciser l'ordre de priorité (rang) et la répartition du capital :**
 - **si l'un d'eux est prioritaire par rapport aux autres**, il faut faire suivre sa désignation de la mention « ou à défaut telle autre personne » et ainsi de suite pour l'ensemble des bénéficiaires ;
 - **si toutes les personnes mentionnées sont bénéficiaires** : mais pour une part différente par rapport aux autres, il convient d'indiquer la part respective de chacun en pourcentage du capital total s'ils sont tous bénéficiaires concurremment (ex: Mme X: 60 %, M. Y: 40 %) ;
 - **si aucun d'eux n'est prioritaire**, il convient de faire suivre l'énumération des bénéficiaires de la mention « par parts égales et, en cas de décès de l'un d'entre d'eux, la totalité aux survivants par parts égales » pour permettre le report de la part du bénéficiaire qui décéderait avant l'assuré lui-même aux autres bénéficiaires.
3. **Pour les bénéficiaires autres que le conjoint, le partenaire, les enfants ou les ascendants**, il est indispensable de préciser les nom, nom de naissance, prénom(s), date et lieu de naissance (commune et département de naissance) et adresse.
4. **Si l'assuré désigne « ses enfants »**, il est préférable de ne pas mentionner leurs noms, mais d'indiquer « mes enfants nés ou à naître par parts égales entre eux, vivants ou représentés » comme énoncé dans la clause contractuelle type. Dans le cas contraire, cela exclurait les enfants à naître.

3- La modification de la clause bénéficiaire :

Vous avez la possibilité de modifier à tout moment le(s) bénéficiaire(s) désignés initialement par la clause contractuelle type ou par la clause de désignation particulière. Il vous suffit de rédiger la nouvelle clause bénéficiaire sur papier libre ou à l'aide du formulaire de « **DESIGNATION EXPRESSE DE BÉNÉFICIAIRE(S) DU CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS** » et de l'adresser par courrier à CIPRES Assurances.

Il est en effet important de mettre à jour votre désignation de clause bénéficiaire notamment en fonction de l'évolution de votre situation familiale.

Attention : la désignation d'un bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation. L'acceptation est faite par acte authentique ou sous seing privé signé par vous-même et le bénéficiaire, et devra être notifié à CIPRES Assurances pour produire ses effets.

Si vous souhaitez modifier votre désignation alors qu'elle a fait l'objet d'une acceptation par le ou les bénéficiaires précédemment désignés, vous devrez obtenir son accord pour le ou les révoquer.



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

REFERENCE UNIQUE DU MANDAT (RUM)

W17517A15113C0

(RUM fournie par CIPRES Assurances)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CIPRES Assurances, à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et CAISSE D'EPARGNE, votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CIPRES Assurances. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

CANDIDAT A L'ASSURANCE (LE DEBITEUR)

NOM : EURL HMONG LBM PRENOM :

ADRESSE : 191 Chemin DE VERS -

CP : 38440 VILLE : SAINT JEAN DE BOURNAY

COORDONNEES BANCAIRES :

CODE IBAN (NUMERO D'IDENTIFICATION INTERNATIONAL DU COMPTE BANCAIRE)

FR 7 6 1 3 8 2 5 0 0 2 0 0 0 8 0 1 0 9 3 0 4 1 1 8 9

CODE BIC (NUMERO D'IDENTIFICATION DE VOTRE BANQUE)

CEPAFRPP382

NOTE : VOS DROITS CONCERNANT LE PRESENT MANDAT SONT EXPLIQUES DANS UN DOCUMENT QUE VOUS POUVEZ OBTENIR AUPRES DE VOTRE BANQUE

ORGANISME ASSUREUR OU SON DELEGATAIRE (LE CREANCIER)

NOM : CIPRES Assurances IDENTIFIANT ICS: FR12ZZZ400404

ADRESSE : 37, rue Anatole France

CP : 92300 VILLE : LEVALLOIS

TYPE DE PAIEMENT : REPETITIF PONCTUEL

SIGNATURE DU CANDIDAT A L'ASSURANCE

SIGNATURE :
FAIT A LE

CE DOCUMENT EST A RETOURNER A L'ORGANISME CREANCIER

Votre adhésion
déductible Madelin

Votre Conseiller Correspondant

CAPITIS CONSEIL

Lieudit "le Bois des Côtes"

Celtic Parc - 304 RN 6

69760 LIMONEST

Tél: 0472170301

Fax: 0472170252

REGIME PREVOYANCE

PROTECFI
CERTIFICAT D'ADHESION N° GPEW709209PR
au contrat N° 2705037600000R98

Souscrit par l'association ENTREPRENEURS & GO TNS auprès de AXA France Vie et géré par CIPRES Assurances

ASSURE :

EURL HMONG LBM

191 Chemin DE VERS

38440 SAINT JEAN DE BOURNAY

Ci-après dénommé l'entreprise adhérente.

Article 1 - DISPOSITIONS GENERALES

Le présent certificat d'adhésion N° GPEW709209PR est régi par le contrat cadre portant le numéro de police 2705037600000R98 souscrit auprès de AXA France Vie et la Notice d'Information en annexe, valant Conditions Générales.

Le présent certificat d'adhésion joint aux conditions générales souscrites par ENTREPRENEURS & GO TNS constituent l'adhésion au contrat

Article 2 - CONDITIONS PARTICULIERES

Personne assurée : LYBLIAMAY YENKONG

Né(e) le : 10/07/1986

Date d'effet : 01/12/2017

Montant à assurer : 0,2 du plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS)

Article 3 - GARANTIES

Le niveau et détail des garanties sont précisés en annexe 1

Article 4 - COTISATIONS - PRESTATIONS

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale.

Les taux de cotisations sont fixés comme suit :

GARANTIES	Jusqu'à 1PASS
Protecfi	1,24%
Protecfi Rachat de franchise	0,71%
Cotisation totale :	1,95%

Tableau des frais	
Quittancement	1€
Relance	4€ par échéance
Rejet	4€ par rejet
Mise en demeure	15€

Modalité d'appel des cotisations : **Mensuellement d'avance par prélèvement automatique**

Les cotisations sont appelées par :

CIPRES Assurances

37 rue Anatole France

92 532 LEVALLOIS- PERRET CEDEX

Téléphone : **01.77.680.104** Fax : **01.77.681.681**

Les prestations sont gérées par :

CIPRES Assurances Prévoyance

37 rue Anatole France

92 300 LEVALLOIS- PERRET

Téléphone : **01.77.680.190** Fax : **01.77.683.683**

Article 5 - AUTRES DISPOSITIONS

- Adhésion à l'association :** L'adhérent déclare être membre de l'Association «ENTREPRENEURS & GO TNS» sise 71 boulevard Gouvion Saint Cyr, 75017 PARIS (cotisation annuelle fixée à 21€ par adhérent).
- Obligation d'information et devoir de conseil :** Conformément à l'article L 520-1 du Code des Assurances (Loi 2005-1564 du 15 décembre 2005) et au Code de Conduite du 14 mai 2009 régissant les rapports entre les courtiers grossistes souscripteurs en assurance et les courtiers directs dans l'exécution auprès du client des obligations d'information et de conseil, le Conseiller Correspondant a informé et conseillé l'adhérent (présentation, recueil de besoins, analyse de besoins, préconisation de solutions).
- Déclaration de l'adhérent :** Conformément à la loi n° 2005-15643 du 15 décembre 2005 complétée par le décret n° 2006-1091 du 30 août 2006, l'adhérent atteste que les garanties, objet du présent certificat correspondent aux besoins qu'il a exprimés et sont conformes aux préconisations de son assureur conseil.
- Traitement de la Réclamation :** Conformément à la recommandation de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) relative au traitement de la réclamation (2011-R-05 du 15/12/2011 de l'ACPR), une adresse courriel réclamation@cipres.fr est à votre disposition ainsi qu'un formulaire en ligne sur le site www.cipres.fr rubrique "Nous contacter".
Votre Assureur Conseil ainsi que votre Gestionnaire restent à votre disposition pour toute demande d'information ou acte de gestion courante.

Ce certificat d'adhésion est établi sous réserve de contrôles réalisés sur l'exactitude des informations transmises, sous un délai de 30 jours à compter de l'émission du présent document.

A _____ le _____

L'adhérent (Signature et cachet)

Fait à Levallois Perret, le 30/11/2017

Pour l'assureur, par délégation

ANNEXE 1 GARANTIES - CERTIFICAT D'ADHESION N° GPEW709209PR

FRAIS GENERAUX PERMANENTS

Versement d'une indemnité, versée exclusivement au bénéfice de l'adhérent, au prorata des frais généraux souscrits en cas d'arrêt de travail par maladie ou par accident de l'homme clé assuré, égale à 1/365ème du montant garanti indiqué à l'article 2, à compter du 31ème jour d'arrêt pendant une période de 365 jours maximum. Un délai de carence de 3 mois est applicable en cas d'arrêt par maladie.

RACHAT DE FRANCHISE

La franchise est ramenée à 3 jours en cas d'accident, d'hospitalisation de plus de 24 heures liée à l'arrêt de travail, ou d'hospitalisation de moins de 24h liée à l'arrêt de travail mais ayant nécessité l'intervention d'un chirurgien et d'une anesthésie locale ou générale.

Votre adhésion
déductible Madelin

Votre Conseiller Correspondant

CAPITIS CONSEIL

Lieudit "le Bois des Côtes"

Celtic Parc - 304 RN 6

69760 LIMONEST

Tél: 0472170301

Fax: 0472170252

REGIME PREVOYANCE

PROTECFI
CERTIFICAT D'ADHESION N° GPEW709209PR
au contrat N° 2705037600000R98

Souscrit par l'association ENTREPRENEURS & GO TNS auprès de AXA France Vie et géré par CIPRES Assurances

ASSURE :

EURL HMONG LBM

191 Chemin DE VERS

38440 SAINT JEAN DE BOURNAY

Ci-après dénommé l'entreprise adhérente.

Article 1 - DISPOSITIONS GENERALES

Le présent certificat d'adhésion N° GPEW709209PR est régi par le contrat cadre portant le numéro de police 2705037600000R98 souscrit auprès de AXA France Vie et la Notice d'Information en annexe, valant Conditions Générales.

Le présent certificat d'adhésion joint aux conditions générales souscrites par ENTREPRENEURS & GO TNS constituent l'adhésion au contrat

Article 2 - CONDITIONS PARTICULIERES

Personne assurée : LYBLIAMAY YENKONG

Né(e) le : 10/07/1986

Date d'effet : 01/12/2017

Montant à assurer : 0,2 du plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS)

Article 3 - GARANTIES

Le niveau et détail des garanties sont précisés en annexe 1

Article 4 - COTISATIONS - PRESTATIONS

Les cotisations sont exprimées en pourcentage du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale.

Les taux de cotisations sont fixés comme suit :

GARANTIES	Jusqu'à 1PASS
Protecfi	1,24%
Protecfi Rachat de franchise	0,71%
Cotisation totale :	1,95%

Tableau des frais	
Quittancement	1€
Relance	4€ par échéance
Rejet	4€ par rejet
Mise en demeure	15€

Modalité d'appel des cotisations : **Mensuellement d'avance par prélèvement automatique**

Les cotisations sont appelées par :

CIPRES Assurances

37 rue Anatole France

92 532 LEVALLOIS- PERRET CEDEX

Téléphone : **01.77.680.104** Fax : **01.77.681.681**

Les prestations sont gérées par :

CIPRES Assurances Prévoyance

37 rue Anatole France

92 300 LEVALLOIS- PERRET

Téléphone : **01.77.680.190** Fax : **01.77.683.683**

Article 5 - AUTRES DISPOSITIONS

- Adhésion à l'association :** L'adhérent déclare être membre de l'Association «ENTREPRENEURS & GO TNS» sise 71 boulevard Gouvion Saint Cyr, 75017 PARIS (cotisation annuelle fixée à 21€ par adhérent).
- Obligation d'information et devoir de conseil :** Conformément à l'article L 520-1 du Code des Assurances (Loi 2005-1564 du 15 décembre 2005) et au Code de Conduite du 14 mai 2009 régissant les rapports entre les courtiers grossistes souscripteurs en assurance et les courtiers directs dans l'exécution auprès du client des obligations d'information et de conseil, le Conseiller Correspondant a informé et conseillé l'adhérent (présentation, recueil de besoins, analyse de besoins, préconisation de solutions).
- Déclaration de l'adhérent :** Conformément à la loi n° 2005-15643 du 15 décembre 2005 complétée par le décret n° 2006-1091 du 30 août 2006, l'adhérent atteste que les garanties, objet du présent certificat correspondent aux besoins qu'il a exprimés et sont conformes aux préconisations de son assureur conseil.
- Traitement de la Réclamation :** Conformément à la recommandation de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) relative au traitement de la réclamation (2011-R-05 du 15/12/2011 de l'ACPR), une adresse courriel réclamation@cipres.fr est à votre disposition ainsi qu'un formulaire en ligne sur le site www.cipres.fr rubrique "Nous contacter".
Votre Assureur Conseil ainsi que votre Gestionnaire restent à votre disposition pour toute demande d'information ou acte de gestion courante.

Ce certificat d'adhésion est établi sous réserve de contrôles réalisés sur l'exactitude des informations transmises, sous un délai de 30 jours à compter de l'émission du présent document.

A _____ le _____

L'adhérent (Signature et cachet)

Fait à Levallois Perret, le 30/11/2017

Pour l'assureur, par délégation

ANNEXE 1 GARANTIES - CERTIFICAT D'ADHESION N° GPEW709209PR

FRAIS GENERAUX PERMANENTS

Versement d'une indemnité, versée exclusivement au bénéfice de l'adhérent, au prorata des frais généraux souscrits en cas d'arrêt de travail par maladie ou par accident de l'homme clé assuré, égale à 1/365ème du montant garanti indiqué à l'article 2, à compter du 31ème jour d'arrêt pendant une période de 365 jours maximum. Un délai de carence de 3 mois est applicable en cas d'arrêt par maladie.

RACHAT DE FRANCHISE

La franchise est ramenée à 3 jours en cas d'accident, d'hospitalisation de plus de 24 heures liée à l'arrêt de travail, ou d'hospitalisation de moins de 24h liée à l'arrêt de travail mais ayant nécessité l'intervention d'un chirurgien et d'une anesthésie locale ou générale.



PROTECFI

**Frais Généraux
Permanents**

CONDITIONS GÉNÉRALES

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT COLLECTIF PREVOYANCE

n° 270503760000R98

Souscrit par ENTREPRENEURS & GO TNS, sise 71 boulevard Gouvion Saint Cyr - 75017
PARIS

auprès de AXA France Vie, RCS - 310 499 959, Entreprise régie par le code des
assurances, Siège social : 313 Esplanade DE L'ARCHE CS 30051 92727 NANTERRE
CEDEX La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

et géré par CIPRES Assurances, 37 rue Anatole France 92532 LEVALLOIS-PERRET
CEDEX, RCS - 552 068 199 00033, ORIAS N° 07 000 398



CIPRÉS
Assurances

Sommaire

CHAPITRE 1. DISPOSITIONS GENERALES	1
Article 1.1. PREAMBULE	1
Article 1.2. OBJET DU CONTRAT	2
Article 1.3. RESILIATION DU CONTRAT.....	2
Article 1.4. BASES LEGALES	2
1.4.1 Incontestabilité	2
1.4.2 Prescription.....	2
1.4.3. Loi Informatique et Libertés	3
1.4.4. Réclamations – Médiation.....	3
1.4.5. Lutte anti-blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme.....	3
Article 1.5. RENONCIATION.....	3
1.5.1. Conclusion de l’adhésion à distance	3
1.5.2. Démarchage à domicile.....	3
1.5.3. Modèle de lettre de renonciation.....	4
Chapitre 2. ADHESION.....	4
Article 2.1. CONDITIONS D’ADHESION	4
Article 2.2. MODALITES D’ADHESION	4
Article 2.3. EVOLUTION DU MONTANT A ASSURER ET DES GARANTIES EN COURS D’ADHESION	5
2.3.1. Augmentation du traitement de base ou ajout de garanties ...	5
2.3.2. Diminution du traitement de base ou suppression de garanties	5
Article 2.4. DATE D’EFFET - RENOUELEMENT DE L’ADHESION	5
Article 2.5. RESILIATION DE L’ADHESION	5
2.5.1. Résiliation par l’adhérent	5
2.5.2. Résiliation par l’assureur	5
2.5.3. Effets de la résiliation.....	5
Article 2.6. NULLITE DE L’ADHESION	5
Article 2.7. OBLIGATIONS DE L’ENTREPRISE ADHERENTE	6
Article 2.8. ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE- DELAIS D’ATTENTE	6
Article 2.9. FIN DE LA GARANTIE	6
CHAPITRE 3. GARANTIE	6
ARTICLE 3.1. TERMINOLOGIE	6
Article 3.2. OBJET DE LA GARANTIE	6
Article 3.3. MODALITES DE VERSEMENT DE LA PRESTATION	6
Article 3.4. ETENDUETERRITORIALE	7
CHAPITRE 4. EXCLUSIONS.....	7
CHAPITRE 5. PRESTATIONS	8
Article 5.1. CALCUL DE L’INDEMNITE	8
Article 5.2. CLAUSE DE RESERVE	8
Article 5.3. DECLARATION EN CAS DE SINISTRE	8
Article 5.4. DETERMINATION DE LA DUREE DE L’ARRET DE TRAVAIL ET CONTROLE MEDICAL	8
Article 5.5. PAIEMENT DE L’INDEMNITE.....	8
Article 5.6. SUBROGATION	8
CHAPITRE 6 COTISATIONS	8

Article 6.1. DETERMINATION DES COTISATIONS	8
6.1.1 Taux de cotisations	8
6.1.2. Frais de gestion administratifs	9
Article 6.2. ASSIETTE DES COTISATIONS.....	9
Article 6.3. PAIEMENT DES COTISATIONS	9
6.3.1. Modalités de paiement	9
6.3.2. Evolution des cotisations.....	9
Article 6.4. DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS PAR L’ADHERENT.....	9

CHAPITRE 1. DISPOSITIONS GENERALES

Article 1.1. PREAMBULE

Dans le texte ci-après, le terme de :

« **souscripteur** » désigne l’association Entrepreneurs & Go TNS, souscripteur du Contrat ;

• « **assureur** » désigne AXA France Vie, RCS - 310 499 959, Entreprise régie par le code des assurances, Siège social : 313, TERRASSES DE L’ARCHE 92727 NANTERRE CEDEX, assureur du contrat ;

• « **entreprise adhérente** » désigne l’entreprise ayant son siège social en France métropolitaine ou à la Réunion, membre de l’association souscriptrice, qui a adhéré au contrat après acceptation de l’assureur ;

• « **assuré** » : désigne le travailleur non salarié ou mandataire social en activité.

- **Gérant majoritaire** : désigne le commerçant ou l’artisan, travailleur non salarié, exerçant en société, affilié en prévoyance (décès – arrêt de travail) au RSI commerçant ou artisan, membre de l’association Entrepreneurs & Go TNS et « affilié/assuré » au contrat, après acceptation de l’assureur ;

- **Mandataire social** : désigne le président de SAS ou de SASU, ou le gérant minoritaire ou égalitaire de SARL, bénéficiant des prestations de la sécurité sociale, membre de l’association Entrepreneurs & Go TNS et « affilié/assuré » au contrat, après acceptation de l’assureur,

- **Indépendant** : désigne le commerçant ou l’artisan en nom propre, affilié en Prévoyance (décès – arrêt de travail) au RSI, membre de l’association Entrepreneurs & Go TNS, et « affilié/assuré » au contrat, après acceptation de l’assureur,

- **Libéral** : désigne le Travailleur non salarié exerçant en nom propre ou en société, affilié en Prévoyance (décès – arrêt de travail) à une caisse CIPAV, CRN, CAVEC, CAVAMAC, CAVOM ou CNBF, membre de l’association Entrepreneurs & Go TNS et « affilié/assuré » au contrat, après acceptation de l’assureur,

- **Médical** : désigne le professionnel médical exerçant son activité à titre libéral, affilié en Prévoyance (décès – arrêt de travail) à une Caisse CARMF, CARCDSF, CARPV, CAVP, membre de l’association Entrepreneurs & Go TNS, et « affilié/assuré » au contrat, après acceptation de l’assureur,

Peuvent adhérer au contrat les travailleurs non-salariés en activité exerçant une des professions suivantes :

- Chirurgiens-dentistes
- Médecins-chirurgiens
- Médecins généralistes
- Médecins spécialistes

- Pharmaciens
- Sages-femmes
- Vétérinaires
- Paramédical : désigne le professionnel paramédical exerçant son activité à titre libéral, en société ou en nom propre, affilié en prévoyance (décès – arrêt de travail) à une Caisse CARPIMKO, RSI ou CIPAV, membre de l'association Entrepreneurs & Go TNS, et « affilié/assuré » au contrat, après acceptation de l'assureur,
- Agricole : désigne le travailleur non salarié agricole, en nom propre ou en société, affilié en Prévoyance (décès – arrêt de travail) à la Caisse MSA, membre de l'association Entrepreneurs & Go TNS, et « affilié/assuré » au contrat, après acceptation de l'assureur,
- Artiste-Auteur : désigne le travailleur non salarié titulaire d'un numéro SIRET, affilié à l'AGESSA ou à la MDA, affilié au RSI ou à la Sécurité sociale, membre de l'association Entrepreneurs & Go TNS et « affilié/assuré » au contrat, après acceptation de l'assureur.
Peuvent adhérer au contrat les travailleurs non-salariés en activité exerçant une des professions suivantes :
 - Dessinateur, peintre
 - Illustrateur
 - Maquettiste, décorateur
 - Graveur
 - Sculpteur
 - Plasticien
 - Tapissier
 - Graphiste
 - Céramiste
 - Ecrivain
 - Illustrateur littéraire
 - Auteur ou compositeur de musique
 - Auteur cinéma ou audiovisuel
 - Photographe (à l'exclusion des reporters photographes).
- « **Courtier conseil** » : désigne le courtier au sens de l'article R.511-2 I 1° du Code des assurances exerçant une activité d'intermédiation dans les conditions prévues aux articles L.520-1 et suivants du même code.
- « **gestionnaire** » : désigne CIPRÉS Assurances, mandaté par le souscripteur pour la conception et la souscription du contrat, et par l'assureur pour la gestion de celui-ci ;
- « **contrat** » : désigne le contrat collectif à adhésion facultative conclu entre le souscripteur et l'assureur ;
- « **Certificat d'Adhésion** » : désigne les conditions particulières retenues par l'adhérent au titre du présent contrat ;
- « **force majeure** » désigne la force majeure en matière contractuelle telle que définie à l'article 1218 du code civil

Lorsque des termes utilisés dans le texte du présent Contrat ne sont pas définis mais sont susceptibles d'avoir un sens spécifique dans le domaine de l'assurance, ces termes seront interprétés conformément à ce sens spécifique.

Article 1.2. OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet la mise en œuvre de la garantie « Frais Généraux Permanents » remboursant à l'entreprise adhérente tout ou partie des frais généraux professionnels permanents engagés lorsque l'assuré est en arrêt de travail total par suite de maladie ou d'accident.

Il est entendu que l'arrêt de travail total de l'assuré doit entraîner un préjudice dans le fonctionnement normal de l'entreprise adhérente.

Article 1.3. RESILIATION DU CONTRAT

En cas de résiliation du contrat, les adhésions en cours à la date d'effet de la résiliation du contrat continuent à produire leurs effets. Aucune nouvelle adhésion n'est possible au-delà de la date d'effet de la résiliation du contrat, ce dernier n'étant plus distribué.

Le souscripteur a toutefois la possibilité de transférer toutes les adhésions en cours à la date d'effet de la résiliation du contrat auprès d'un nouvel assureur.

Article 1.4. BASES LEGALES

Le contrat d'assurance est régi par le Code des assurances.

L'Assureur et le Gestionnaire sont contrôlés par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61 rue Taitbout – 75009 Paris.

En cas d'évolution législative ou réglementaire, le présent contrat sera adapté par l'assureur afin de rester en conformité avec le droit français.

1.4.1 Incontestabilité

Le Certificat d'adhésion, basé sur les déclarations des assurés lors de l'adhésion, est incontestable dès qu'il a pris existence, sauf effet des dispositions relatives à la fausse déclaration prévues par les articles L.113-8 (fausse déclaration intentionnelle), L.113-9 (fausse déclaration non intentionnelle) et L.132-26 (erreur sur l'âge de l'assuré) du Code des Assurances.

Article L 113-8 du code des assurances : « Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. »

Article L 113-9 du code des assurances : « L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. »

Article L. 132-26 du code des assurances : « L'erreur sur l'âge de l'assuré n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les tarifs de l'assureur.

Dans tout autre cas, si par suite d'une erreur de ce genre, la prime payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital ou la rente garantis sont réduits en proportion de la prime perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable de l'assuré. Si au contraire, par suite d'une erreur sur l'âge de l'assuré, une prime trop forte a été payée, l'assureur est tenu de restituer la portion de prime qu'il a reçue en trop sans intérêt. »

1.4.2 Prescription

Article L114-1 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 du souscripteur 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. ».

Article L114-2 du Code des Assurances : « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'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. ».

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énumérées aux articles 2240 et suivants du code civil. Il s'agit notamment de :

- la reconnaissance par le débiteur du droit du poursuivant (article 2240 du code civil) ;
- la citation en justice, même en référé. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du code civil) ;
- l'interruption résultant de la demande en justice jusqu'à l'extinction de l'instance (article 2242 du code civil) ; l'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (article 2243 du code civil) ;
- un acte d'exécution forcée (article 2244 du code civil).

Article L. 114-3 du Code des assurances : « Par dérogation à l'article 2254 du Code Civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci ».

1.4.3. Loi Informatique et Libertés

Les informations collectées font l'objet d'un traitement informatique par CIPRÉS Assurances ayant pour finalité la gestion du contrat d'assurance de l'adhérent et de ses bénéficiaires. Les informations collectées sont destinées aux services habilités de CIPRÉS Assurances et seront partagées avec ses partenaires contractuels à des fins de gestion des contrats d'assurance. En aucun cas, les données personnelles collectées ne seront utilisées à d'autres fins et/ou communiquées à d'autres organismes. Les données recueillies seront conservées par CIPRÉS Assurances en sa qualité de responsable de traitement.

Conformément à la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 telle que modifiée, l'adhérent et ses ayants droit / bénéficiaires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui les concernent. Ils peuvent également, pour des motifs légitimes, s'opposer au traitement de ces données. Ces droits peuvent être exercés par courrier, accompagné d'une copie d'une pièce d'identité, à l'adresse suivante :

**« CIPRÉS Assurances RECTIFICATION DONNEES
INFORMATIQUES ET LIBERTES » 37, rue Anatole France - 92300
LEVALLOIS PERRET
e-mail : contact@cipres.fr**

L'adhérent, les assurés et leurs bénéficiaires disposent également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel (Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr).

CIPRÉS Assurances et ses partenaires s'engagent à prendre toutes les mesures nécessaires afin d'assurer un bon niveau de sécurité et de confidentialité des données traitées.

1.4.4. Réclamations – Médiation

En cas de mécontentement ou d'insatisfaction dans l'application des dispositions de la présente adhésion, l'adhérent et ses ayants droit / bénéficiaires peuvent s'adresser au Service Réclamation de CIPRÉS Assurances qui traitera leur réclamation. Cette réclamation peut être adressée à l'adresse suivante :

**« Service Réclamation CIPRÉS Assurances »
37, rue Anatole France - 92300 LEVALLOIS PERRET
e-mail : reclamation@cipres.fr**

Conformément à la réglementation en vigueur, CIPRÉS Assurances s'engage à accuser réception de la réclamation sous dix jours et à apporter une réponse sous deux mois.

Si la réponse apportée ne lui satisfait pas, et après avoir épuisé les voies de recours auprès du gestionnaire sur délégation de l'assureur, l'Adhérent, les ayants droit ou les bénéficiaires pourront demander un avis au médiateur en adressant un courrier à l'adresse suivante :

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

Le médiateur, personnalité extérieure à CIPRÉS Assurances, rend son avis en toute indépendance. Les modalités de saisine du médiateur pourront être adressées à l'adhérent et/ou aux ayants droit / bénéficiaires sur simple demande auprès du Service Réclamation dont l'adresse figure ci-dessus. En cas de désaccord persistant, le recours à une action en justice reste toujours possible. Toutes contestations éventuelles à défaut d'accord amiable sont de la compétence des Tribunaux Civils français.

1.4.5. Lutte anti-blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme

Dans le cadre de l'application des dispositions de la présente adhésion, CIPRÉS Assurances s'engage à respecter la législation applicable en matière de Lutte contre le Blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et notamment les dispositions des articles L.561-1 et suivants du code monétaire et financier, ainsi que ses textes d'application présents et à venir.

Article 1.5. RENONCIATION

1.5.1. Conclusion de l'adhésion à distance

Conformément à l'article L.112-2-1 du code des assurances, l'assuré dispose d'un délai de QUATORZE (14) jours calendaires révolus pour exercer son droit de renonciation, par lettre recommandée avec avis de réception à l'adresse suivante :

**« CIPRÉS Assurances - Service Production »
37 rue Anatole France
92532 LEVALLOIS PERRET CEDEX**

L'adhérent n'a alors pas à justifier du motif de la renonciation ni à supporter de pénalités. Ce délai court à compter de la date de signature du Certificat d'Adhésion.

1.5.2. Démarchage à domicile

Conformément à l'article L112-9 du code des assurances, « I.- Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui

n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de QUATORZE (14) jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités. ».

L'exercice du droit de renonciation dans le délai prévu ci-avant entraîne la résiliation de l'adhésion à compter de la date de réception de la lettre recommandée. Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat, l'adhérent ne peut plus exercer ce droit de renonciation. L'adhérent est tenu au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de la résiliation. Le solde est remboursé par l'assureur au plus tard dans les TRENTE (30) jours suivant la date de résiliation.

Toutefois, l'intégralité de la cotisation reste due à l'assureur si l'assuré exerce son droit de renonciation alors qu'un événement mettant en jeu les garanties du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

1.5.3. Modèle de lettre de renonciation

Pour exercer le droit de renonciation, l'adhérent peut utiliser le modèle de lettre ci-après :

« Je soussigné(e) (Civilité, prénom, nom) résidant au (Adresse complète) déclare renoncer à mon adhésion portant la référence n°..... au contrat de prévoyance complémentaire souscrit le XX/XX/XXXX, en application des dispositions de l'article L.112-9 du code des assurances (démarchage à domicile) ou de l'article L.112-2-1 du code des assurances (vente à distance). La résiliation prendra effet à la date de réception de la présente lettre. Fait à, le XX/XX/XXXX,
Signature »

Chapitre 2. ADHESION

Article 2.1. CONDITIONS D'ADHESION

Peut adhérer au présent contrat, l'entreprise membre de l'association souscriptrice souhaitant assurer son homme clé. Ce dernier est alors défini comme assuré et doit être âgé à l'adhésion de 60 ans au plus et en activité professionnelle effective.

Article 2.2. MODALITES D'ADHESION

L'adhésion au contrat se fait :

- Soit **en adhérent directement en ligne** via un partenaire de signature électronique après étude et proposition de l'offre par son courtier conseil.
- Soit en **complétant une Demande d'Adhésion (DA)**, remise à l'assureur par laquelle l'adhérent doit notamment :
 - o Déclarer la profession de l'assuré
 - o Choisir le montant à assurer dans le respect des dispositions ci-après exposées
 - o Choisir ou non l'option rachat de franchise
 - o Faire déclarer l'état de santé de l'assuré par des formalités médicales via l'annexe à la demande d'adhésion (DA).

Le Certificat d'Adhésion pourra être signé par la personne morale adhérente après que l'assuré ait signé l'annexe à la demande d'adhésion (DA), y compris lorsque le représentant de la personne morale adhérente et l'assuré sont la même personne.

Seuls les documents enregistrés par l'assureur font foi.

A l'adhésion, l'adhérent détermine le montant assuré exprimé en fonction du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS), par tranche de

10% avec un minimum de 0,1 PASS et maximum de 4 PASS permettant de couvrir ses frais généraux permanents en cas d'arrêt de travail total de l'assuré.

En cas de souscription packagée dans le cadre de la gamme PRO EVOLUTIVE, le montant assuré est plafonné à l'adhésion au traitement de base retenu en prévoyance dans la limite de 4 PASS.

Le montant assuré peut être modifié chaque année à effet du 1^{er} janvier sous réserve que la demande ait été formulée à l'assureur avant le 31 octobre de l'année N-1.

L'adhésion définitive ne pourra avoir lieu qu'après accomplissement de toutes les formalités, notamment médicales, demandées par l'assureur, obligatoires pour tous les candidats à l'assurance. Les formalités médicales doivent être remplies uniquement par l'assuré.

Elles consistent en fonction du niveau de garantie :

- soit en une Déclaration Universelle de l'Entrepreneur,
- soit en une sélection médicale (Déclaration de Santé –DS, Questionnaire Médical –QM, Demande de Dossier Médical –DDM, Examens Complémentaires-EC).

Elles sont exercées selon les conditions suivantes :

Moins de 55 ans (inclus) à l'adhésion :
Déclaration Universelle de l'Entrepreneur <i>Si Déclaration Universelle de l'Entrepreneur ou déclaration d'absence d'arrêt de travail non validée QM,</i> <i>+ éventuellement DDM,</i> <i>+ éventuellement EC</i>
Ou
- DS <i>Si DS non validée QM,</i> <i>+éventuellement DDM,</i> <i>+ éventuellement EC</i>
- Plus de 56 ans (inclus) à l'adhésion :
QM <i>Si QM non validé, éventuellement DDM,</i> <i>+ éventuellement EC</i>
-

En cas de souscription packagée dans le cadre de la gamme PRO EVOLUTIVE, seules les formalités d'adhésion et/ou médicales exigées pour la gamme seront demandées par l'assureur.

Dans tous les cas de sélection médicale, l'assureur se réserve le droit de demander, à ses frais, tout examen complémentaire qu'il juge nécessaire.

Suite à ces formalités et après examen du dossier complet de chaque adhérent admissible, l'assureur peut :

- accorder les garanties aux conditions normales ;
- ou refuser d'assurer l'adhérent partiellement ou totalement ;
- ou proposer de nouvelles conditions de garanties et/ou de tarification qui ne seront effectives qu'après acceptation expresse de l'intéressé matérialisée par le renvoi au service médical sous pli confidentiel sous quinzaine du bon pour accord daté et signé par l'assuré.

L'affiliation est subordonnée à l'acceptation de l'assureur, celle-ci étant matérialisée par l'émission d'un Certificat d'Adhésion qui précise notamment :

- L'identité de l'assuré ;

- La date d'effet de l'adhésion ;
- Les garanties souscrites (étant précisé que les garanties non mentionnées au certificat d'adhésion ne s'appliquent pas) ;
- Le montant des cotisations.

Dès acceptation de l'assureur, le candidat à l'assurance acquiert la qualité d'assuré.

Il est précisé que les formalités d'adhésion doivent être réalisées au maximum 6 mois avant la date de prise d'effet de l'adhésion.

Elles consistent soit en un contrôle médical exercé, sous diverses conditions (conformément aux règles indiquées sur la demande d'adhésion) et notamment en complétant une déclaration de santé ou un questionnaire médical, soit en une Déclaration Universelle de l'Entrepreneur (DUE).

L'assureur se réserve le droit de demander, à ses frais, tout examen complémentaire qu'il juge nécessaire.

Après examen du dossier complet de chaque adhérent admissible, l'assureur peut :

- accorder les garanties aux conditions normales ;
- refuser d'assurer l'adhérent partiellement ou totalement ;
- ou proposer de nouvelles conditions de garanties et/ou de tarification qui ne seront effectives qu'après acceptation expresse de l'intéressé matérialisé par le renvoi au service médical sous pli confidentiel sous quinzaine du bon pour accord daté et signé par l'assuré.

L'affiliation est subordonnée à l'acceptation de l'assureur, celle-ci étant matérialisée par l'émission d'un certificat d'adhésion qui précise notamment :

- L'identité de l'assuré ;
- Son statut et la profession exercée ;
- La date d'effet de l'adhésion ;
- Les garanties souscrites (étant précisé que les garanties non mentionnées au certificat d'adhésion ne s'appliquent pas) ;
- Le montant des cotisations.

Dès acceptation de l'assureur, le candidat à l'assurance acquiert la qualité d'assuré.

Article 2.3. EVOLUTION DU MONTANT A ASSURER ET DES GARANTIES EN COURS D'ADHESION

Aucune modification du montant à assurer ou des garanties ne peut être demandée tant que l'adhérent perçoit des prestations de l'assureur.

Toute évolution de garanties ou de montant à assurer est subordonnée à une demande d'avenant de l'assuré auprès de l'assureur par l'intermédiaire de son courtier conseil.

L'acceptation de l'assureur est formalisée par un avenant au Certificat d'Adhésion.

2.3.1. Augmentation du traitement de base ou ajout de garanties

En cours de contrat, l'assuré peut demander à **augmenter** à tout moment, **le montant à assurer** et à **adhérer à des garanties optionnelles** dans le respect de l'article « MODALITES D'ADHESION ».

Aucune demande d'augmentation du montant à assurer ou d'ajout de garanties ne pourra être acceptée si elle intervient moins de 6 mois après la date d'effet du contrat ou moins de 6 mois après la date d'effet de la dernière demande d'augmentation du montant à assurer ou d'ajout de garanties.

En tout état de cause la modification prend effet au premier jour du trimestre civil qui suit l'acceptation de l'assureur.

Il est précisé que des formalités médicales peuvent être demandées par l'assureur dans les conditions suivantes :

Moins de 55 ans (inclus) à l'adhésion :
formalités identiques à celles pratiquées à l'adhésion ou à la dernière évolution.
Plus de 56 ans (inclus) à l'adhésion :
QM ; Si QM non validé, éventuellement DDM, + éventuellement EC

2.3.2. Diminution du traitement de base ou suppression de garanties

Si en cours de contrat les frais généraux de l'entreprise adhérente évoluent à la baisse, elle doit demander à son courtier conseil à modifier le traitement de base.

La suppression de garanties optionnelles peut être faite à tout moment **moyennant un préavis de 1 mois. Cette suppression sera effective au premier jour du mois qui suit l'acceptation de l'assureur.**

Article 2.4. DATE D'EFFET - RENOUELEMENT DE L'ADHESION

A l'égard de chaque adhérent, l'adhésion prend effet à la date mentionnée sur son Certificat d'Adhésion et se renouvelle annuellement à chaque 1^{er} janvier par tacite reconduction, sauf dénonciation par l'adhérent ou l'assureur.

Pour être recevable, la dénonciation doit être notifiée par lettre recommandée adressée au moins 2 mois avant la date de renouvellement.

Article 2.5. RESILIATION DE L'ADHESION

2.5.1. Résiliation par l'adhérent

Pour être recevable, la résiliation de l'adhésion doit être notifiée par lettre recommandée adressée au gestionnaire au moins 2 mois avant la date de renouvellement.

2.5.2. Résiliation par l'assureur

La résiliation de l'adhésion par l'assureur doit être signifiée par lettre recommandée moyennant un délai de préavis qui ne peut être inférieur à deux mois avant son échéance annuelle.

2.5.3. Effets de la résiliation

La résiliation de l'adhésion fait cesser les garanties pour les risques survenus postérieurement à la date d'effet de la résiliation.

Les garanties cessent à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion.

Article 2.6. NULLITE DE L'ADHESION

En application de l'article L.113-8 du code des assurances, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de l'adhérent ou de l'assuré, de nature à affecter l'appréciation par l'assureur du risque apporté, du montant des cotisations dues ou du montant des prestations dues, l'adhésion est annulée de plein droit, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'adhérent ou l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

L'adhérent ne peut prétendre à aucun remboursement de cotisation.

Si une ou plusieurs stipulations du présent Contrat, ou une partie d'entre elles, sont nulles ou déclarées comme telles en application d'une loi, d'un règlement ou à la suite d'une décision définitive d'une juridiction compétente, elles seront réputées non écrites mais n'entraîneront pas la nullité du Contrat ni celle de la clause partiellement concernée. Les autres stipulations garderont toute leur force et leur portée.

Article 2.7. OBLIGATIONS DE L'ENTREPRISE ADHERENTE

En cours de contrat, l'entreprise adhérente doit indiquer à l'assureur, tous les éléments qui modifient la nature et l'importance du risque pris en charge:

- Changement du statut de l'assuré,
- Changement de profession de l'assuré,
- Cessation d'activité de l'entreprise.

Cette déclaration doit être faite préalablement à la modification. En cas de modification du risque, l'assureur peut proposer un nouveau montant de cotisation. Si l'entreprise adhérente le refuse, l'assureur peut résilier le contrat, au terme d'un délai de trente jours à compter de cette proposition.

À tout moment, l'adhérent s'engage à tenir informé l'assureur par l'intermédiaire de son courtier conseil de toute fluctuation de ses frais généraux permanents à la baisse et à adapter en conséquence le montant à assurer.

Article 2.8. ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE- DELAIS D'ATTENTE

Pour les arrêts de travail ayant pour origine un accident, la garantie est acquise dès la date de prise d'effet du contrat.

Pour les arrêts de travail ayant pour origine une maladie, la garantie est acquise 90 jours après la date de prise d'effet du contrat.

Article 2.9. FIN DE LA GARANTIE

L'adhésion cesse de produire ces effets :

- à la date de résiliation de l'adhésion,
- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion ou du contrat collectif (selon dispositions prévues aux articles « RÉSILIATION DU CONTRAT » ou « RÉSILIATION DE L'ADHÉSION »),
- à la date de liquidation effective de la pension d'assurance vieillesse versée par le régime de base obligatoire de l'assuré,
- à la fin de l'année civile au cours de laquelle l'assuré n'est plus adhérent à l'association souscriptrice,
- A la date de cessation d'activité de l'entreprise adhérente. La cessation d'activité de l'entreprise, quelle qu'en soit la cause, entraîne automatiquement la cessation du contrat. Si la cessation d'activité intervient pendant l'arrêt de travail de l'assuré, le contrat devenant sans objet, elle entraîne automatiquement la fin de l'indemnisation.

CHAPITRE 3. GARANTIE

ARTICLE 3.1. TERMINOLOGIE

ARRÊT DE TRAVAIL DECLANCHANT LA GARANTIE

Désigne l'état d'arrêt de travail total de l'assuré par suite d'accident ou de maladie constaté par un médecin établissant un certificat d'arrêt de travail en conséquence.

MALADIE

Désigne toute altération de la santé constatée par une autorité médicale.

ACCIDENT

Désigne toute atteinte corporelle non intentionnelle dont est victime un assuré et provenant de l'action soudaine et inattendue d'une cause extérieure et toutes les manifestations pathologiques qui sont la conséquence directe d'une telle atteinte corporelle, sous réserve des exclusions ci-après énumérées.

Article 3.2. OBJET DE LA GARANTIE

En cas d'arrêt de travail total de l'assuré par suite de maladie ou d'accident de l'assuré, il est versé à l'entreprise adhérente la

garantie « Frais Généraux Permanents » remboursant tout ou partie des frais généraux professionnels engagés sur la base de ceux déclarés en N-1.

Ce versement s'effectue dans la double limite du montant assuré prévu au Certificat d'Adhésion et de l'application de la clause de réserve de l'article « CLAUSE DE RESERVE ».

On entend par frais généraux professionnels, les dépenses listées ci-après de manière exhaustive :

- Dépenses d'eau, gaz, électricité, chauffage, téléphone,
- Loyer et charges locatives des locaux professionnels,
- Entretien des locaux professionnels,
- Primes d'assurances professionnelles légalement obligatoires,
- Salaires et charges sociales du personnel,
- Impôts et taxes (taxe sur la valeur ajoutée et taxes assimilées, impôt sur les sociétés, taxe sur les salaires, CVAE, CFE, TASCOM, taxe foncière),
- Location de matériel et de mobilier y compris crédit-bail,
- Charges sociales personnelles obligatoires,
- Pour les professions médicales et paramédicales listées en annexe A, les frais généraux professionnels peuvent prendre en charge le salaire du remplaçant de l'assuré si la limite fixée au Certificat d'Adhésion n'est pas atteinte par le remboursement des frais susvisés.

Article 3.3 MODALITES DE VERSEMENT DE LA PRESTATION

Début du versement :

La prestation est attribuée en cas d'arrêt de travail à temps complet de l'assuré après la période de franchise.

Le délai de franchise est précisé au Certificat d'Adhésion selon le choix fait par l'adhérent. Il est déterminé en tenant compte du nombre de jours d'arrêt complet et continu de travail de l'assuré.

La franchise est décomptée à partir du premier jour d'arrêt de travail sauf :

• Affections neuropsychiques

Pour les arrêts de travail découlant d'affections neuropsychiques, neuropsychiatriques, psychologiques et psychosomatiques et nécessitant une hospitalisation supérieure ou égale à une période continue de 8 jours survenant au cours de l'arrêt de travail déclaré, la franchise sera décomptée à partir de la date du 1^{er} jour d'hospitalisation.

• Affections dorso-lombaires

Pour être pris en charge, tout arrêt de travail d'origine dorso-lombaire doit avoir fait l'objet d'une hospitalisation de 48 heures continues ou d'une intervention chirurgicale.

La franchise sera décomptée à partir de la date du 1^{er} jour d'hospitalisation ou de la date de l'intervention chirurgicale.

Par dérogation à ce qui précède, les arrêts de travail liés à des hernies discales, cervicalgies, dorsalgies lombalgies, sciatiques documentées par des examens radiologiques seront pris en compte sous réserve de l'acceptation du médecin conseil mandaté par l'assureur.

La franchise est alors décomptée à partir du premier jour d'arrêt de travail.

• Rachat de franchise (si option retenue par l'adhérent)

La franchise est réduite à 3 jours en cas :

- d'accident,
- d'hospitalisation de plus de 24 heures, liée à l'arrêt de travail,
- ou d'hospitalisation de moins de 24 heures, liée à l'arrêt de travail, et ayant nécessité l'intervention d'un chirurgien et une anesthésie locale ou générale.

Fin du versement des prestations en cas d'arrêt de travail total :

La prestation indemnité journalière en cas d'arrêt de travail total de l'assuré est versée pendant un maximum de 365 jours à compter de la date de début de versement des prestations et cesse, en tout état de cause :

- le jour de **la reprise de travail à temps plein ou à temps partiel** ;
- en cas de refus de se soumettre au contrôle médical (sauf cas fortuit ou de force majeure) ;
- en cas de contrôle médical signifiant sa capacité à reprendre à temps plein, son activité professionnelle ou à temps partiel ;
- à la date de liquidation effective de la pension d'assurance vieillesse versée par le régime de base obligatoire de l'assuré quelle qu'en soit la cause ;
- à la date à laquelle l'assuré atteint l'âge de 67 ans ;
- à la date du décès de l'assuré.

• Rechute

En cas de rechute d'une maladie ou d'un accident indemnisé par l'assureur, justifiant un nouvel arrêt de travail et intervenant dans un délai inférieur à deux mois, il n'est pas fait à nouveau application de la franchise. La durée maximum d'indemnisation est décomptée à dater du premier jour de la première période d'arrêt de travail indemnisée.

• Maternité /Paternité/ Adoption

Le service des indemnités journalières est suspendu pendant la période correspondant aux congés « légaux » de maternité (y compris congés pathologiques inférieurs ou égaux à 30 jours) paternité ou adoption du régime social dont relève l'adhérent.

Il n'est pas tenu compte de ces périodes dans le calcul :

- du nombre de jours de franchise,
- du nombre maximum de jours.

Article 3.4. ETENDUE TERRITORIALE

Les garanties s'appliquent à condition que le sinistre survienne en France métropolitaine ou dans le monde entier dès lors que les séjours et voyages n'excèdent pas trois mois.

L'assureur peut cependant convoquer l'assuré en France métropolitaine pour contrôler l'arrêt de travail. Dans ce cas, les frais de transport sont à la charge de l'assuré.

Par exception est admissible aux garanties du contrat, l'assuré, personne physique domicilié dans l'un des pays frontaliers à la France métropolitaine suivants : Allemagne, Andorre, Belgique, Espagne, Luxembourg, Italie, Suisse.

L'entreprise adhérente est alors couverte en cas de survenance d'un sinistre dans son pays de domiciliation, pays frontalier à la France métropolitaine.

CHAPITRE 4. EXCLUSIONS

N'ouvrent pas droit à la mise en jeu des garanties, les conséquences de l'un des événements suivants :

1. les conséquences de guerre civile ou étrangère,
2. les conséquences d'attentat, d'émeute, d'insurrection, d'actes de terrorisme, d'actes criminels, de rixes, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes, dès lors que l'assuré y prend une part active,
3. les conséquences des effets directs et indirects d'explosion, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation des noyaux d'atome,
4. les rayonnements ionisants et les inhalations de particules d'amiant, lorsque l'assuré y est exposé de manière prévisible (fût-ce par intermittence) en raison et au cours de

son activité professionnelle habituelle.

5. de la navigation aérienne (à voile, à aile ou à moteur)
 - à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmés ;
 - au cours d'un meeting, d'un raid sportif, d'un vol acrobatique, d'une tentative de record, d'un essai préparatoire, d'un essai de réception, ou d'un saut en parachute non motivé par une raison de sécurité (sauf dans le cadre d'un baptême de saut en parachute encadré par un moniteur diplômé d'état).
6. tout fait intentionnel de la part de l'assuré ayant pour but de porter atteinte à son intégrité physique.
7. des accidents de circulation dont la victime est l'assuré, responsable de l'accident et qui était conducteur d'un Véhicule Motorisé sous l'emprise d'un état alcoolique (taux supérieur au taux légal en vigueur au jour du sinistre) ou de produits stupéfiants non prescrits médicalement.
8. de la pratique par l'assuré de tout sport à titre professionnel, ou d'un sport dont il tire un revenu quelconque.
9. de la participation de l'assuré en qualité d'amateur licencié à des exhibitions, démonstrations ou paris, ou à des épreuves sportives internationales hors de l'Union Européenne.
10. de la participation de l'assuré en qualité d'amateur licencié à des démonstrations, compétitions ou matches ainsi qu'à leurs essais préparatoires, qui comportent l'utilisation d'animaux, de véhicules ou d'embarcation à moteur.
11. de la pratique de toute activité sportive non représentée en France par une Fédération sportive dûment reconnue.
12. de la pratique de l'escalade au-delà du niveau 5 selon la cotation française au jour du sinistre, de l'alpinisme au-delà de 3 000 mètres d'altitude, du ski et du surf pratiqués en dehors des domaines balisés et autorisés publics.
13. des traitements ou opérations de chirurgie esthétique (sauf chirurgie réparatrice faisant suite à une maladie ou un accident garantis).
14. les suites et conséquences d'affections, accidents ou de maladie dont la première constatation médicale se situe à une date antérieure à la date d'effet de l'adhésion et n'ayant pas été déclarées par l'adhérent à l'occasion des formalités d'adhésion. Cette dernière exclusion n'est pas applicable lorsque les formalités d'adhésion consistent en une Déclaration Universelle de l'Entrepreneur ou une déclaration d'absence d'arrêt de travail.
15. des affections neuropsychiatriques, neuropsychiques, psychologiques et psychosomatiques (à l'exception des accidents vasculaires cérébraux et de l'épilepsie), n'ayant pas nécessité une hospitalisation supérieure ou égale à une période continue de 8 jours au cours de l'arrêt de travail déclaré,
16. des affections dorso-lombaire n'ayant pas nécessité une hospitalisation supérieure à 48 heures ou une intervention chirurgicale.

Par dérogation, les arrêts de travail liés à des hernies discales, cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, sciatiques objectivées par l'analyse d'examens radiologiques seront pris en compte sous réserve de l'acceptation par le Médecin conseil mandaté par l'assureur.

17. les sinistres résultant d'un accident d'une affection ou d'une maladie ayant fait l'objet d'une exclusion à la suite d'une éventuelle sélection médicale.

CHAPITRE 5. PRESTATIONS

Article 5.1 CALCUL DE L'INDEMNITE

L'indemnité versée à l'entreprise adhérente, calculée forfaitairement, est égale à 1/365^{ème} du montant assuré, par jour d'arrêt de travail total de l'assuré, après application du délai de franchise définis au Certificat d'Adhésion, dans les limites prévues par l'article « CLAUSE DE RESERVE ».

Article 5.2 CLAUSE DE RESERVE

Le montant maximum versé pour une année ne pourra être supérieur au montant réel des Frais Généraux Permanents de l'entreprise adhérente, tels que définis à l'article « OBJET DE LA GARANTIE », sur l'exercice précédent.

Il est donc demandé le compte de résultats de l'entreprise adhérente issu des liasses fiscales, avant tout versement de prestations.

A la suite de cette vérification, s'il apparaît que le montant assuré est supérieur aux Frais Généraux Permanents réels sur N-1 au moment du sinistre, l'assureur réduira l'indemnité à concurrence des frais Généraux permanents sur N-1 et établira un avenant de modification pour tenir compte du nouveau montant à garantir à effet du 1^{er} jour du trimestre civil qui suit.

Article 5.3 DECLARATION EN CAS DE SINISTRE

Déclaration

En cas d'arrêt de travail total, l'entreprise adhérente doit en faire la déclaration à l'assureur (sauf cas fortuit ou de force majeure), dès qu'il en a connaissance et, au plus tard, dans les 30 jours qui suivent le délai de franchise fixé pour cette garantie. Au-delà de cette limite le délai de franchise est appliqué à compter de la date de réception de la déclaration.

Documents à fournir en cas de sinistre

Dans les 30 jours qui suivent l'expiration du délai de franchise défini au Certificat d'Adhésion, sauf cas fortuit ou de force majeure sous peine de déchéance, il doit être adressé à CIPRÉS Assurances :

- Le document « Déclaration d'arrêt de travail – Frais Généraux Permanents » (document disponible sur l'extranet CIPRÉS Assurances) ;
- Le questionnaire médical détaillé, complété par le médecin traitant quelle que soit la durée de l'arrêt et de la franchise (document disponible sur l'extranet CIPRÉS Assurances) ;
- L'avis initial d'arrêt de travail ainsi que les prolongations ;
- Le cas échéant, bulletin d'hospitalisation (avec dates d'entrée et sortie) ;
- Le cas échéant, une attestation sur l'honneur émanant de l'assuré, décrivant les circonstances de l'accident ;
- Le compte de résultat fiscal de l'entreprise adhérente issu notamment des liasses fiscales 2033, 2035, 2052, 2065 ou 2139 ;
- Un justificatif du salaire du remplaçant pour les professions médicales et paramédicales listées en annexe A ;
- Un RIB de l'Entreprise adhérente pour le virement des prestations
- Et tout autre document que l'assureur jugerait nécessaire ;

L'assureur se réserve le droit de réclamer selon les cas d'autres documents ou renseignements relatif à l'Accident ou à la Maladie déclaré.

Sous peine de déchéance, toutes les mesures utiles doivent être prises sans retard pour limiter les conséquences du sinistre. L'assuré doit se soumettre aux soins médicaux nécessités par son état.

Article 5.4 DETERMINATION DE LA DUREE DE L'ARRET DE TRAVAIL ET CONTROLE MEDICAL

La durée de l'arrêt de travail est fixée par le médecin traitant de l'assuré.

L'assureur se réserve le droit de faire visiter par le médecin de son choix, tout assuré malade ou accidenté, ce qui est accepté par l'adhérent. Cette acceptation est une condition essentielle et déterminante au consentement de l'assureur pour délivrer ses garanties.

Le médecin traitant de l'intéressé a la faculté d'assister à la visite du médecin délégué par l'assureur.

Les médecins et représentants de l'assureur doivent avoir libre accès auprès de l'assuré afin de contrôler son état de santé.

En cas de refus de l'assuré, celui-ci peut être mis en demeure par lettre recommandée, à l'adresse du dernier domicile connu par l'assureur, d'avoir à se soumettre au contrôle. Si dans un délai de 10 jours, le cachet de la poste faisant foi, cette lettre recommandée reste sans réponse de la part de l'assuré (sauf cas fortuit ou cas de force majeure) ou si celui-ci maintient son refus sans justification valable, l'assureur est autorisé de plein droit à interrompre ou refuser le versement des prestations.

Les décisions de l'assureur, prises en fonction des conclusions du médecin conseil, sont notifiées à l'assuré par courrier.

En cas de désaccord, sur l'état de santé de l'assuré, il peut être procédé à une expertise amiable et contradictoire entre le médecin de l'assureur et celui de l'assuré. Si ces deux médecins ne peuvent parvenir à des conclusions communes, les deux parties peuvent choisir un 3^{ème} médecin pour les départager. Dans ce cas, les parties conviennent, par la conclusion d'un protocole, d'accepter les conclusions de cette expertise et de supporter pour moitié les honoraires du 3^{ème} médecin.

Article 5.5 PAIEMENT DE L'INDEMNITE

L'indemnité due au titre de l'adhésion sera versée à l'entreprise adhérente à mois échu, sous réserve de la réception de l'ensemble des documents demandés par l'assureur.

Article 5.6. SUBROGATION

Conformément à l'article L.131-2 du Code des assurances :

« Dans l'assurance de personnes, l'assureur, après paiement de la somme assurée, ne peut être subrogé aux droits du contractant ou du bénéficiaire contre des tiers à raison du sinistre.

Toutefois, dans les contrats garantissant l'indemnisation des préjudices résultant d'une atteinte à la personne, l'assureur peut être subrogé dans les droits du contractant ou des ayants droit contre le tiers responsable, pour le remboursement des prestations à caractère indemnitaire prévues au contrat. »

CHAPITRE 6 COTISATIONS

Article 6.1. DETERMINATION DES COTISATIONS

6.1.1 Taux de cotisations

Les taux de cotisations exprimés en pourcentage du PASS (Plafond annuel de la Sécurité sociale) et sont déterminés en fonction :

- du montant assuré

- de l'âge de l'assuré à la date d'adhésion
- L'âge de l'assuré est déterminé par différence de millésime entre l'année considérée et son année de naissance.

6.1.2. Frais de gestion administratifs

Les montants des frais de gestion indiqués au certificat d'adhésion sont ceux en vigueur à la date d'effet de l'adhésion. Le gestionnaire se réserve la possibilité de les réviser au 1^{er} janvier de chaque année.

Article 6.2. ASSIETTE DES COTISATIONS

L'assiette des cotisations est le montant assuré mentionné sur le Certificat d'Adhésion pour la période d'assurance à laquelle il se rapporte.

Article 6.3 PAIEMENT DES COTISATIONS

6.3.1. Modalités de paiement

Les cotisations annuelles sont payables mensuellement ou trimestriellement d'avance par prélèvement automatique par l'entreprise adhérente.

6.3.2. Evolution des cotisations

Chaque année les taux de cotisations peuvent évoluer par le biais d'une indexation et/ou d'une majoration selon les modalités définies ci-après.

Indexation contractuelle des cotisations :

Les taux de cotisations peuvent évoluer le 1^{er} janvier de chaque année en fonction des résultats du contrat-cadre souscrit par l'association et des objectifs de celui-ci dans la limite de 5% hors augmentation liée à l'évolution du PASS (Plafond Annuel de la Sécurité sociale).

Majoration des cotisations

Les taux de cotisations peuvent évoluer le 1^{er} janvier de chaque année en fonction des résultats du contrat-cadre souscrit par l'association et des objectifs de celui-ci, de critères objectifs tels que, le statut et la profession de l'assuré, les garanties souscrites par l'assuré, ou le secteur d'activité de l'assuré déterminé par son code Naf.

Dans ce cas, l'assureur informe les adhérents, qui disposent individuellement d'un délai de trente jours pour résilier leur adhésion à compter de la réception de l'information. Passé ce délai, l'entreprise adhérente accepte implicitement la majoration des cotisations.

Article 6.4. DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS PAR L'ADHERENT

Conformément aux articles L. 113-3 et L. 141-3 (exclusion d'un adhérent) du Code des Assurances, le souscripteur ou son gestionnaire peut exclure un membre du bénéfice du contrat s'il cesse de payer sa cotisation. Son exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi par le souscripteur ou son gestionnaire d'une lettre recommandée de mise en demeure. Le souscripteur ou son gestionnaire s'engage à adresser la lettre recommandée dans les formes réglementaires et au plus tôt dans un délai de dix jours à compter de l'échéance impayée.

Article L.113-3 du Code des Assurances : « La prime est payable au domicile de l'assureur ou du mandataire désigné par lui à cet effet. Toutefois, la prime peut être payable au domicile de l'assuré ou à tout autre lieu convenu dans les cas et conditions limitativement fixés par décret en Conseil d'Etat. A défaut de paiement d'une prime, ou d'une fraction de prime, dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'assureur de poursuivre l'exécution du contrat en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'assuré. Au cas où la prime annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de prime, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La prime ou fraction de prime est portable dans tous les cas, après la mise en demeure de l'assuré.

L'assureur a le droit de résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours mentionné au deuxième alinéa du présent article. Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où ont été payés à l'assureur ou au mandataire désigné par lui à cet effet, la prime arriérée ou, en cas de fractionnement de la prime annuelle, les fractions de prime ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Lorsque l'adhésion au contrat résulte d'une obligation prévue par une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel, l'assureur ne peut faire usage des dispositions du présent article relatives à la suspension de la garantie et à la résiliation du contrat.

Les dispositions des deuxièmes et avant-derniers alinéas du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. ».

Article L.141-3 du Code des Assurances : « Le souscripteur ne peut exclure un adhérent du bénéfice du contrat d'assurance de groupe que si le lien qui les unit est rompu ou si l'adhérent cesse de payer la prime. L'exclusion ne peut intervenir qu'au terme d'un délai de quarante jours à compter de l'envoi, par le souscripteur, d'une lettre recommandée de mise en demeure. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes dues doivent être payées. Lors de la mise en demeure, le souscripteur informe l'adhérent qu'à l'expiration du délai prévu à l'alinéa précédent, le défaut de paiement de la prime est susceptible d'entraîner son exclusion du contrat. Cette exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des primes ou cotisations versées antérieurement par l'assuré. ».



CIPRÉS
Assurances

www.cipres.fr

CG PROTECFI 09/2017

CIPRÉS Assurances – 37, rue Anatole France 92300 Levallois-Perret
SAS au capital de 1 208 944 € - SIREN 552 068 199 – N° ORIAS : 07 000 398 –
www.orias.fr

Sous le contrôle de l'ACPR, Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution –
61, rue Taitbout 75436 Paris cedex 09 – www.acpr.banque-france.fr
Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière
conformes au Code des assurances

ANNEXE A – Liste des professions ouvrant droit à la prise en charge du salaire du remplaçant au titre des frais généraux

PROFESSIONS
Aide-soignant
Ambulancier
Assistant dentaire
Audioprothésiste
Auxiliaire de puériculture
Diététicien
Ergothérapeute
Infirmier
Infirmière Puéricultrice
Manipulateur en électroradiologie médicale
Masseur-kinésithérapeute
Opticien-lunetier
Orthophoniste
Orthoptiste
Ostéopathe, chiropracteur
Pédicure-podologue
Podo-orthésiste
Prothésiste dentaire
Psychomotricien
Sage-femme
Secrétaire médicale
Technicien de laboratoire
Visiteur médical
Pharmacien
Préparateur en pharmacie
Allergologue
Anesthésiste, réanimateur
Dermatologue, vénérologue
Endocrinologue
Gastro-Entérologue
Gériatre
Hématologue
Hépatologue
Infectiologue
Généraliste
Urgentiste
Rééducateur
Néphrologue
Neurologue
Oncologue
Pédiatre
Pneumologue
Psychiatre
Rhumatologue
Toxicologue
Cardiologue
Chirurgien digestif
Stomatologue
Dentiste
Odontologue
Chirurgien orthopédique
Chirurgien plastique
Phlébologue

Gynécologue
Neurochirurgien
Obstétricien
Ophthalmologue
ORL
Traumatologue
Urologue
Biochimiste
Biologiste
Cytologiste
Généticien, Thérapie génique
Immunologue
Médecin légiste
Microbiologiste
Echographe, élastographie
Radiologue
Epidémiologiste
Médecin du sport
Médecin du travail
Psychanaliste
Psychotérapeute
Sophrologue
Vétérinaire



MANDAT DE PRELEVEMENT SEPA

REFERENCE UNIQUE DU MANDAT (RUM)

(RUM fournie par CIPRES Assurances)

En signant ce formulaire de mandat, vous autorisez CIPRES Assurances, à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte, et CAISSE D'EPARGNE, votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de CIPRES Assurances. Vous bénéficiez du droit d'être remboursé par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Une demande de remboursement doit être présentée :

- dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte pour un prélèvement autorisé.
- sans tarder et au plus tard dans les 13 mois en cas de prélèvement non autorisé.

CANDIDAT A L'ASSURANCE (LE DEBITEUR)

NOM : HMONG LBM

ADRESSE : 191 Chemin DE VERS -

CP : 38440 VILLE : SAINT JEAN DE BOURNAY

COORDONNEES BANCAIRES :

CODE IBAN (NUMERO D'IDENTIFICATION INTERNATIONAL DU COMPTE BANCAIRE)

FR 7 6 1 3 8 2 5 0 0 2 0 0 0 8 0 1 0 9 3 0 4 1 1 8 9

CODE BIC (NUMERO D'IDENTIFICATION DE VOTRE BANQUE)

CEPAFRPP382

NOTE : VOS DROITS CONCERNANT LE PRESENT MANDAT SONT EXPLIQUES DANS UN DOCUMENT QUE VOUS POUVEZ OBTENIR AUPRES DE VOTRE BANQUE

ORGANISME ASSUREUR OU SON DELEGATAIRE (LE CREANCIER)

NOM : CIPRES Assurances IDENTIFIANT ICS: FR12ZZZ400404

ADRESSE : 37, rue Anatole France

CP : 92300 VILLE : LEVALLOIS

TYPE DE PAIEMENT : REPETITIF PONCTUEL

SIGNATURE DU CANDIDAT A L'ASSURANCE

SIGNATURE :
FAIT A LE

CE DOCUMENT EST A RETOURNER A L'ORGANISME CREANCIER



Article 1er

Il est fondé entre toutes les personnes physiques et/ou morales qui adhèrent aux présents statuts une Association déclarée, régie par la loi du 1er juillet 1901 et le décret du 16 août 1901, ayant pour dénomination ENTREPRENEURS & GO TNS.

Article 2 - Objet

Cette Association a pour but :

- De faciliter à ses membres, travailleurs non-salariés et mandataires sociaux (salariés, assimilés salariés ou non-salariés), l'étude de la législation, de la doctrine, de la jurisprudence à propos de toutes questions concernant le régime de retraite ou de prévoyance en général.
- De mettre en œuvre pour ses membres des moyens propres à organiser, comparer, promouvoir toute forme de prévoyance, de retraite et d'assurance. De leur donner à cet égard toutes informations utiles.
- De conclure des conventions cadres avec les organismes habilités pour faire bénéficier ses membres des garanties collectives ou individuelles et des services rentrant dans l'objet de l'Association.
- De piloter, en partenariat avec le Courtier Gestionnaire, les résultats techniques des garanties proposées afin d'en assurer la pérennité vis à vis des adhérents.

L'Association aura également pour objet la représentation de ses membres auprès de toutes les instances nationales ou internationales pour les sujets afférents à son objet social.

Article 3 – Siège social

Le siège de l'Association est fixé au fixé au 71, boulevard Gouvion-Saint-Cyr à PARIS (75017). Il pourra être transféré sur simple décision du Conseil d'Administration. Cette décision fera l'objet d'une ratification lors de la prochaine Assemblée Générale.

Article 4 – Durée

La durée de l'Association est illimitée.

Article 5 – Composition de l'Association

5.1 L'Association est composée de cinq Collèges regroupant chacun l'ensemble des membres, personnes physiques ou morales, appartenant à une même catégorie :

- le Collège des Agricoles,
- le Collège des Artisans,
- le Collège des Commerçants,
- le Collège des Libéraux,
- le Collège des Mandataires Sociaux.

Chaque membre personne morale désigne son représentant, personne physique de son choix, qui peut être remplacé par simple notification adressée par la personne morale au Conseil d'Administration.

5.2 La répartition au sein des Collèges se fait en fonction de la profession exercée par le membre. Les modalités de répartition sont disponibles à titre informatif sur le site internet de la Fédération ENTREPRENEURS & GO.

Article 6 : Qualité de membre

6.1 La qualité de membre s'acquiert par :

- l'adhésion à un contrat collectif souscrit par l'Association auprès d'Assureurs ;
- le paiement annuel de la cotisation à l'Association mentionnée à l'article 7 ci-dessous. Il est précisé qu'en cas d'adhésion à plusieurs associations membres de la Fédération ENTREPRENEURS & GO, une seule cotisation sera due par le membre.

6.2 La qualité de membre se perd par la démission, la radiation, la disparition de la personne morale, le décès, ou le non-paiement de la cotisation.

- la démission : La demande prend effet dès réception de la lettre qui en fait état adressée en recommandée avec accusé au Président du Conseil d'Administration. Cette démission ne sera effective qu'au 31 décembre de l'année en cours et aura pour conséquence la perte des droits et services associés à la qualité de membre.

- la disparition, le décès : Le décès d'un membre entraîne de facto la perte de qualité de membre.

- la radiation : La radiation est prononcée par le Conseil d'Administration
- soit pour non-paiement de la cotisation quand son paiement est obligatoire,
- soit pour motif grave,

- soit pour le cas où les conditions d'adhésion prévues aux présents statuts ne permettraient pas de maintenir l'adhérent au sein du collège des membres adhérents et donc comme membre de l'Association.

- le non-paiement de la cotisation prévue à l'article 7 ci-dessous.
Avant la prise de décision éventuelle de radiation, le membre concerné est invité, au préalable, à présenter ses observations devant le Conseil d'Administration. Cette radiation est prononcée à la majorité simple. Elle prend effet à la fin du mois suivant lequel elle a été formalisée par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

Article 7 - Ressources

Le montant de la cotisation sera fixé par l'Assemblée Générale et pourra être révisé sur simple décision du Conseil d'Administration.

- Les ressources de l'Association comprennent :
- le montant des droits d'entrée et des cotisations;
 - les subventions de l'État, des départements et des communes ;
 - les ressources éventuelles issues de l'activité de l'Association.

Article 8 - Comptabilité

Il est tenu une comptabilité faisant apparaître l'état des recettes et des dépenses. Annuellement, un compte d'exploitation, un compte de pertes et profits et un bilan sont dressés. La comptabilité est tenue dans les conditions légales et réglementaires. La comptabilité de l'Association est surveillée et contrôlée par le Trésorier de l'Association. Celui-ci peut présenter un rapport annuel à l'Assemblée Générale après avis du Conseil d'Administration.

Article 9 – Patrimoine de l'Association

Le patrimoine de l'Association répond seul des engagements contractés en son nom; les membres de l'Association ne pourront être rendus personnellement responsables des engagements de l'Association à quelque titre que ce soit.

Article 10 – Conseil d'Administration

10.1 L'Association est dirigée par un Conseil d'Administration composé de cinq membres.

Ce Conseil est composé d'un Président, d'un Secrétaire, d'un Trésorier et de deux administrateurs nommés par l'Assemblée Générale.

La majorité des membres du Conseil d'Administration est indépendante dans les conditions visées par l'article L. 141-7 du Code des assurances.

Ces membres sont nommés par l'Assemblée Générale à la majorité simple pour un mandat de trois (3) ans renouvelable.

10.2 Le Conseil d'Administration, une fois élu par l'Assemblée Générale, désigne parmi ses membres le Président, le Secrétaire et le Trésorier.

Les membres du Conseil d'Administration exercent leurs fonctions bénévolement. Toutefois, les frais exposés à l'occasion d'une mission sont remboursables sur justificatifs. Les remboursements de frais justifiés sont approuvés par le Conseil d'Administration une fois par an au moins, le membre concerné par lesdits frais ne prenant pas part au vote.

10.3 Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation de son Président et/ou sur la demande de la moitié au moins de ses membres.

Il se réunit au moins une (1) fois par an pour statuer sur les comptes de l'exercice, et aussi souvent que l'exige l'intérêt de l'Association.

Il peut, sur délégation de l'Assemblée Générale, dont la durée ne peut excéder dix-huit mois, signer un ou plusieurs contrats ou avenants aux contrats d'assurance de groupe souscrits par l'Association dans les matières définies par l'Assemblée Générale. Il exerce ce pouvoir dans la limite de la délégation donnée par l'Assemblée Générale et en cas de signature d'un ou plusieurs avenants.

10.4 Les décisions du Conseil sont valables à la condition qu'au moins la moitié des membres le composant soient présents.

Chaque administrateur peut représenter un autre administrateur muni d'un pouvoir spécial à cet effet. L'administrateur représentant ne peut cumuler plus de deux (2) pouvoirs.

Les votes sont émis à la majorité des membres présents et représentés, à l'exception des décisions relatives à l'agrément des membres honoraires qui requièrent la majorité des 4/5ème des membres du Conseil d'Administration.

En cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante.

10.5 Toute réunion du Conseil d'Administration fait l'objet d'un procès-verbal ; celui-ci doit être revêtu de la signature du Président et d'un membre du Conseil d'Administration.

Les procès-verbaux sont recueillis sur un registre côté et paraphé tenu au siège social de l'Association. Chaque membre de l'Association peut prendre connaissance des procès-verbaux. Il peut en obtenir copie, en s'acquittant par avance du coût de la copie et de son envoi.

10.6 Le Conseil d'Administration dispose de tous les pouvoirs qui ne sont pas dévolus spécifiquement à l'Assemblée Générale.

Il statue sur toutes les demandes d'admission des membres actifs et honoraires ou de radiation des membres de l'Association. Plus particulièrement, le Conseil d'Administration peut prendre les décisions propres à permettre l'acquisition ou l'aliénation de valeurs mobilières, d'actifs immobiliers pour la réalisation de l'objet social, contracter les emprunts et, d'une manière générale, prendre toutes dispositions à caractère financier à charge pour lui d'en référer à l'Assemblée Générale au-delà de la somme prévue dans les prérogatives attribuées au Président (article 11.2).

Le Conseil d'Administration ou son Président peut s'adjointre les conseils de toute personne reconnue pour ses compétences, laquelle pourra participer aux séances du Conseil d'Administration sans voix délibérative. Le Conseil d'Administration peut, à tout moment, mettre un terme aux fonctions du Président, à la majorité absolue des membres.

Article 11 – Président

L'Association est représentée par le Président.

11.1 Le Président est nommé pour une durée de trois (3) ans par le Conseil d'Administration.

En cas de révocation ou en cas de décès du Président, le Conseil d'Administration se réunit pour nommer le nouveau Président. A cette fin, les membres du Conseil d'Administration seront convoqués par lettre simple ou courriel, dans les sept jours suivants la connaissance de l'événement.

11.2 Le Président du Conseil d'Administration a tous pouvoirs pour représenter l'Association en Justice et dans tous les actes sociaux. Le Président peut déléguer ses pouvoirs pour un objet déterminé et pour un temps déterminé.

Le Président ordonne les dépenses, dans la limite de vingt mille euros (20.000 €). Au-delà, l'accord du Conseil d'Administration doit être obtenu.

Il peut conférer toutes délégations de signature à toute personne de son choix pour toutes missions qu'il détermine. Cette délégation peut être générale ou spéciale, temporaire ou permanente ; elle n'est donnée que sous la responsabilité du Président qui en rend compte au Conseil d'Administration.

Le Président peut conférer les pouvoirs spéciaux aux membres de l'Association ou même éventuellement à des personnes étrangères à l'Association, notamment pour le fonctionnement des comptes bancaires, et les décharges diverses à l'administration des Postes.

Il est chargé de remplir toutes les formalités de déclaration et de publication prescrites par la législation en vigueur.

11.3 Sur délibération spéciale du Conseil d'Administration et approbation de la convention par l'Assemblée Générale dans le cadre des dispositions légales et réglementaires en vigueur, le Président pourra recevoir une rémunération de ses activités et pourra obtenir remboursement de ses frais sur présentation de justificatifs dans une limite préalable autorisée par le Conseil d'Administration.

Article 12 – Assemblée Générale Ordinaire (AGO)

12.1 L'Assemblée Générale Ordinaire comprend tous les membres de l'Association. L'Assemblée Générale Ordinaire se réunit au moins une (1) fois par an, pour approuver les comptes de l'exercice associatif écoulé, délibérer et voter sur les questions qui lui sont soumises, donner quitus aux administrateurs sortants et procéder aux élections.

L'Assemblée Générale peut être convoquée à l'initiative de 10% (dix pour cent) des adhérents.

12.2 Quinze (15) jours au moins avant la date fixée, les membres de l'Association sont convoqués par les soins du Conseil d'Administration par lettre simple ou courrier électronique. L'ordre du jour est indiqué sur les convocations.

Chaque membre de l'Association peut soumettre par courrier ou par courrier électronique à l'AGO toute question d'intérêt général, conforme à l'objet de l'Association, au plus tard soixante-douze (72) heures avant la tenue de l'AGO.

Un dixième des membres et/ou cent membres de l'Association peuvent présenter des projets de résolution au moins vingt (20) jours avant la date fixée pour l'assemblée.

12.3 Le Président, assisté des membres du Conseil, préside l'assemblée et expose la situation morale de l'Association. Le bilan de l'Association est soumis à l'approbation de l'assemblée.

Ne devront être traitées, lors de l'Assemblée Générale, que les questions soumises à l'ordre du jour.

12.4 L'assemblée ne peut valablement délibérer, à une première convocation, que si au moins mille adhérents ou un trentième (1/30ème) d'entre eux sont présents ou représentés.

Le nombre de pouvoirs dont un même adhérent peut disposer ne doit pas dépasser 5% des droits de vote.

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des membres présents ou représentés en vertu d'un pouvoir écrit. Chaque membre de l'Association dispose d'un droit de vote à l'Assemblée Générale.

Il est tenu procès-verbal des séances de l'AGO sur un registre spécial côté et paraphé par le Président. Les procès-verbaux sont tenus au siège social de l'Association. Chaque membre de l'Association peut en prendre connaissance. Il peut en obtenir copie en s'acquittant par avance du coût de la copie et de son envoi.

Article 13 – Assemblée Générale Extraordinaire (AGE)

Si besoin est, ou sur la demande de la moitié plus un des membres du Conseil d'Administration ou de 10% (dix pour cent) des adhérents de l'Association, le Président peut convoquer une Assemblée Générale Extraordinaire, suivant les formalités prévues à l'article 12.

Quinze jours au moins avant la date fixée, les membres de l'Association sont convoqués par les soins du Conseil d'Administration par lettre simple ou courrier électronique. L'ordre du jour est indiqué sur les convocations.

L'Assemblée Générale Extraordinaire comprend tous les membres de l'Association. Chaque membre de l'Association dispose d'un droit de vote à l'Assemblée Générale.

L'assemblée ne peut valablement délibérer, à une première convocation, que si au moins mille adhérents ou un trentième (1/30ème) d'entre eux sont présents ou représentés.

Le nombre de pouvoirs dont un même adhérent peut disposer ne doit pas dépasser 5% des droits de vote.

L'AGE est seule habilitée à se prononcer sur la modification des statuts avec consentement des trois quart (3/4) de ses membres présents ou représentés en vertu d'un pouvoir écrit.

L'AGE peut décider, dans les mêmes conditions de majorité que celles prévues ci-dessus, de la dissolution, de la liquidation et de l'attribution des biens de l'Association, la fusion avec toute Association ayant le même objet ou un objet similaire.

Les procès-verbaux des délibérations de l'AGE sont transcrits sur un registre coté, paraphé et signé du Président. Chaque membre de l'Association peut prendre connaissance des procès-verbaux. Il peut en obtenir copie, en s'acquittant par avance du coût de la copie et de son envoi.

Article 14 – Délégation à la Fédération Entrepreneurs & Go

Dans le cadre de son adhésion à la Fédération et dans le but de mutualiser les bonnes pratiques destinées aux adhérents, l'Association délègue à cette Fédération les missions suivantes :

- Négociation des Contrats Cadres avec les organismes d'assurance
- Signature des Contrats Cadres et ses avenants
- Résiliation des Contrats Cadres avec les organismes d'assurance
- Pilotage des pratiques d'indexations dans le cadre des renouvellements ;

Ces missions intègrent le Règlement Intérieur de la Fédération. Cette délégation sera renouvelée tous les 18 mois maximum par l'Assemblée Générale.

Article 15 – Règlement intérieur

Un règlement intérieur pourra être établi par le Conseil d'Administration. Ce règlement éventuel est destiné à fixer les divers points non prévus par les statuts, notamment ceux qui ont trait à l'administration interne de l'Association.

Article 16 - Dissolution

La dissolution de l'Association ne peut être prononcée que par l'AGE, convoquée spécialement à cet effet et statuant aux conditions de quorum et de majorité prévues pour les AGE.

En cas de dissolution volontaire ou forcée, l'AGE statue sur la dévolution du patrimoine de l'Association sans pouvoir attribuer aux membres de l'Association autre chose que leurs apports.

Elle nomme, pour assurer la liquidation, un ou plusieurs membres de l'Association, investis à cet égard des pouvoirs nécessaires.

Après paiement des dettes sociales et des charges de l'Association et de tous frais de liquidation, elle attribue l'actif net à toutes associations déclarées ayant un objet similaire et ayant un but non lucratif ou à tous établissements publics ou privés reconnus d'utilité publique. Les modalités d'attribution de l'actif net et la désignation des organismes bénéficiaires sont déterminées par l'AGE qui prononce la dissolution de l'Association.

Article 17 : Contestation

Toute action concernant l'Association est du ressort du Tribunal de Grande Instance