Conditions Générales Prévoyance

- Valant Notices d'Informations

Réf. N°401/7 – 01/01/2022

APICIL Prévoyance, Institution de prévoyance immatriculée en France au répertoire SIREN sous le n° SIREN 321 862 500 et régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale, dont le siège social est situé au 38 rue François Peissel - 69300 Caluire et Cuire.

Sommaire

1re PARTIE : CONDITIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

Articles

1 - Préambule
2 - Objet
3 - Territorialité
4 - Date d'effet et de fin de l'adhésion
5 - Obligations du Souscripteur
6 - Portabilité des garanties
7 - Maintien des garanties
8 - Prorogation des garanties en cas de résiliation ou de non-renouvellement du contrat
9 - Personnes à charge
10 - Exclusions
11 - Base des cotisations et des prestations - Revalorisation des prestations
12 - Cotisations
13 - Rapport
14 - Subrogation
15 - Prescription
16 - Contrôle médical et arbitrage
17 - Prestation « Aide au retour à l'emploi »
18 - Modalités d'examen des réclamations - Médiation
19 - Révision du contrat
20 - Modification des garanties
21 - Loi applicable au contrat et régime fiscal
22 - Election de domicile
23 - Autorité de contrôle d'APICIL PRÉVOYANCE
24 - Protection des données

2e PARTIE : CONDITIONS SPECIFIQUES A CHACUNE DES GARANTIES

Titre A – Décès – Invalidité Absolue et Définitive
Titre B – Décès – Invalidité Absolue et Définitive par accident
Titre C – Incapacité de travail – Invalidité
Titre D – Rente éducation
Titre E – Pension de conjoint ou partenaire de PACS
Titre F – Prédécès du conjoint ou partenaire de PACS
Titre G – Infirmité permanente par accident

1re PARTIE : CONDITIONS COMMUNES A TOUTES LES GARANTIES

ARTICLE 1 – PREAMBULE

Le présent Contrat, ci-après dénommé « **Le Contrat** », est un contrat collectif obligatoire de prévoyance collective, régi par le Code de la Sécurité sociale et par la Loi n°89-1009 du 31 décembre 1989.

Le présent contrat comprend les Conditions Générales qui comportent des dispositions communes à toutes les garanties proposées par l'Assureur ainsi que des dispositions spécifiques aux garanties souscrites par le Souscripteur et les Conditions Particulières.

En cas de contradiction entre les dispositions des Conditions Générales et celles des Conditions Particulières, ces dernières l'emportent.

Le contrat indique notamment :
- la date d'effet de la souscription,
- la définition des catégories de personnel ou groupes de personnes visés par la souscription,
- la nature des garanties souscrites,
- les montants ou bases de calcul des prestations correspondantes,
- les conditions de l'entrée en vigueur et la durée des garanties souscrites,
- les montants ou les taux et assiettes de cotisation qui s'y rapportent et éventuellement leur mode de revalorisation.

Le contrat exprime l'intégralité de l'accord entre le Souscripteur et l'Assureur. Il prévaut sur toutes propositions ou accords antérieurs, ainsi que sur tous documents échangés entre les parties se rapportant à l'objet de la souscription.

À moins qu'elles ne soient instituées par des dispositions législatives ou réglementaires, les garanties prévues par un contrat collectif et obligatoire sont déterminées en vertu :
- soit d'une convention ou d'un accord collectif,
- soit de la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise,
- soit d'une décision unilatérale du chef d'entreprise, constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé.

Si le Souscripteur entend bénéficier des exonérations de charges sociales et fiscales attachées aux régimes collectifs et obligatoires de santé ou de prévoyance, il fait son affaire:
- de la formalisation de la mise en place des dits régimes conformément à l'article L.911-1 du Code de la Sécurité sociale,
- et du respect entre autres des dispositions des articles L.242-1, R.242-1 à R.242-6, et D.242-1 du Code de la Sécurité sociale ainsi que de l'article 83 1° quater du Code général des impôts.

1.1 Parties au contrat

Le Contrat est souscrit par :
- l'Entreprise désignée aux Conditions Particulières, dénommée, ci-après, "Le Souscripteur", auprès de :
- l'Institution de Prévoyance APICIL PREVOYANCE dénommée ci-après "L'Assureur", ayant son Siège Social à 38 rue François Peissel 69300 Caluire.

Ce Contrat fait bénéficier les Membres du Personnel du Souscripteur, définis aux Conditions Particulières et appelés « Adhérents », des garanties précisées aux Conditions Particulières et/ou Avenants, sous réserve qu'ils soient affiliés au régime général de la Sécurité sociale.

L'adhésion est obligatoire pour l'ensemble du personnel appartenant à la catégorie désignée aux Conditions Particulières et définie dans le régime collectif mis en place par le Souscripteur dans son entreprise dans les conditions prévues au Livre IX du Code de la Sécurité sociale.

Cette obligation s'entend sous réserve des cas de dispense admis par les réglementations sociale et fiscale en vigueur, s'ils sont expressément prévus dans le cadre de l'acte instituant le régime de prévoyance complémentaire.

Les déclarations du Souscripteur et des Adhérents servent de base à ce Contrat.

En complément des garanties collectives et obligatoires souscrites par leur employeur, les Adhérents peuvent avoir la faculté de souscrire des garanties supplémentaires

Il est également précisé que les Adhérents peuvent bénéficier, sous conditions, d'aides individuelles ou collectives dans la cadre de l'action sociale APICIL PREVOYANCE.
Les informations sur les conditions pour bénéficier de ces aides sont fournies sur simple demande de l'Adhérent à actionsociale@apicil.com ou par voie postale :

Groupe Apicil
Service action sociale
38 rue François Peissel
69300 Caluire et Cuire

1.2 Effet - Durée - Renouvellement
Les garanties s'appliquent à partir de la date d'effet stipulée dans les conditions particulières du contrat, sous réserve du retour à l'Assureur dans les 30 jours suivant leur date d'émission, de tous les exemplaires du contrat dûment signés par l'entreprise et du paiement de la première cotisation.
La souscription court jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle prend effet, puis est ensuite renouvelée par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année.
Le Contrat peut être résilié par le Souscripteur, moyennant le respect d'un préavis de DEUX MOIS avant l'échéance annuelle.
La demande de résiliation adressée par le Souscripteur peut se faire selon l'une des modalités prévues aux articles L.932-12-2 et L.932-21-3 du code de la Sécurité sociale ou directement sur le site internet d'Apicil dans l'onglet : http://apicil.com/
Le contrat peut aussi être résilié par l'Assureur, par lettre recommandée avec avis de réception ou envoi recommandé électronique, moyennant le respect d'un préavis de DEUX MOIS avant l'échéance annuelle.

ARTICLE 2 – OBJET

Le Contrat a pour objet de garantir le versement de prestations en cas d'incapacité, d'invalidité et/ou de décès au titre des garanties expressément indiquées aux Conditions Particulières et/ou Avenants, selon les modalités précisées dans les Titres correspondants.

IL EST PRECISE QUE LES GARANTIES MENTIONNEES DANS LES PRESENTES CONDITIONS GENERALES NE SONT PAS SYSTEMATIQUEMENT ACCORDEES. NE LE SONT EFFECTIVEMENT QUE CELLES QUI SONT ENUMEREES DANS LES CONDITIONS PARTICULIERES ET POUR LESQUELLES UN MONTANT DE PRESTATIONS EST INDIQUE.
DANS TOUS LES AUTRES CAS, LES GARANTIES NE SONT PAS ACCORDEES.

ARTICLE 3 – TERRITORIALITE

Sauf stipulation contraire figurant aux Conditions Particulières, les garanties sont accordées aux Adhérents :
- relevant du régime général de la Sécurité sociale exerçant leur activité en France métropolitaine ou dans l'un des pays de l'Espace Economique Européen ;
- détachés, au sens des articles L.761-1 et L.761-2 du Code de la Sécurité sociale, hors de l'Espace Economique Européen **pendant les trois premiers mois seulement de leur séjour.**
Les prestations sont servies en France et en euros.

ARTICLE 4 – DATE D'EFFET ET DE FIN DE L'ADHESION

4.1 Les garanties entrent en vigueur :
- soit à la date de prise d'effet du présent Contrat si l'Adhérent fait partie de l'effectif assurable tel que déclaré par le Souscripteur et est effectivement présent au travail,
- soit à compter de sa date d'entrée chez le Souscripteur lorsqu'il est embauché postérieurement à la date d'effet du Contrat,
- soit à la date de reprise du travail à temps complet pour les salariés en arrêt de travail à la date d'effet du Contrat.

Sauf en cas de réticence, omission ou fausse déclaration pour lesquels la mauvaise foi est établie, l'Adhérent, une fois admis, ne peut être exclu de l'assurance contre son gré tant qu'il fait partie de l'effectif assurable et que la cotisationa été versée.

Cas particuliers des personnes en arrêt de travail à la date d'effet :
Comme indiqué à l'article 5, le Souscripteur devra fournir à la souscription une liste des salariés en Arrêt de Travail à la date d'effet du contrat et les conditions de garanties de l'ancien assureur. Les modalités de prise en charge éventuelle des garanties et des cotisations relatives à ces salariés seront précisées aux Conditions Particulières.

L'ASSUREUR NE PRENDRA EN CHARGE AUCUNE PRESTATION CONCERNANT DES SALARIES NE FIGURANT PAS SUR CETTE LISTE.

4.2 Les garanties cessent :
a. à la date d'effet de la résiliation du présent contrat,
b. le jour de la rupture du contrat de travail de l'Adhérent, même si des cotisations le concernant sont versées pour des périodes situées après cette date de rupture,
c. au plus tard le jour de la liquidation d'un régime obligatoire de retraite,
~~d.~~ lorsque l'Adhérent est en congé sans solde
e. au terme des maintiens prévus au sein des articles 6 et 7.

Le point b ne s'applique pas aux Adhérents concernés par l'Article 12.5.
Les points b et c ne s'appliquent pas aux Adhérents lorsqu'ils sont en situation de cumul emploi-retraite dans les conditions visées à l'article L.634-6 du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 5 – OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR

5.1 A la souscription du contrat
Dès la souscription du présent Contrat, le Souscripteur fournit à l'Assureur les listes du personnel indiquées à l'article 4 et la liste des salariés en situation de cumul emploi-retraite.

De plus, le Souscripteur déclare à l'Assureur :
- les salariés en arrêt de travail à la date d'effet du Contrat et en fournit la liste qui devra être conforme à celle prise en compte lors de la tarification pour l'appréciation du risque,
- les rentes de conjoint et/ou d'éducation en cours de service à la date d'effet du Contrat,
- les anciens salariés dont le contrat de travail a été rompu et qui bénéficient, au titre d'une précédente couverture de la portabilité des droits prévue à l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, dès lors qu'ils ne seront plus couverts àce titre par le précédent organisme assureur.

En cas de non-conformité de l'ensemble de ces éléments avec ceux utilisés lors de la tarification, l'Assureur aura la faculté, à réception, soit de majorer la cotisation initialement prévue, soit de refuser l'affiliation de la ou des personnes concernées. Dans ce dernier cas, il appartiendra au Souscripteur de prendre en charge les prestations éventuellement dues.

5.2 En cours de Contrat
Le Souscripteur s'engage à informer l'Assureur **dans les plus brefs délais** et au plus tard à la fin du trimestre en cours :
- pour leur affiliation au présent Contrat, des nouveaux embauchés répondant à la définition du groupe assurable, de même que les salariés qui, par suite de changement de catégorie, viennent à faire partie du groupe assurable. Le Souscripteur doit fournir en plus des informations prévues à l'article 5.1., selon le cas, soit la date d'embauche, soit la date d'entrée dans le groupe assurable
- pour leur radiation du présent Contrat, des nom et prénom ainsi que de la date de départ des Adhérents.

À partir de la Déclaration Sociale Nominative (DSN) ou de toute autre précision apportée par le Souscripteur, l'Assureur s'assure chaque année de l'adéquation des cotisations versées par le Souscripteur avec les cotisations dues au regard des salaires versés ou des périodes assurées.

En l'absence totale ou partielle de déclaration ou de précisions nécessaires au calcul des cotisations du Souscripteur, l'Assureur se réserve le droit de procéder à l'ajustement du compte en fonction des seuls éléments mis à sa disposition. L'Assureur est habilité à vérifier l'exactitude et la sincérité des déclarations du Souscripteur par tous moyens à sa convenance.

5.3 Information des Adhérents
Le Souscripteur s'engage :
- à remettre aux Adhérents, lors de leur adhésion et ultérieurement en cours de Contrat, la Notice d'Information et toutes ses modifications postérieures, rédigée par l'Assureur résumant d'une manière très précise leurs droits et obligations,
- puis à les informer par écrit des modifications qu'il estprévu d'apporter, le cas échéant, à leurs droits et obligations, trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

Le Souscripteur ne peut engager l'Assureur à l'égard de l'Adhérent et/ou des bénéficiaires des garanties au-delà de celles prévues par le Contrat et décrites dans la Notice d'Information. S'il le faisait, il devrait prendre à sa charge la part du sinistre ou le sinistre non couvert par le Contrat.

ARTICLE 6 - PORTABILITE DES GARANTIES

Le droit à la portabilité des garanties, sous réserve du respect des conditions posées par l'article L.911-8 du Code de la Sécurité sociale, consiste en un maintien temporaire des garanties assurées dans le cadre du présent Contrat.
Le bénéfice de cette portabilité est accordé à tout Adhérent :
- dont le contrat de travail est rompu (sauf suite à licenciement pour faute lourde),
- et qui bénéficie à ce titre d'une prise en charge par le régime de l'assurance chômage.

6.1 Prise d'effet et durée du maintien des garanties
L'ensemble des garanties sera maintenu à compter du lendemain du jour de cessation du contrat de travail, pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail (le cas échéant la durée des derniers contrats detravail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur).
Cette durée est appréciée en nombre de mois entiers, arrondie au nombre supérieur, telle que déclarée par le Souscripteur, et retenue dans la limite de 12 mois.

6.2 Cessation du maintien des garanties du Contrat
Les garanties cessent :
- Au terme de la durée maximale précitée,
- Au jour où l'Adhérent liquide ses droits à pension de retraite dans un régime obligatoire, pendant la portabilité,
- En cas de résiliation du présent Contrat,
- En cas de cessation de paiement des prestations du régime d'assurance chômage ou de radiation des listes de Pôle Emploi,
- En cas de non-production auprès de l'Assureur des documents justificatifs de l'indemnisation chômage, au moment du versement de la prestation,

6.3 Condition pour le versement des prestations
Pour pouvoir bénéficier de ce droit à portabilité, l'ancien salarié a l'obligation de fournir à APICIL PREVOYANCE, à l'ouverture et au cours de la période de maintien des garanties, les justificatifs de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage.

6.4 Base des prestations

Par dérogation à l'article 11, les sommes devenues exigibles du fait de la rupture du contrat de travail sont exclues de la base des prestations.

6.5 Modalités spécifiques du maintien

Par dérogation aux dispositions générales des présentes Conditions Générales

- **Pour la garantie Incapacité de travail**, si elle a été souscrite: la franchise contractuelle retenue est celle qui serait appliquée à l'Adhérent s'il était toujours salarié de l'entreprise le jour de son arrêt de travail.

Le terme du maintien de garanties n'interrompt ni le versement des prestations périodiques en cours de service, ni celles différées en raison de l'application de la franchise contractuelle.

L'ensemble des indemnités perçues par l'ancien salarié au titre de l'incapacité temporaire de travail par le biais des régimes obligatoires et complémentaires, ne pourront conduire à ce qu'il perçoive plus de 100 % des allocations nettes du régime d'assurance chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

- **Pour la garantie Décès**, si elle a été souscrite : sauf nouvelle stipulation, la désignation bénéficiaire éventuellement établie par l'ancien salarié durant sa période d'activité demeure valide.

6.6 Cotisations

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation, intégré aux cotisations du Contrat. Les Adhérents n'auront aucune cotisation complémentaire à acquitter.

ARTICLE 7 – MAINTIEN DES GARANTIES

7.1 Aux Adhérents dont l'état d'Incapacité de Travail ou d'Invalidité est survenu et a été notifié à l'Assureur avant la date d'effet du Contrat

Pour ces Adhérents, les conditions, les niveaux de garanties et les durées de prestations seront précisés aux Conditions Particulières. Le maintien des garanties cessera en cas de résiliation du contrat et la prestation en cours restera maintenue au niveau atteint.

7.2 Aux Adhérents dont l'arrêt de travail est survenu pendant la durée du Contrat

Les garanties sont maintenues aux mêmes clauses et conditions du Contrat, sur la base du salaire annuel déterminé à la date d'arrêt de travail selon l'article 11.1 et seront revalorisées comme indiqué au 11.2.

Le maintien ne pourra pas être accordé si les prestations prévues en cas d'incapacité ou d'invalidité figurant au Titre C ne sont pas dues. En cas de résiliation du présent Contrat, l'Assureur maintient les garanties tant que l'Adhérent perçoit de sa part des prestations d'indemnités journalières ou de rente d'invalidité. Ce maintien vaut jusqu'à la date de cessation prévue pour ces garanties.

7.3 Aux Adhérents en cas de suspension du contrat de travail indemnisée

Lorsque la période de suspension du contrat de travail donne lieu :

- à un maintien total ou partiel de salaire,
- ou au versement d'une indemnisation complémentaire (indemnités journalières, pension d'invalidité ou rente d'incapacité permanente professionnelle) financée au moins pour partie par l'employeur, et directement versée par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers,
- ou au versement d'un revenu de remplacement par l'employeur (activité partielle, congé de reclassement, congé de mobilité, chômage intempéries etc...)

les garanties définies aux présentes sont maintenues au bénéfice du salarié pendant toute la période de suspension de son contrat de travail indemnisée sous réserve du paiement de la cotisation correspondante dans les conditions applicables aux salariés actifs relevant de la même catégorie.

ARTICLE 8 - PROROGATION DES GARANTIES EN CAS DE RESILIATION OU DE NON-RENOUVELLEMENT DU CONTRAT

En cas de résiliation du contrat par le Souscripteur ou l'Assureur dans les conditions fixées à l'Article 1.2, l'Adhérent pourra demander, à titre individuel, le maintien de tout ou partie des garanties du présent Contrat. La demande devra être faite avant la fin du délai de préavis de résiliation.

Le niveau des garanties et les taux de cotisation seront indiqués aux Conditions Particulières ou par avenant.

Les Adhérents concernés par les articles 6 et 7.1 ne sont pas visés par ces dispositions.

ARTICLE 9 – PERSONNES A CHARGE

Sauf s'il en est disposé autrement dans les Conditions Particulières, sont considérées comme personnes à charge :

- les enfants de l'Adhérent, ceux de son (sa) conjoint (e), de son (sa) concubin(e) ou de son (sa) partenaire lié(e) par un Pacs, que ces enfants soient légitimes, naturels, adoptifs ou recueillis, si :
  - Âgés de moins de 18 ans, ils sont fiscalement à charge
  - Agés de moins de 26 ans et sous contrat d'apprentissage ou en formation alternée, ils sont fiscalement à charge
  - Agés de moins de 26 ans, non-salariés, sous réserve de justifier de la poursuite d'étude secondaires ou supérieures et, s'ils sont inscrits à un régime de base de sécurité sociale, s'ils justifient du statut d'étudiant.
  - Âgés de moins de 26 ans, si l'Adhérent, son (sa) conjoint(e), son (sa) concubin(e) ou son (sa) partenaire lié(e) par un Pacs est divorcé(e) et astreint(e) par décision de justice au paiement d'une pension alimentaire notifiée au jugement de divorce
  - Quel que soit leur âge, si handicapés avant leur 21ème anniversaire, ils sont titulaires de la carte d'invalidecivil et bénéficiaires de l'allocation spéciale des adultes handicapés.

- tout enfant né viable dans les 300 jours qui suivent le décès de l'Adhérent;

- les ascendants de l'Adhérent, de son conjoint, concubin ou

partenaire lié par un PACS, remplissant simultanément les conditions suivantes :

- être âgé d'au moins 60 ans et vivre sous le toit de l'Adhérent,
- ne pas être assujetti à l'impôt sur le revenu du fait de ses ressources personnelles et percevoir une pension de l'Adhérent déclarée fiscalement.

ARTICLE 10 – EXCLUSIONS

Sauf s'il en est disposé autrement dans les Conditions Particulières, l'Assureur couvre tous les risques de décès, d'incapacité de travail, d'invalidité permanente ou de frais médicaux quelle qu'en soit la cause, sous les réserves ci-après :

10-1 Capital décès toutes causes, rente éducation, rente de conjoint

a) Guerre

- En cas de guerre mettant en cause l'État français, la garantie n'aura d'effet que dans les conditions qui seront déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie, en temps de guerre.

- En cas de guerre civile ou étrangère, d'invasion, d'insurrection, de mutinerie, de soulèvement militaire, d'émeute, d'attentat ou d'acte de terrorisme, la garantie n'aura d'effet que si l'Adhérent n'y prend pas une part active.

b) Nucléaire

- Les risques résultant de la fission ou fusion nucléaire, ou de la radioactivité sont exclus.

c) Voyages/séjours collectifs

Il est expressément convenu que les voyages collectifs (transport et séjour de plusieurs collaborateurs sur un site tiers) doivent faire l'objet d'une déclaration préalable 15 jours avant la date du départ par le Souscripteur à l'Assureur lorsque ceux-ci concernent plus de 80 Adhérents.

À la suite de cette déclaration, l'Assureur analyse le risque et se réserve le droit de l'accepter avec ou sans condition(s) ou de le refuser.

Ainsi, chaque voyage collectif de plus de 80 Adhérents est soumis à accord exprès et préalable de l'Assureur. A défaut, ou en cas de non-respect de cette disposition, ni le transport, ni le séjour ne sont couverts et donc aucune prestation décès ne sera due.

10-2 Capital décès accidentel

La garantie décès accidentel est soumise aux mêmes exclusions que la garantie décès toutes causes et aux exclusions suivantes :

- les accidents qui résultent du fait volontaire ou intentionnel du bénéficiaire ou de l'Adhérent,

- l'utilisation de l'ULM, du deltaplane, du parachute, du parapente, de la cage et d'autres formes de vol libre (à savoir celles prises en compte par la Fédération Française de Vol Libre),

- la pratique du saut à l'élastique,

- les courses, matchs, paris : lorsque l'Adhérent prend part en tant que concurrent à des compétitions sportives, matchs, paris, concours ou essais comportant l'utilisation d'animaux, de véhicules, d'embarcations à moteur ou de moyens de vols aériens,

- la pratique de sports à titre professionnel,

- l'état d'ivresse : lorsque le taux d'alcoolémie de l'Adhérent est égal ou supérieur au taux autorisé par la législation française en vigueur pour la conduite d'un véhicule (sauf si le bénéficiaire prouve que l'accident est sans relation avec cet état),

- les rixes sauf cas de légitime défense,

- l'usage de stupéfiants ou substances médicamenteuses en dehors des limites de prescriptions médicales,

- l'accident survenu lorsque l'Adhérent effectue des périodes militaires ou des exercices de préparation militaire.

- 10-3 Meurtre de l'Adhérent par le bénéficiaire

Le bénéficiaire qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort à l'Adhérent est déchu du bénéfice des garanties : décès toutes causes, décès accidentel, rente éducation, rente de conjoint.

10-4 Incapacité temporaire de travail – invalidité permanente

Ne donnent pas lieu à garanties :

- les accidents et maladies résultant du fait volontaire ou intentionnel de l'Adhérent, de tentative de suicide, de l'usage de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescriptions médicales,

- les accidents et maladies régis par la législation sur les pensions militaires,

- les conséquences de guerre civile ou étrangère, d'invasion, d'insurrection, de mutinerie, de soulèvement militaire, d'émeute, de rixe sauf cas de légitime défense, d'attentat ou d'acte de terrorisme, dans lesquels l'Adhérent a pris une part active,

- les accidents et maladies résultant de la pratique du saut à l'élastique, de l'utilisation de l'ULM, du deltaplane, du parachute, du parapente, de la cage et d'autres formes de vol libre (à savoir celles prises en compte par la Fédération Française de Vol Libre),

- les courses, matchs, paris : lorsque l'Adhérent prend part en tant que concurrent à des compétitions sportives, matchs, paris, concours ou essais comportant l'utilisation d'animaux, de véhicules, d'embarcations à moteur ou de moyens de vols aériens,

- la pratique de sports à titre professionnel,

- les conséquences d'une grossesse non pathologique,

- les conséquences de la fission ou fusion nucléaire, ou de la radioactivité sauf exposition à ce risque pour des raisons professionnelles.

- voyages/séjours collectifs

Il est expressément convenu que les voyages collectifs (transport et séjour de plusieurs collaborateurs sur un site tiers) doivent faire l'objet d'une déclaration préalable 15 jours avant la date du départ par le Souscripteur à l'Assureur lorsque ceux-ci concernent plus de 80 Adhérents.

À la suite de cette déclaration, l'Assureur analyse le risque

et se réserve le droit de l'accepter avec ou sans condition(s) ou de le refuser.
Ainsi, chaque voyage collectif est soumis à accord exprès et préalable de l'Assureur. A Défaut, ou en cas de non-respect de cette disposition, ni le transport, ni le séjour ne sont couverts et donc aucune prestation invalidité ne sera due.

ARTICLE 11 - BASE DES COTISATIONS ET DES PRESTATIONS – REVALORISATION DES PRESTATIONS

11.1 Base des cotisations et des prestations

Les cotisations et prestations sont exprimées :
- soit directement en euros,
- soit en pourcentage d'une assiette de calcul.

Cette assiette de calcul des cotisations est fixée par référence :
- soit au plafond entier de la Sécurité sociale,
- soit à un pourcentage du plafond de la Sécurité sociale (dans les cas où les salariés ne perçoivent pas temporairement de salaire),
- soit au salaire brut annuel déclaré par l'Adhérent à l'URSSAF, ou à une ou plusieurs tranches de ce salaire déterminées suivant une des deux modalités suivantes :

Par référence aux tranches décrites ci-après :
- Tranche A : fraction de salaire inférieure ou égale au plafond de la sécurité sociale,
- Tranche B : fraction de salaire comprise entre une fois et quatre fois le plafond de la sécurité sociale,
- Tranche C : fraction de salaire comprise entre quatre fois et huit fois le plafond de la sécurité sociale,

Ou par référence aux tranches décrites ci-après :
- T1 : fraction de salaire inférieure ou égale au plafond de la Sécurité sociale,
- T2 : fraction de salaire comprise entre une fois et huit fois le plafond de la Sécurité sociale.

L'assiette, les taux de cotisation, les montants, la périodicité, ainsi que les cotisations forfaitaires sont précisées dans les conditions particulières.

Pour les cas de suspension de contrat de travail donnant lieu au versement d'un revenu de remplacement par l'employeur (activité partielle, congé de reclassement, congé de mobilité, chômage intempérie...), le maintien des garanties donne lieu au paiement, par les entreprises comme par les salariés, des cotisations prévues aux conditions particulières. Le revenu de remplacement versé par l'employeur sert de base au calcul de ces cotisations pour les périodes pendant lesquelles il a été effectivement perçu.

Sauf s'il en est disposé autrement dans les Conditions Particulières, le traitement de base servant au calcul des prestations en cas de sinistre est celui qui a servi d'assiette des cotisations chez le Souscripteur au cours des 12 mois civils ayant précédé le mois du décès ou de l'interruption du travail.
Si l'Adhérent ne compte pas 12 mois civils de présence à temps complet à la date du sinistre, le traitement de base est reconstitué sur une base de 12 mois à partir de la moyenne mensuelle des salaires déclarés.

En cas de décès pendant une période d'incapacité ou d'invalidité, le traitement de base est celui des 12 mois civils précédant la date d'arrêt de travail, revalorisé en fonction de l'indice de revalorisation prévu aux conditions particulières du contrat.

Les primes, indemnités et rappels versés à l'Adhérent lors du départ de l'entreprise ou ultérieurement (indemnité de licenciement, de départ à la retraite…) sont exclus du traitement de base.

La rémunération retenue pour la détermination du traitement de base est celle déclarée par le Souscripteur à **l'Assureur.** En conséquence, ne seront notamment pas prises en considération les rectifications de déclarations de salaire ou les déclarations de gratifications, primes ou rappels, faites postérieurement à la survenance du sinistre.

En cas de portabilité des droits, le traitement de base est celui des 12 derniers mois civils précédant la date de rupturedu contrat de travail, **à l'exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la rupture de celui-ci.**

Le montant total des prestations dues par l'Assureur en cas de décès de l'Adhérent, quelle qu'en soit la cause, est limité à 85 fois la valeur du Plafond Annuel de la Sécurité sociale. Ce montant intègre à la fois les capitaux garantis mais également les éventuels capitaux constitutifs de rentes à servir. En cas de dépassement, les capitaux et rentes seraient réduits à due concurrence.

11.2 Revalorisation des prestations

Sont concernées par la revalorisation, l'ensemble des prestations périodiques suivantes :
- les rentes éducation et rentes de conjoint,
- les prestations d'incapacité de travail et d'invalidité permanente.

L'Assureur décide chaque année du niveau de revalorisation des prestations en se référant notamment au niveau des résultats techniques et financiers du dernier exercice comptable clos, des opérations de prévoyance de l'Assureur.

Le cas échéant, la revalorisation s'applique au moins une fois par an à l'ensemble des prestations concernées à l'échéance qui suit la date de la décision de l'Assureur et, pour la première fois, à l'échéance qui suit la première date anniversaire du fait générateur du sinistre.

En cas de résiliation du contrat d'adhésion sans nouvel organisme assureur, les prestations continueront d'être revalorisées.
En cas de résiliation du contrat d'adhésion avec un nouvel organisme assureur, les prestations seront servies à leur niveau atteint à la date d'effet de la résiliation et cesseront alors d'être revalorisées.

L'Assureur règle les prestations par virement sur le compte bancaire du bénéficiaire dans un délai moyen d'un mois après réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au règlement.

ARTICLE 12 - COTISATIONS

12.1 Montant des cotisations

Le montant des cotisations s'obtient par application des taux indiqués aux Conditions Particulières sur la base définie à l'Article 11.

12.2 Paiement des cotisations

Les cotisations doivent être payées dans les 10 jours de leur échéance. Chaque règlement doit être accompagné de la déclaration indiquant :

- l'effectif des adhérents,
- les éléments correspondant à la base de calcul des cotisations pour cette même période.

Ces éléments peuvent être déclarés soit par bordereau papier, soit par la DSN.

Le Souscripteur est seul responsable du paiement de la totalité des cotisations, y compris les parts salariales précomptées sur le salaire des adhérents.

Les cotisations réglées en totalité ou en partie hors délai supportent des majorations de retard à la charge exclusive du Souscripteur dont les modalités de calcul sont fixées par l'Assureur.

Chaque Souscripteur doit retourner à l'Assureur la DSN avant le 15 de chaque mois.

A partir de la DSN ou de toute autre précision apportée par le Souscripteur, l'Assureur s'assure chaque année de l'adéquation des cotisations versées par le Souscripteur avec les cotisations dues au regard des salaires versés ou des périodes assurées. L'éventuel solde des cotisations relatif à l'exercice précédent est alors adressé au Souscripteur.

Celui-ci dispose du délai de 15 jours suivant la réception de ce document pour régulariser son compte.

À défaut, une lettre recommandée est envoyée au Souscripteur qui a valeur :

- de mise en demeure de régulariser son compte,
- de notification des majorations de retard,
- de notification de suspension des garanties 30 jours après l'envoi de la lettre recommandée si le solde restant dû représente plus de 1/12e des cotisations de l'exercice.

Passé le délai de 30 jours précité, l'Assureur pourra mettre en œuvre toutes mesures judiciaires pour recouvrer les cotisations arriérées, les frais engagés à cet effet étant supportés par le Souscripteur.

Il pourra enfin décider de résilier le contrat dans les conditions prévues par l'article 12.4.

En l'absence totale ou partielle de déclaration ou de précisions nécessaires au calcul des cotisations du Souscripteur, l'Assureur se réserve le droit de procéder à l'ajustement du compte en fonction des seuls éléments mis à sa disposition. L'Assureur est habilité à vérifier l'exactitude et la sincérité des déclarations du Souscripteur par tous moyens à sa convenance.

Toutes taxes, contributions ou prélèvements en vigueur au jour de l'échéance sont à la charge du Souscripteur et payables en même temps que les cotisations.

12.3 Révision des cotisations

Le montant de cotisations a été arrêté en fonction des garanties indiquées aux Conditions Particulières et des bases de prestations de la Sécurité sociale en vigueur à la date de souscription. Toute modification de ces règles ou des indiceset valeurs de référence qui y sont liés, peut donner lieu à une modification des cotisations.

Jusqu'à la date de prise d'effet de la révision, les prestations de l'Assureur restent dues sur les bases de remboursement de la Sécurité sociale en vigueur avant la modification.

Les cotisations peuvent être également modifiées annuellement en fonction du rapport mentionné à l'article 13.

12.4 Non-paiement des cotisations

A défaut de paiement de la totalité des cotisations échues, l'Assureur met en demeure le Souscripteur, par lettre recommandée de régler les cotisations impayées.

Dans la lettre de mise en demeure qu'il adresse au Souscripteur, l'Assureur informe celui-ci des conséquences que ce défaut de paiement est susceptible d'entraîner sur la poursuite de la garantie.

En cas de persistance du non-paiement, les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure.

Passé le délai de trente jours précité, l'Assureur pourra mettre en œuvre toutes mesures judiciaires pour recouvrer les cotisations arriérées, les frais engagés à cet effet étant supportés par le Souscripteur.

L'Assureur peut enfin décider de résilier le contrat, quarante jours après l'envoi de la lettre de mise en demeure, si le paiement n'est toujours pas intervenu.

Le Souscripteur s'engage à informer les adhérents, sans délai, en cas de suspension des garanties et/ou de résiliation du contrat collectif.

12.5 Exonération du paiement des cotisations

Lorsque l'Adhérent bénéficie des prestations Incapacité de travail ou Invalidité du présent Contrat, il est maintenu dans le groupe assuré au titre du Contrat sans contrepartie de cotisations, et ce au plus tôt à compter du 91e jour d'arrêt de travail.

Cette exonération cesse le jour de la résiliation du Contrat quelle qu'en soit l'origine.

ARTICLE 13 - RAPPORT

A la fin de chaque exercice de l'Assureur, ce dernier établit pour l'ensemble des contrats concernant le Souscripteur, un rapport comportant :

a. le montant des cotisations brutes hors taxes ;
b. le montant des prestations payées ;
c. le montant des provisions ;
d. le montant total des chargements.

Ce rapport est adressé au Souscripteur au plus tard le 31 août de l'année suivant la clôture d'un exercice.

ARTICLE 14 - SUBROGATION

L'Assureur est subrogé jusqu'à concurrence de l'indemnité payée par lui, dans les droits et actions de l'Adhérent victime d'un accident contre tout tiers responsable du sinistre, que la responsabilité soit entière ou partagée.

Si par la faute de l'Adhérent, la subrogation ne peut plus être

actionnée par l'Assureur, celui-ci sera fondé à réclamerà l'Adhérent l'indemnité qu'il ne peut plus récupérer.

ARTICLE 15 - PRESCRIPTION

Toute action dérivant d'un contrat d'assurance est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :
- en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance,
- en cas de sinistre, que du jour où l'Adhérent et ses ayants droit en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à 5 ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.
Elle est portée à 10 ans, d'une part pour les garanties liées à la vie humaine lorsque le bénéficiaire n'est pas l'Adhérent, d'autre part pour les garanties du risque accident lorsque le bénéficiaire est un ayant droit de l'Adhérent décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.
L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception ou d'un envoi recommandé électronique.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil. Il s'agit :
- de la reconnaissance par le débiteur de l'obligation du droit de celui contre lequel la prescription devrait jouer,
- de la demande en justice, même en référé, même portée devant une juridiction incompétente, ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure,
- de la mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution,
- de l'acte d'exécution forcée,
- de l'interpellation faite dans les conditions des articles 2245 et 2246 du Code civil.

ARTICLE 16 - CONTROLE MEDICAL ET ARBITRAGE

16.1 Contrôle médical

Pour l'ensemble des garanties du contrat, il est prévu la disposition suivante :
« A toute époque, le médecin délégué par l'Assureur doit avoir, **sous peine de déchéance de garantie, de suspension ou de cessation définitive du paiement des prestations en cours**, un libre accès auprès de l'Adhérent en état d'incapacité ou d'invalidité, afin de pouvoir constater son état. »

L'Assureur se réserve la faculté, à tout moment et sous peine de suspension ou de refus de prise en charge desdemandes de règlement, de soumettre l'Adhérent à une expertise médicale en un lieu déterminé sur la convocation.

Les décisions de l'Assureur sont notifiées à l'Adhérent par lettre recommandée et s'imposent à lui. L'Adhérent peut en contester le bien-fondé, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à l'Assureur, dans les dix jours suivantleur réception.
L'Adhérent doit toujours indiquer à l'Assureur l'adresse où il peut être joint et signaler tout changement d'adresse.

En outre, l'Adhérent ne peut se prévaloir du secret médical pour refuser de répondre aux questions du médecin missionné par l'Assureur. L'Adhérent devra communiquer aumédecin les informations requises directement sous pli confidentiel et se soumettre à tout contrôle médical éventuel.

En cas de refus de l'Adhérent de se soumettre au contrôle médical, le paiement des prestations est suspendu par l'Assureur.
Il appartiendra alors à l'Adhérent de solliciter, à ses frais, la désignation d'un expert judiciaire. Tant qu'une décision judiciaire irrévocable n'est pas obtenue, le paiement des prestations est suspendu par l'Assureur.

16.2 Expertise amiable et contradictoire

En cas de désaccord sur les décisions de l'Assureur suite à un contrôle médical (tel que prévu à l'article 16.1 précité), l'Adhérent peut demander par lettre recommandée avec avis de réception et dans les trente jours qui suivent la réception de la décision de l'Assureur, la mise en place d'uneexpertise amiable et contradictoire.

Cette demande devra être accompagnée d'une attestation médicale et des coordonnées du médecin chargé de le représenter lors de cette expertise qui sera réalisée avec le médecin délégué par l'Assureur, en un lieu déterminé sur la convocation. Chacun d'entre eux prend à sa charge les honoraires du médecin qu'il a désigné.

En cas de refus de l'Adhérent de communiquer les coordonnées du médecin le représentant à l'expertise amiable, ou de se rendre à ladite expertise, ou en cas de désaccord sur le résultat de cette expertise, le paiement des prestations sera suspendu par l'Assureur.

L'Adhérent aura alors la faculté de demander, à ses frais, la désignation d'un expert judiciaire. Tant qu'une décision judiciaire irrévocable n'est pas obtenue, le paiement des prestations est suspendu par l'Assureur.

16.3 Arbitrage

Si à l'issue de l'expertise amiable et contradictoire prévue à l'article 16.2 précité, les médecins de l'Adhérent et de l'Assureur ne peuvent parvenir à des conclusions communes, ils choisissent, dans un délai de 3 mois à compter de la réception du rapport d'expertise amiable et contradictoire, un médecin arbitre pour les départager.

Faute d'entente sur son choix, passé ce délai, la désignation en est faite par le Président du Tribunal Judiciaire du domicile de l'Adhérent saisi par la partie la plus diligente.

Toute convocation à un arbitrage, non honorée de la présence de l'Adhérent, entraînera la suspension ou le refus de prise en charge des demandes de règlement par l'Assureur.

La décision du médecin arbitre s'impose à l'Adhérent et à l'Assureur qui supportent par moitié les frais relatifs à sa nomination.

Tant que cette procédure d'arbitrage n'a pas été accomplie, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire pour le règlement des litiges.

ARTICLE 17 – PRESTATION « AIDE AU RETOUR À L'EMPLOI »

L'adhésion au présent contrat permet d'accéder à une prestation d'aide au retour à l'emploi, après survenance d'un sinistre entraînant une interruption d'activité professionnelle, pour les adhérents éligibles et sélectionnés par APICIL PRÉVOYANCE. Cette prestation, supervisée par une entité partenaire d'APICIL PRÉVOYANCE, a pour objet :

- d'assurer une prise en charge pluridisciplinaire selon le programme adapté proposé (conformément aux méthodologies validées et recommandées par les autorités scientifiques et médicales, nationales et internationales) pour les Assuré(e)s en situation d'arrêt de travail.
- de réintégrer l'Assuré(e) sur son poste de travail initial, éventuellement adapté ou, à défaut, une orientation vers le reclassement professionnel, soit à un autre poste de travail chez son employeur), soit par une formation professionnelle adaptée.
- de réduire la durée et les coûts engendrés par les arrêts de travail et ainsi optimiser la gestion des risques.

ARTICLE 18 - MODALITES D'EXAMEN DES RECLAMATIONS – MEDIATION

Toute réclamation relative à l'exécution du Contrat doit être adressée par courrier à :

Groupe Apicil
Direction Services clients – équipe réclamations
38, rue François Peissel
69300 Caluire et Cuire.

Si malgré les efforts de l'Assureur, le désaccord persiste, toute requête non satisfaite peut être adressée pour avis au Médiateur, personnalité indépendante extérieure à APICIL PRÉVOYANCE.
Le recours au médiateur de l'assurance est gratuit.
Les saisines sont rédigées en langue française et sont adressées soit directement sur le site https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/, soit par voie postale à l'adresse suivante :

Médiateur de la protection sociale (CTIP)
10 rue Cambacérès
75008 PARIS

Il n'est pas possible d'avoir recours au Médiateur si les Tribunaux ont été saisis pour la même raison. Le recours au Médiateur n'est toutefois pas exclusif d'une éventuelle procédure contentieuse ultérieure : la saisine du Médiateur interrompt d'ailleurs, et ce pendant tout le délai de traitement de la réclamation par le Médiateur, le délai de prescription du droit à se pourvoir en justice.

ARTICLE 19 - REVISION DU CONTRAT

Les conditions générales et particulières du contrat tiennent compte des dispositions législatives et réglementaires, notamment du Code des Assurances, du Code de la Sécurité sociale et du Code général des Impôts en vigueur à la date d'effet de celui-ci.

Si celles-ci venaient à être modifiées en cours de contrat, l'Assureur se réserve la possibilité de procéder à une révision du contrat, au plus tôt à compter de la date d'effet des nouvelles dispositions.

Le Souscripteur conserve néanmoins la possibilité de demander, dans les trente jours suivant la notification, la résiliation du contrat sans préavis.
La résiliation prendra alors effet le premier jour du mois civil suivant la demande du Souscripteur ou à compter de la date de modification proposée si elle est postérieure.
Dans ce dernier cas, les conditions de garanties et de cotisations sont maintenues jusqu'à la date de résiliation sur les bases en vigueur avant lesdites modifications.

ARTICLE 20 – MODIFICATION DES GARANTIES

En cas de modification des garanties, l'Adhérent en arrêt de travail reste couvert sur la base des conditions du contraten vigueur à la date de l'arrêt de travail.
Toute rechute survenant moins de deux mois après la reprise du travail n'est pas considérée comme une nouvelle maladie ou un nouvel accident et les garanties qui s'appliquent à l'Adhérent sont celles en vigueur à la date dupremier arrêt de travail.

ARTICLE 21 - LOI APPLICABLE AU CONTRAT ET REGIME FISCAL

La loi applicable au Contrat est la loi française et le régime fiscal et social applicable est le régime fiscal et social français des contrats collectifs de prévoyance complémentaire à adhésion obligatoire.
Le Souscripteur et l'Adhérent autorisent donc l'Assureur à communiquer leur identité et leur domicile fiscal à l'Administration en tant que de besoin.

ARTICLE 22 - ELECTION DE DOMICILE

Le Souscripteur doit faire élection de domicile en France.

Si son siège social ou son domicile fiscal est situé hors de France métropolitaine, le Souscripteur doit désigner sur le territoire français un garant de ses engagements contractuels vis-à-vis de l'Assureur.

Tous les actes relatifs à l'exécution du présent contrat seront notifiés au siège social du Souscripteur figurant sur les Conditions particulières ou au domicile des Adhérents figurant sur le bulletin d'affiliation.
Pour tout changement de domicile, le Souscripteur doit informer l'Assureur par lettre recommandée avec avis de réception de son changement d'adresse. À défaut, les lettres recommandées ou envois recommandés électroniques adressés à son dernier domicile connu produiront tous leurs effets.

ARTICLE 23 – AUTORITE DE CONTROLE (ACPR)

APICIL PRÉVOYANCE est placée sous le contrôle légal de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, sise 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 24 - PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

L'Adhérent est informé que dans le cadre de l'exécution du contrat, l'Assureur, peut stocker, traiter, enregistrer et utiliser les données personnelles le concernant et collectées tout au long de l'exécution du contrat et en particulier lors de l'adhésion ; dans le respect de la réglementation applicable en matière de données personnelles, notamment la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée et le Règlement Général européen sur la Protection des Données personnelles (ou « RGDP »).

L'Assureur, a nommé un délégué à la protection des données personnelles dont les coordonnées sont les suivantes : dpo@apicil.com

La collecte et le traitement de ces données sont nécessaires aux fins de l'exécution du contrat, de la gestion de la relation client et des éventuels litiges susceptibles d'en découler, et a pour base juridique l'exécution du contrat. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement de votre dossier. Chaque formulaire indique si les données sont obligatoires ou facultatives.

Les données peuvent être utilisées afin de permettre à l'Assureur de respecter les obligations légales et réglementaires lui incombant, le cas échéant, telles que les obligations spécifiques à la lutte contre le terrorisme et le blanchiment d'argent. Dans ce cas, le traitement mis en œuvre a pour base juridique le respect d'une obligation légale.

Les données personnelles collectées sont également susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, de reporting, d'amélioration des services proposés sur la base des intérêts légitimes de l'Assureur. Sur cette même base et sauf opposition du participant, les données personnelles ainsi recueillies pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale par l'Assureur, par voie électronique uniquement, pour des produits et services similaires à ceux objets du contrat, ainsi que par voie téléphonique et postale.

Sous réserve d'avoir obtenu l'accord préalable et exprès du participant, certaines données collectées pourront également être utilisées à des fins de prospection commerciale, par les autres membres du Groupe APICIL. Le traitement aura alors pour base juridique le consentement du participant, lequel pourra être retiré à tout moment.

Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents de l'Assureur et, le cas échéant, nos réassureurs, vos intermédiaires en assurances, ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion ou de la réalisation des finalités déclarées.

Compte tenu de la diversité des durées de conservation applicables au regard des différents types de données traitées, le participant est invité à consulter la politique de données personnelles, à l'adresse suivante https://www.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles, afin de s'informer en détail sur les durées de conservation desdites données.
En tout état de cause, elles ne sont pas conservées au-delà de la durée nécessaire à la gestion de ces missions et des litiges susceptibles d'en résulter conformément aux règles de prescription applicables.

Toute personne concernée dispose à l'égard de l'Assureur, et ce, conformément aux réglementations nationales et européennes en vigueur, des droits suivants en contactant : APICIL PREVOYANCE – Délégué à la protection des données (DPO), 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire :
-droit de demander l'accès à ses données personnelles,
-droit de demander la rectification de celles-ci,
-droit de demander leur effacement,
-droit de demander une limitation du traitement mis en œuvre,
-droit de s'opposer au traitement,
-droit de retirer son consentement quand le traitement est fondé sur le consentement,
-droit à la portabilité des données,
-droit d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle,
-droit de définir des directives relatives au sort de ses données à caractère personnel après son décès.

Si elle estime que ses droits ne sont pas respectés, toute personne concernée peut adresser une réclamation en ligne auprès à la CNIL.
Toute personne concernée peut exercer ses droits en contactant : Groupe APICIL, Service Relation Client, 38 rue François Peissel, 69300 Caluire et Cuire.

Le participant est informé de l'existence de la liste d'opposition au démarchage téléphonique « Bloctel », sur laquelle il peut s'inscrire à l'adresse suivante : https://conso.bloctel.fr/

Le participant est également informé que l'Assureur n'envisage pas d'effectuer un transfert des données personnelles vers un pays situé en dehors de l'Union européenne. Le cas échéant, tout transfert de ce type sera effectué moyennant des garanties appropriées, notamment contractuelles, en conformité avec la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles.

D'une manière générale, l'Assureur s'engage à respecter les conditions de traitement et/ou la destination des données personnelles qui lui ont été communiquées par le participant ou auxquelles elle aura accès dans le cadre de l'exécution du contrat. En particulier, l'Assureur s'engage à ne pas exploiter pour son propre compte, céder et/ou louer à des entreprises tierces les données personnelles collectées dans le cadre de l'exécution du contrat. Les engagements pris par l'Assureur au titre du présent article survivront à la cessation du contrat pour quelle que cause que ce soit.

La politique de données personnelles de l'Institution étant susceptible d'évoluer, notamment s'agissant de l'identité du Délégué à la protection des Données Personnelles, des coordonnées du responsable de traitement, de modifications éventuelles, le participant est invité à se rendre sur la page suivante https://www.apicil.com/protection-des-donnees-personnelles afin de s'informer en détails sur la politique des données personnelles de l'Assureur en vigueur.

2e PARTIE : CONDITIONS SPECIFIQUES A CHACUNE DES GARANTIES

TITRE A
DECES - INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE (I.A.D)

Il est précisé que les garanties mentionnées dans le présent Titre ne sont pas systématiquement accordées. Ne le sont effectivement que celles qui sont énumérées dans les Conditions Particulières et pour lesquelles un montant de prestations est indiqué. DANS TOUS LES AUTRES CAS, LES GARANTIES NE SONT PAS ACCORDEES.

Pour l'application du présent Titre, est assimilé au conjoint marié :
- le partenaire de PACS de l'Adhérent : la personne ayant conclu un PACS avec l'Adhérent. Les deux partenaires doivent être, au regard de l'Etat civil, libres de tout autre lien de mariage, de PACS ou de concubinage. Au jour du sinistre, le PACS ne doit pas être dissout et il doit pouvoir être justifié d'une domiciliation commune.
- le concubin notoire de l'Adhérent : la personne vivant maritalement avec l'Adhérent et justifiant d'une domiciliation fiscale commune depuis au moins un an au moment du sinistre. Ce délai est abrogé en cas de naissance d'un enfant commun aux concubins au cours de cette période. L'Adhérent et son concubin doivent être libres de tout autre lien de même nature (c'est-à-dire qu'ils sont chacun célibataire, veuf ou divorcé, et ne sont pas engagés dans les liens d'un mariage, d'un PACS ou d'un autre concubinage avec une autre personne).

ARTICLE A.1 - GARANTIE EN CAS DE DECES

En cas de décès de l'Adhérent, il est prévu le paiement d'un capital dont le montant est indiqué aux Conditions Particulières.

ARTICLE A.2 - GARANTIE EN CAS D'INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D.) de l'Adhérent, l'Assureur verse par anticipation à l'Adhérent, sur sa demande, les prestations prévues à l'Article A.1.
L'Adhérent est considéré comme atteint d'I.A.D :
- s'il est classé par la Sécurité sociale parmi les invalides de la 3e catégorie,
- ou bénéficie, au titre de la législation sur les Accidents du Travail et Maladies Professionnelles, d'une rente à 100 % avec majoration pour tierce personne et se trouve, en outre, dans l'impossibilité totale et définitive d'exercer une activité professionnelle quelconque.

Les prestations sont versées après réception de la preuve de l'I.A.D.

La demande de versement par un Adhérent des prestations prévues en cas d'I.A.D., acceptée par l'Assureur, met fin à la garantie Décès (article A.1) pour cet Adhérent.

ARTICLE A.3 - GARANTIE DOUBLE EFFET

En cas de décès simultané, ou postérieur, du conjoint non séparé judiciairement ou du partenaire avec qui l'Adhérent était lié par un PACS ou encore du concubin, un capital sera versé (et partagé en parts égales) aux enfants de l'Adhérent encore à charge lors du second décès et vivant lors de la demande de son versement, à la double condition :
- que le conjoint ou le partenaire avec qui l'Adhérent était lié par un PACS ne soit pas remarié au jour de son décès (il en va de même de la conclusion d'un PACS par ces derniers),
- que les enfants bénéficiaires du capital soient à la charge du conjoint ou du partenaire avec qui l'Adhérent était lié par un PACS le jour de son décès et aient été à charge de l'Adhérent de son vivant.

Le montant du capital est le même que celui qui a été versé à raison du premier décès au titre de la garantie « décès toutes causes », sauf s'il en est décidé autrement dans les conditions particulières.
En cas de décès simultané ou postérieur des enfants pouvant en bénéficier, le capital « double effet » n'est pas dû.
Cette garantie cesse en cas de résiliation de la garantie décès.

ARTICLE A.4 - GARANTIE FRAIS D'OBSEQUES

En cas de décès de l'Adhérent, du conjoint, du partenaire de PACS, du concubin de l'Adhérent ou d'une personne à charge définie à l'Article 9 des présentes Conditions Générales, il est versé à l'Adhérent ou à la personne ayant assumé les frais d'obsèques une allocation forfaitaire dont le montant est fixé aux Conditions Particulières.
Sauf s'il en est disposé autrement dans les Conditions Particulières, **pour le décès d'un enfant de moins de 12 ans, il ne sera versé aucune allocation obsèques.**
Lorsque la facture a été intégralement acquittée dans le cadre d'une convention obsèques, la garantie n'est pas due.

ARTICLE A.5 – BENEFICIAIRES DU CAPITAL

* Clause bénéficiaire contractuelle :
A défaut d'envoi par l'Adhérent à l'Assureur d'une désignation bénéficiaire, selon les modalités indiquées ci-bas (cf. « clause bénéficiaire spécifique »), le capital sera versé :
- au conjoint de l'Adhérent judiciairement non séparé de corps, ou au Partenaire de l'Adhérent avec lequel celui-ci est lié par un PACS ou au concubin notoire de l'Adhérent et justifiant d'une domiciliation commune à la date du décès,
- à défaut, aux enfants de l'Adhérent, nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales,
- à défaut aux parents de l'Adhérent par parts égales entre eux et en cas de décès de l'un d'eux, la totalité au survivant,
- à défaut, aux héritiers de l'Adhérent.

Sauf le cas où un (des) bénéficiaire(s) aurai(en)t accepté leur désignation, ou sauf stipulation contraire de l'Adhérent, la majoration éventuelle du capital par personne à charge, telle que définie à l'article 9, est versée, par parts égales, aux enfants ouvrant droit à cette majoration, ou à leur représentant légal.

* Clause bénéficiaire spécifique :
Si l'Adhérent désire que le capital garanti ne soit pas attribué selon la clause bénéficiaire contractuelle précisée ci-dessus ou, si en cours de contrat, il souhaite modifier la désignation bénéficiaire, il doit en informer l'Assureur en lui adressant une lettre manuscrite, datée et signée. L'Adhérent peut également désigner le(s) bénéficiaire(s) :
- en remplissant le document *Désignation de bénéficiaires en cas de décès*, annexée à la Notice d'Information du contrat d'assurance, ou,
- dans un acte sous seing privé communiqué à l'Assureur, ou,
- dans un acte authentique dont l'existence a été communiquée à l'Assureur.
Lorsqu'un bénéficiaire est nommément désigné, il est recommandé de porter ses coordonnées sur la désignation, afin qu'en cas de décès, l'Assureur informe le bénéficiaire de la désignation effective existant à son profit.
Il est également recommandé à l'Adhérent de modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée, cependant, si **l'Adhérent a consenti à l'acceptation d'un (des) bénéficiaire(s), sa (leur) désignation devient irrévocable. La modification de la stipulation faite au profit du bénéficiaire n'est alors possible qu'avec l'accord du bénéficiaire acceptant.**
Lorsque l'Adhérent est en vie, le bénéficiaire du contrat ne peut devenir bénéficiaire acceptant que si l'Adhérent y consent et lui donne expressément son accord.

L'acceptation peut être faite soit par un acte authentique, soit par acte sous seing privé signé par l'Adhérent et par le bénéficiaire et n'a d'effet à l'égard de l'Assureur qu'après lui avoir été notifiée par écrit par lettre recommandée avec avis de réception. Le cas échéant, l'acceptation peut aussi être formalisée par un avenant signé de l'assureur, de l'adhérent et du bénéficiaire.

Toute désignation ou changement de désignation non porté à la connaissance de l'Assureur lui est inopposable. La non-recevabilité d'une désignation entraînera l'application de la clause contractuelle mentionnée au présent article.

* Cas du contrat proposant plusieurs options en cas de décès:
Si les bénéficiaires ne parviennent pas à un accord sur le choix de l'option au moment du sinistre, alors l'option proposant le capital Décès sans rente sera retenue.

ARTICLE A.6 – JUSTIFICATIFS A PRODUIRE POUR LES REGLEMENTS

Les demandes de règlements doivent être adressées à l'Assureur accompagnées des pièces justificatives suivantes :
a) En cas de décès :
• extrait de l'acte de décès mentionnant la date de naissance;
• certificat médical précisant la cause du décès ;
• justification de la situation de famille et des charges de famille (copie du livret de famille, certificats de scolarité, attestation fiscale, copie intégrale de l'acte de naissance de l'Adhérent, copie intégrale de l'acte de naissance des bénéficiaires, carte d'identité ou passeport du défunt et des bénéficiaires etc…).

De plus, selon la situation de famille, des pièces complémentaires peuvent être demandées (certificat de concubinage, certificat de PACS…)

De plus, en cas de décès :
• de l'Adhérent : copie des bulletins de salaires des douze mois civils précédant le mois du décès.
• du conjoint, du partenaire de PACS ou du concubin (article A.3) : extrait de la délibération du conseil de famille ou ordonnance du juge des Tutelles ayant nommé les tuteurs et subrogés tuteurs des enfants mineurs.

b) En cas d'Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D.) :
• notification de l'attribution par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité et de la majoration pour assistance d'une tierce personne ;
• justification de la situation de famille.
De plus, s'il s'agit de l'I.A.D. de l'Adhérent : copie des bulletins de salaires des douze mois civils précédant la date àlaquelle la Sécurité sociale a reconnu l'Adhérent en invalidité de 3e catégorie ou lui a attribué une rente d'incapacité permanente de 100 % avec majoration pour assistance d'une tierce personne.

L'Assureur se réserve le droit de demander toute pièce qu'il jugera nécessaire pour le règlement d'un capital. A défaut de fourniture des pièces demandées, le règlement pourra être ajourné ou supprimé.

******Fin des dispositions du Titre A ******

TITRE B
DECES - INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE PAR ACCIDENT

Il est précisé que les garanties mentionnées dans le présent Titre ne sont pas systématiquement accordées. Ne le sont effectivement que celles qui sont énumérées dans les Conditions Particulières et pour lesquelles un montant de prestations est indiqué. DANS TOUS LES AUTRES CAS, LES GARANTIES NE SONT PAS ACCORDEES.

Pour l'application du présent Titre, est assimilé au conjoint marié :
- le partenaire de PACS de l'Adhérent : la personne ayant conclu un PACS avec l'Adhérent. Les deux partenaires doivent être, au regard de l'Etat civil, libres de tout autre lien de mariage, de PACS ou de concubinage. Au jour du sinistre, le PACS ne doit pas être dissout et il doit pouvoir être justifié d'une domiciliation commune.
- le concubin notoire de l'Adhérent : la personne vivant maritalement avec l'Adhérent et justifiant d'une domiciliation fiscale commune depuis au moins un an au moment du sinistre.
Ce délai est abrogé en cas de naissance d'un enfant commun aux concubins au cours de cette période. L'Adhérent et son concubin doivent être libres de tout autre lien de même nature (c'est-à-dire qu'ils sont chacun célibataire, veuf ou divorcé, et ne sont pas engagés dans les liens d'un mariage, d'un PACS ou d'un autre concubinage avec une autre personne).

ARTICLE B.1 – DEFINITION

Si la garantie est prévue aux conditions particulières, un capital supplémentaire est versé lorsque le décès ou l'I.A.D est imputable à un accident.

Sauf s'il en est disposé autrement dans les Conditions Particulières, le décès doit intervenir dans les six mois à compter de la date de l'accident.
On entend par accident, toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Adhérent, provenant de l'action soudaine et fortuite d'une cause extérieure. Aussi, l'Assureur n'est pas tenu par la définition de l'accident retenue par la Sécurité sociale notamment en matière d'accident du travail.
Le décès n'est pas considéré comme accidentel, lorsqu'il est survenu à la suite d'une intervention chirurgicale. De même, les affections vasculaires, cérébrales ou cardiaques, les affections coronariennes, l'infarctus du myocarde ne sont pas considérés comme des accidents.
La preuve de la relation directe de cause à effet, entre l'accident et le décès, ainsi que la preuve de la nature de l'accident, incombent aux bénéficiaires.
Les conditions particulières du contrat peuvent également prévoir le paiement d'un capital majoré, lorsque le décès résulte d'un accident de la circulation ou d'un accident d'avion.

Par accident de la circulation, il faut entendre, et ce, exclusivement, l'accident provoqué :

- par un véhicule quelconque, un piéton ou un animal, lorsque l'Adhérent circule à pied sur une voie publique ou privée,

- par l'usage comme conducteur ou passager, d'un moyen de transport public ou privé par voie de terre,
- par l'usage comme passager seulement, d'un moyen de transport *(public ou privé)* par voie de fer, d'air ou d'eau.

Par accident d'avion, il faut entendre le décès résultantd'un accident de navigation aérienne, lorsqu'un certificat valable de navigation a été délivré pour l'appareil et que le pilote est titulaire d'un brevet ou d'une licence non périmée ; ce pilote pouvant être l'Adhérent lui-même.

ARTICLE B.2 – GARANTIE DECES PAR ACCIDENT

En cas de décès de l'Adhérent consécutif à un accident, il est prévu le paiement d'un capital supplémentaire dont le montant est indiqué aux Conditions Particulières.

ARTICLE B.3 - GARANTIE INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE PAR ACCIDENT

L'Invalidité Absolue et Définitive consécutive à un accident est assimilée au Décès par accident. L'Invalidité Absolue et Définitive est définie à l'Article A.2 du Titre A.

Après réception des pièces justificatives, l'Assureur verse par anticipation à l'Adhérent, sur sa demande, les prestations prévues à l'Article B.2.

La demande de versement par un Adhérent des prestations prévues en cas d'I.A.D. par accident, acceptée par l'Assureur, met fin à la garantie Décès par accident (article B.2) pour cet Adhérent.

ARTICLE B.4 – BENEFICIAIRES

Les bénéficiaires en cas de décès de l'Adhérent sont ceux définis à l'Article A.5 du Titre A.

ARTICLE B.5 – JUSTIFICATIFS A PRODUIRE POUR LES REGLEMENTS

En complément des pièces justificatives prévues à l'Article A.6. du Titre A :
- toutes pièces justificatives telles que certificat médical, rapport de police, coupures de journaux, etc., attestant le caractère accidentel du décès ou de l'I.A.D.

L'Assureur se réserve le droit de demander toute pièce qu'il jugera nécessaire pour le règlement d'un capital. A défaut de fourniture des pièces demandées, le règlement pourra être ajourné ou supprimé.

****** *Fin des dispositions du Titre B* ******

TITRE C

INCAPACITE DE TRAVAIL – INVALIDITE

Il est précisé que les garanties mentionnées dans le présent Titre ne sont pas systématiquement accordées. Ne le sont effectivement que celles qui sont énumérées dans les Conditions Particulières et pour lesquelles un montant de prestations est indiqué. DANS TOUS LES AUTRES CAS, LES GARANTIES NE SONT PAS ACCORDEES.

ARTICLE C.1 - DEFINITIONS - ETENDUE DES GARANTIES

• Incapacité Temporaire Totale
Un Adhérent est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.) s'il se trouve dans l'incapacité physique, constatée médicalement, d'exercer son activité professionnelle, et s'il perçoit de la Sécurité sociale des indemnités journalières.
Toute réduction de l'intervention du régime de base, pour non-respect des dispositions de l'article 27-VI de la Loi n°2004-810 du 13/08/2004, ne pourra être prise en charge au titre des garanties prévues au contrat.

• Invalidité Permanente
Un Adhérent est considéré en état d'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) lorsqu'il est classé par la Sécurité sociale dans la 2e ou 3e catégorie d'invalides ou, s'il s'agit d'un accidentdu travail ou d'une maladie professionnelle, lorsque cet organisme lui reconnaît une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 66 %.

Il est considéré en état d'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) lorsqu'il est classé par la Sécurité sociale dans la 1re catégorie d'invalides ou, s'il s'agit d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, lorsque cet organisme lui reconnaît une incapacité permanente d'un taux compris entre 33 % et 66 %.

• Les prestations garanties par le présent Titre sont servies uniquement en complément des indemnités, pensions ou rentes de même nature versées par la Sécurité sociale. **Toutefois, lorsque l'Adhérent du fait de conditions d'ancienneté d'affiliation à la Sécurité sociale ne peut bénéficier des prestations de celle-ci, l'Assureur verse les prestations correspondant à l'état d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité Permanente de l'Adhérent, sous déduction des prestations qu'aurait versées la Sécurité sociale, si elle était intervenue.**

• Appréciation des sinistres déclarés
En tout état de cause, et conformément à l'article 16 des présentes Conditions Générales, l'Assureur se réserve la possibilité d'apprécier par une expertise médicale le bien-fondé de l'état d'Incapacité de travail ou d'invalidité de l'Adhérent.

ARTICLE C.2 - MONTANT DES PRESTATIONS

A) Incapacité Temporaire et Invalidité Permanente non consécutives à un accident du travail ou une maladie professionnelle

En cas d'Incapacité Temporaire Totale, l'Assureur verse une indemnité journalière égale à 1/365e de la base des prestations prévue aux Conditions Particulières.
Cette indemnité est servie à l'expiration d'un délai de franchise fixé aux Conditions Particulières. Sauf stipulation contraire prévue aux Conditions Particulières, la franchise est applicable à chaque arrêt de travail et correspond à une **période continue d'arrêt total** qui débute le premier jour d'arrêt de travail et pendant laquelle les prestations ne sont pas dues
En cas d'hospitalisation et uniquement si cette garantie est souscrite, le délai de franchise peut être spécifiquement aménagé. On entend par hospitalisation un séjour de plus de 24 heures, en qualité de patient, prescrit par un médecin dans une clinique ou un hôpital public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou d'un accident.

En cas d'hospitalisation telle que décrite, l'indemnité journalière est alors versée à partir du premier jour d'arrêt de travail qui suit l'expiration de la franchise telle qu'aménagée, et ce, pour la durée d'indemnisation prévue.

Si l'Incapacité Temporaire Totale a pour origine les causes pathologiques d'une maternité, le délai de franchise est suspendu pendant la durée du congé de maternité légal ou conventionnel, sauf stipulations contraires précisées aux Conditions Particulières.

Invalidité Permanente
En cas d'Invalidité Permanente Totale de l'Adhérent, l'Assureur verse une rente trimestrielle égale à ¼ des prestations annuelles prévues aux Conditions Particulières.
En cas d'Invalidité Permanente Partielle de l'Adhérent, l'Assureur verse une rente trimestrielle égale à 60 % de celle prévue en cas d'Invalidité Permanente Totale.

B) Incapacité Temporaire et Invalidité Permanente consécutives à un accident du travail ou une maladie professionnelle

Incapacité Temporaire
Le montant de l'indemnité journalière est calculé par application du taux, fixé aux Conditions Particulières, à la base des prestations en cas d'incapacité temporaire non consécutive à un accident du travail ou une maladie professionnelle. De cette indemnité est déduite celle versée par la Sécurité sociale au titre des accidents du travail et maladies professionnelles.

Invalidité Permanente
En cas d'Invalidité Permanente Totale de l'Adhérent, dont le taux N est supérieur ou égal à 66 %, l'Assureur verse une rente trimestrielle égale à ¼ des prestations annuelles prévues aux Conditions Particulières.
En cas d'Invalidité Permanente Partielle de l'Adhérent dontle taux **N** est compris entre 33 % et 66 %, l'Assureur verse une rente dont le montant annuel **R**, incluant les prestations de la Sécurité sociale, est égal à :

R*= 3/2 *x N x G
dans laquelle :
N est le taux d'incapacité permanente non corrigé servant au calcul de la rente versée en cas d'accident du travail,
G est la garantie de l'Assureur incluant les prestations Sécurité sociale.

La rente est versée par quart trimestriellement.

EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE INFERIEURE A 33 %, L'ASSUREUR NE VERSE AUCUNE PRESTATION.

C) Cas du mi-temps thérapeutique
En cas de reprise d'activité à temps partiel dans le cadre d'un « mi-temps thérapeutique », l'Assureur poursuit le versement de son indemnité journalière pour un montant égal à la différence entre :
• le montant garanti aux Conditions Particulières.
• le cumul de l'indemnité journalière versée par la Sécurité sociale et du salaire effectivement versé par le Souscripteur au titre dudit mi-temps thérapeutique.
En l'absence de salaire effectivement versé par le souscripteur, l'Assureur n'indemnise pas le mi-temps thérapeutique.

ARTICLE C.3 - DUREE ET FIN DU SERVICE DES PRESTATIONS

Les prestations du présent Titre sont servies aussi longtemps que l'état de l'Adhérent répond à l'une des définitions de l'Article C.1.
Elles cessent d'être versées le jour de la liquidation d'un régime de retraite obligatoire.

Reprise temporaire de travail
Si l'Adhérent rechute (suite de la même maladie) après avoir repris une activité, le délai de franchise fixé aux Conditions Particulières n'est pas appliqué si les deux conditions suivantes sont vérifiées :
- l'Assureur a versé des prestations au titre de l'arrêt (franchise dépassée),
- le nouvel arrêt intervient moins de deux mois après la reprise d'activité.

Résiliation du contrat
La résiliation du contrat par le Souscripteur ou par l'Assureur est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées acquises ou nées par l'exécution du présent Titre.
Les prestations continueront à être versées sur la base de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation.

ARTICLE C.4 - REGLE DE CUMUL

Le cumul des prestations versées au titre d'une même période par l'Assureur, la Sécurité sociale et, le cas échéant, le Souscripteur, et tout autre organisme (Pôle Emploi, …) ne peut excéder 100 % de la base des prestations définies aux Conditions Particulières. **En cas de dépassement, les prestations de l'Assureur sont réduites à due concurrence.**

En Incapacité :
Le total de la rémunération nette perçue de l'employeur Souscripteur, des prestations brutes versées par la Sécurité sociale ou tout autre régime d'assurance ayant le mêmeobjet, par le Pôle Emploi et des prestations complémentaires servies par l'Assureur **ne peut excéder le traitement de base net**, éventuellement revalorisé, ayant servi au calcul des indemnités complémentaires.

En Invalidité :
Le total de la rémunération nette perçue de l'employeur Souscripteur, des prestations brutes versées par la Sécurité sociale ou tout autre régime d'assurance ayant le même objet, des indemnités nettes versées par le Pôle Emploi et des prestations complémentaires servies par l'Assureur ne peut excéder le traitement de base net, éventuellement revalorisé, ayant servi au calcul des rentes complémentaires. S'il n'en était pas ainsi, les prestations seraient alors réduites à due concurrence.

ARTICLE C.5 - DEBUT DU SERVICE DES PRESTATIONS - JUSTIFICATIFS A PRODUIRE

Le Souscripteur, ou à défaut l'Adhérent, doit adresser à l'Assureur dans les TRENTE JOURS qui suivent l'expiration de la période de franchise mentionnée aux Conditions Particulières, les pièces justificatives suivantes :
- copie des bulletins de salaire des douze mois civils précédant le mois où a débuté l'arrêt de travail ;
- certificat médical de l'Assureur dûment rempli par le médecin traitant de l'Adhérent et adressé au médecin conseil de l'Assureur sous enveloppe portant la mention « Secret Médical » ;
- décomptes de prestations en espèces de la Sécurité sociale;
- en cas d'hospitalisation, le bulletin d'hospitalisation mentionnant les dates d'entrée et de sortie.

Le cas échéant :
- notification d'attribution par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité et de la majoration pour assistance d'une tierce personne ;
- toute autre pièce justifiant que les personnes sont à charge.

En cas de rechute dans les 2 mois suivant la reprise du travail:
- certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection.

Sauf cas de force majeure, si ces documents ne sont pas parvenus à l'Assureur dans le délai précisé ci-dessus, la

franchise sera décomptée à partir du jour de réception de la déclaration.
Les indemnités journalières et les rentes trimestrielles sont payables après réception des pièces justificatives. Les prestations sont versées au Souscripteur pour le compte de l'Adhérent, tant que celui-ci fait partie de l'effectif de l'Entreprise.
Lorsque l'Adhérent ne fait plus partie de l'effectif et si des prestations sont dues par l'Assureur, elles sont directement versées à l'Adhérent : dans ce cas, elles sont calculées, selon les mêmes modalités mais sur la base des prestations indiquées aux Conditions Particulières correspondant au salaire net.

L'Assureur se réserve le droit de demander toute pièce qu'il jugera nécessaire pour le règlement de la prestation. A défaut de fourniture des pièces demandées, le règlement pourra être ajourné ou supprimé.

ARTICLE C.6 – REVISION

En cas de modification de l'état de l'Adhérent, les indemnités journalières ou rentes seront révisées en conséquence.

****** *Fin des dispositions du Titre C* ******

TITRE D
RENTE EDUCATION

Il est précisé que les garanties mentionnées dans le présent Titre ne sont pas systématiquement accordées. Ne le sont effectivement que celles qui sont énumérées dans les Conditions Particulières et pour lesquelles un montant de prestations est indiqué. DANS TOUS LES AUTRES CAS, LES GARANTIES NE SONT PAS ACCORDEES.

ARTICLE D.1 - GARANTIE EN CAS DE DECES

Il est versé, en cas de décès de l'Adhérent, une rente d'éducation pour les enfants à charge (Article 9), dont le montant est indiqué aux Conditions Particulières.

Le service de la rente éducation est effectué trimestriellement à terme échu. Le premier versement intervient le premier jour du trimestre civil suivant le décès de l'Adhérent pour la période courue depuis le jour du décès. La rente cesse d'être due à compter du lendemain du jour où les conditions requises pour être bénéficiaire ne sont plus remplies, **sans pouvoir excéder la date à laquelle il atteint son 26e anniversaire, sauf s'il est titulaire de la carte d'invalide civil avant son 18e anniversaire.**
Le dernier paiement est calculé prorata temporis.

Les rentes peuvent être majorées pour les orphelins de père et mère.

Le total annuel des rentes versées au titre d'un décès ne peut dépasser 100 % du traitement de base de l'Adhérent, éventuellement revalorisé.

Si cela est nécessaire, chaque rente sera réduite proportionnellement.

Pour le versement de la rente d'éducation, l'enfant ne doit pas percevoir une rémunération supérieure à 50 % du SMIC.

ARTICLE D.2 - GARANTIE EN CAS D'INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D.) de l'Adhérent, l'Assureur verse par anticipation à la demande de l'Adhérent, les prestations prévues à l'Article D.1.

L'Adhérent est considéré comme atteint d'I.A.D :
- s'il est classé par la Sécurité sociale parmi les invalides de la 3e catégorie,
- ou s'il bénéficie, au titre de la législation sur les Accidents du Travail et Maladies Professionnelles, d'une rente à 100 % avec majoration pour tierce personne et se trouve, en outre, dans l'impossibilité totale et définitive d'exercer une activité professionnelle quelconque.

Les prestations sont versées dès réception de la preuve de l'I.A.D.

La demande de versement par un Adhérent des prestations prévues en cas d'I.A.D., acceptée par l'Assureur, met fin à la garantie Décès (article D.1) pour cet Adhérent.

ARTICLE D.3 - BENEFICIAIRES

Sont considérés comme bénéficiaires les enfants à charge tels que définis à l'Article 9 des Conditions Générales.
Les rentes sont payables à l'enfant bénéficiaire ou, tant qu'il est mineur, à son représentant légal.

ARTICLE D.4 - FIN DU SERVICE DES PRESTATIONS

La rente éducation est versée à l'enfant selon les garanties et les limites d'âge prévues aux Conditions Particulières.
Lorsque la garantie évolue en fonction de l'âge, la prestation du trimestre au cours duquel la garantie change est calculée prorata temporis selon la garantie de chaque tranche d'âge.

ARTICLE D.5 – JUSTIFICATIFS A PRODUIRE POUR LES REGLEMENTS

Les demandes de règlements doivent être adressées à l'Assureur accompagnées des pièces justificatives suivantes :

a) en cas de décès :
- extrait de l'acte de décès mentionnant la date de naissance ;
- certificat médical constatant l'origine accidentelle ou non du décès ;
- justification de la situation de famille et des charges de famille (copie du livret de famille, certificats de scolarité, attestation fiscale, etc.) ;
- copie des bulletins de salaire des douze mois civils précédant le mois du décès ;

b) en cas d'Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D.) :
- justification de la situation de famille et des charges de famille (copie du livret de famille, certificats de scolarité, attestation fiscale, etc.) ;
- copie des bulletins de salaire des douze mois civils précédant la date à laquelle la Sécurité sociale a reconnu l'Adhérent en invalidité de 3e catégorie ;
- notification de l'attribution par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité et de la majoration pour assistance d'une tierce personne.

L'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce justifiant que les enfants sont à charge au moment du décès et en cours de service de la rente. A défaut de fourniture des pièces demandées, les paiements pourront être ajournés ou supprimés.

****** *Fin des dispositions du Titre D* ******

T I T R E E
PENSION DE CONJOINT OU PARTENAIRE DE PACS

Il est précisé que les garanties mentionnées dans le présent Titre ne sont pas systématiquement accordées. Ne le sont effectivement que celles qui sont énumérées dans les Conditions Particulières et pour lesquelles un montant de prestations est indiqué.
DANS TOUS LES AUTRES CAS, LES GARANTIES NE SONT PAS ACCORDEES.

ARTICLE E.1 – RENTE VIAGERE

En cas de décès de l'Adhérent, il est prévu le paiement à son conjoint judiciairement non séparé de corps ou à son partenaire de PACS, d'une rente viagère annuelle dont le montant est indiqué aux Conditions Particulières.

Le service de la rente est effectué trimestriellement à terme échu.
Le premier versement intervient le premier jour du trimestre civil suivant le décès de l'Adhérent pour la période courue depuis le jour du décès. Le dernier versement est calculé prorata temporis.

ARTICLE E.2 – RENTE TEMPORAIRE

Une rente temporaire de relais est versée tant que le conjoint ne remplit pas les conditions de réversion prévues par les régimes de retraites complémentaires obligatoires dont relevait l'Adhérent. Le montant de la rente sera précisé aux Conditions Particulières.

Dispositions communes aux rentes temporaires & viagères :
Le cas échéant, cette rente est répartie entre les conjoints et ex-conjoint (s) conformément aux dispositions desrégimes de retraite complémentaires obligatoires.
La rente cesse d'être versée en cas de remariage ou de conclusion d'un nouveau PACS.

ARTICLE E.3 – JUSTIFICATIFS A PRODUIRE POUR LES REGLEMENTS

Les demandes de règlements doivent être adressées à l'Assureur accompagnées des pièces justificatives suivantes :
- extrait de l'acte de décès mentionnant la date de naissance;
- certificat médical précisant la cause du décès ;
- justification de la situation de famille et des charges de famille (copie du livret de famille, certificats de scolarité, attestation fiscale, copie intégrale de l'acte de naissance de l'Adhérent, copie intégrale de l'acte de naissance des bénéficiaires, carte d'identité ou passeport du défunt et des bénéficiaires etc…).
- copie des bulletins de salaire des douze mois civils précédant le mois du décès ;
- attestations des régimes de retraites complémentaires obligatoires.

De plus, selon la situation de famille, des pièces complémentaires peuvent être demandées (certificat de PACS…)

L'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce justifiant la qualité de bénéficiaire au moment du décès et en cours de règlement. A défaut de fourniture des pièces demandées, les paiements pourront être ajournés ou supprimés.

****** *Fin des dispositions du Titre E* ******

TITRE F
PREDECES DU CONJOINT OU PARTENAIRE DE PACS

Il est précisé que les garanties mentionnées dans le présent Titre ne sont pas systématiquement accordées. Ne le sont effectivement que celles qui sont énumérées dans les Conditions Particulières et pour lesquelles un montant de prestations est indiqué.
DANS TOUS LES AUTRES CAS, LES GARANTIES NE SONT PAS ACCORDEES.

ARTICLE F.1 - GARANTIE EN CAS DE DECES

Si le conjoint de l'Adhérent, judiciairement non séparé de corps, ou son partenaire de PACS, décède avant lui, il est prévu le paiement à l'Adhérent d'un capital dont le montant est indiqué aux Conditions Particulières.
EN CAS DE DECES SIMULTANES, IL N'EST PAS FAIT APPLICATION DE CETTE GARANTIE.

ARTICLE F.2 – GARANTIE EN CAS D'INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D.) du conjoint ou partenaire de PACS de l'Adhérent, l'Assureur verse par anticipation au conjoint de l'Adhérent, sur sa demande, les prestations prévues à l'Article F.1.

Le conjoint ou partenaire de PACS de l'Adhérent estconsidéré comme atteint d'I.A.D. :
- s'il est classé par la Sécurité sociale parmi les invalides de la 3e catégorie,
- ou s'il bénéficie, au titre de la législation sur les Accidents du Travail et Maladies Professionnelles, d'une rente à 100 % avec majoration pour tierce personne et se trouve, en outre,dans l'impossibilité totale et définitive d'exercer une activité professionnelle quelconque.

Si le conjoint ou partenaire de PACS n'est pas assujetti au Régime Général de la Sécurité sociale, ou s'il n'exerce pas d'activité professionnelle, le classement dans la 3e catégorie est apprécié par le Médecin Conseil de l'Assureur, par référence aux dispositions du Régime précité.

Les prestations sont versées dès réception de la preuve de l'I.A.D.

Le demande de versement des prestations prévues en cas d'I.A.D., acceptée par l'Assureur, met fin à la garantie Décès (article F.1).

ARTICLE F.3 – JUSTIFICATIFS A PRODUIRE POUR LES REGLEMENTS

Les demandes de règlements doivent être adressées à l'Assureur accompagnées des pièces justificatives suivantes :

a) en cas de décès :
• extrait de l'acte de décès mentionnant la date de naissance ;
• certificat médical précisant la cause du décès ;
• justification de la situation de famille et des charges de famille (copie du livret de famille, certificats de scolarité, attestation fiscale, copie intégrale de l'acte de naissance du défunt, copie intégrale de l'acte de naissance des bénéficiaires, carte d'identité ou passeport du défunt et des bénéficiaires etc…).
• copie des bulletins de salaires de l'Adhérent des douzemois civils précédant le mois du décès du conjoint ou partenaire de PACS de l'Adhérent ;

De plus, selon la situation de famille, des pièces complémentaires peuvent être demandées (certificat de PACS…)

b) en cas d'Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D.) :
• justification de la situation familiale et des charges de famille (copie du livret de famille, certificats de scolarité, attestation fiscale, etc.) ;
• copie des bulletins de salaire des douze mois civils précédant la date à laquelle la Sécurité sociale a reconnu le conjoint ou le partenaire de PACS de l'Adhérent en invalidité 3e catégorie ;
• notification de l'attribution par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité et de la majoration pour assistance d'une tierce personne ;
• assimilation à la 3e catégorie d'invalides de la Sécurité sociale, s'il n'est pas assujetti au Régime Général de cet Organisme.

L'Assureur se réserve le droit de demander toute pièce qu'il jugera nécessaire pour le règlement d'un capital. A défaut de fourniture des pièces demandées, le règlement pourra être ajourné ou supprimé.

****** *Fin des dispositions du Titre F* ******

T I T R E G
INFIRMITE PERMANENTE PAR ACCIDENT

Il est précisé que les garanties mentionnées dans le présent Titre ne sont pas systématiquement accordées. Ne le sont effectivement que celles qui sont énumérées dans les Conditions Particulières et pour lesquelles un montant de prestations est indiqué. Dans tous les autres cas, les garanties ne sont pas accordées.

ARTICLE G.1 – DEFINITION

L'Infirmité Permanente Totale ou Partielle est considérée comme accidentelle lorsqu'elle résulte d'un événement extérieur à l'assuré, soudain et involontaire entraînant une infirmité dans les douze mois qui suivent la date de l'événement.

N'ENTRENT PAS DANS LE CADRE DE CETTE GARANTIE :
• LES MALADIES ;
• LES ACCIDENTS QUI SONT LA CONSEQUENCE D'UNE DES MALADIES SUIVANTES : EPILEPSIE, INFARCTUS DU MYOCARDE, RUPTURE D'ANEVRISME, EMBOLIE CEREBRALE, APOPLEXIE OU COMA DIABETIQUE ;
• LES CONSEQUENCES D'OPERATIONS CHIRURGICALES NON NECESSITEES PAR UN ACCIDENT GARANTI.

ARTICLE G.2 – GARANTIE INFIRMITE PERMANENTE

Si, à la suite d'un accident, l'Adhérent est atteint d'une infirmité permanente, il lui sera versé :
- en cas d'infirmité permanente totale : une indemnité égale au capital fixé aux Conditions Particulières. L'infirmité est totale lorsque, calculée conformément au barème et aux règles ci-après, elle atteint le taux de 100 %.
- en cas d'infirmité permanente partielle : une indemnité égale à un pourcentage du capital fixé aux Conditions Particulières. Le pourcentage est égal au taux d'infirmité calculé conformément au barème et aux règles ci-après. Toutefois aucune indemnité n'est versée dans le cas où le taux d'infirmité reconnu serait inférieur à la franchise fixée aux Conditions Particulières.

ARTICLE G.3 – JUSTIFICATIFS A PRODUIRE POUR LES REGLEMENTS

L'Adhérent doit déclarer l'accident dans un délai de 15 jours par lettre recommandée adressée au Siège de l'Assureur.

Cette déclaration doit préciser :
- les nom, prénom, date de naissance et adresse de l'Adhérent,
- le numéro de son contrat,
- les nom, adresse du médecin appelé à donner les premiers soins,
- les nom et adresse de l'auteur de l'accident et si possible des témoins,
- si un procès-verbal de police ou de gendarmerie a été dressé,
- si l'Adhérent est hospitalisé : le nom et l'adresse de l'établissement,
- en outre, si l'Adhérent est en arrêt de travail, il doit adresser à l'Assureur un certificat médical d'arrêt de travail indiquant la durée probable de cet arrêt.

Par ailleurs, le Médecin Conseil de l'Assureur doit recevoir dès que possible un certificat médical indiquant la nature ou la localisation des blessures ou lésions et leurs conséquences probables.

Le paiement de la prestation définie aux Conditions Particulières ne sera effectué qu'après fourniture de l'ensemble des pièces justificatives précitées. L'Adhérent qui, de mauvaise foi, ferait de fausses déclarations sur la nature, les causes, les circonstances et les conséquences de l'accident, serait entièrement déchu de tout droit à indemnisation au titre de cet accident ; si des prestations avaient déjà été versées, elles devraient être remboursées.

L'Assureur se réserve le droit de demander toute pièce qu'il jugera nécessaire pour le règlement d'un capital. A défaut de fourniture des pièces demandées, le règlement pourra être ajourné ou supprimé.

ARTICLE G.4 – BAREME

TETE

- Perte totale des deux yeux ou de leur vision	100 %
- Aliénation mentale incurable et totale	100 %
- Perte d'un œil	30 %
- Perte de la vision d'un œil	25 %
- Surdité incurable et totale	40 %
- Surdité incurable d'une oreille	15 %
- Perte de substance osseuse du crâne dans toute son épaisseur :	
• Surface d'au moins 6 cm²	40 %
• Surface de 3 à 6 cm²	20 %
• Surface inférieure à 3 cm²	10 %
- Ablation totale de la mâchoire inférieure	60 %
- Ablation partielle de la mâchoire inférieure, branche Montante en totalité ou moitié du corps du maxillaire	35 %

MEMBRES

Infirmité portant sur deux membres	
- Perte des deux bras ou des deux mains	100 %
- Perte des deux jambes ou des deux pieds	100 %
- Perte d'un bras ou d'une main et d'une jambe ou d'un pied	100 %
Membres inférieurs	
- Amputation de la cuisse (moitié supérieure)	60 %
- Amputation de la cuisse (moitié inférieure) ou de la jambe	50 %
- Perte totale du pied (désarticulation ibio-tarsienne)	45 %
- Perte partielle du pied :	
• Désarticulation sous-astragalienne	40 %
• Désarticulation médio-tarsienne	35 %
• Désarticulation tarso-métatarsienne	30 %
- Ankylose de la hanche :	
• En position défavorable	45 %
• En rectitude	35 %
- Ankylose du genou :	
• En position défavorable	25 %
• En rectitude	15 %
- Ankylose de l'articulation tibio-tarsienne :	
• Position favorable	15 %
• En équinisme	20 %
- Perte de substance osseuse étendue de la cuisse ou des deux os de la jambe, état incurable	50 %
- Perte de substance osseuse étendue de la rotule avec gros écartement des fragments et gêne considérable des mouvements d'extension de la jambe sur la cuisse	40 %
- Perte de substance osseuse de la rotule avec conservation des mouvements	20 %
- Raccourcissement d'au moins 5 cm d'un membre inférieur	30 %
- Raccourcissement d'un membre inférieur de 3 à 5 cm	15 %
- Raccourcissement de 1 à 3 cm	5 %
- Paralysie totale d'un membre inférieur (lésion incurable de nerf)	60 %
- Paralysie complète du nerf sciatique poplité externe	30 %
- Paralysie complète du nerf sciatique poplité interne	20 %
- Paralysie complète des deux nerfs (sciatique poplité externe et interne)	40 %
- Amputation totale de tous les orteils	20 %
- Amputation du gros orteil	8 %
- Ankylose du gros orteil	5 %
- Amputation de deux orteils	4 %
- Amputation d'un orteil	2 %

Membres supérieurs	**Droit ***	**Gauche ***
- Perte d'un bras ou d'une main	60 %	50 %
- Fracture non consolidée du bras (pseudarthrose constituée)	30 %	25 %
- Perte du mouvement de l'épaule (ankylose totale)	35 %	25 %
- Ankylose du coude :		
•En position favorable, 15 degrés autour de l'angle droit	25 %	20 %
•En position défavorable	40 %	35 %
- Paralysie totale du membre supérieur	60 %	50 %
- Paralysie complète du nerf circonflexe	20 %	15 %
- Paralysie complète du nerf médian :		
•Au bras	45 %	35 %
•A la main	20 %	15 %
- Paralysie complète du nerf radial :	40 %	
•A la gouttière de torsion	30 %	35 %
•A l'avant-bras	20 %	25 %
•A la main	30 %	15 %
- Paralysie complète du nerf cubital	20 %	25 %
- Ankylose du poignet en position favorable (dans la rectitude ou en pronation)	30 %	15 %
- Ankylose du poignet en position défavorable (flexion ou extension forcée ou en supination)	20 %	25 %
- Perte totale du pouce	12 %	15 %
- Perte partielle du pouce (phalange unguéale)	15 %	9 %
- Ankylose totale du pouce	15 %	12 %
- Amputation totale de l'index		10 %
- Amputation partielle de l'index :	6 %	
•D'une phalange	11 %	4 %
•De deux phalanges	35 %	7 %
- Amputation simultanée du pouce et de l'index	25 %	25 %
- Amputation du pouce et d'un doigt autre que l'index	15 %	20 %
- Amputation de deux doigts autres que le pouce et l'index	20 %	10 %
- Amputation de trois doigts autres que le pouce et l'index	45 %	15 %
- Amputation de quatre doigts y compris le pouce	40 %	40 %
- Amputation de quatre doigts, le pouce étant conservé	8 %	35 %
- Amputation d'un doigt autre que le pouce et l'index		5 %

(*) Si l'Adhérent est gaucher, les taux prévus au barème ci-dessus pour les différentes infirmités des membres supérieurs droits et gauches sont inversés.

Rachis

- Séquelles douloureuses de fracture du corps de vertèbres cervicales, dorsales ou lombaires, avec tassement (sans signes neurologiques) :	
• Sans raideur rachidienne	10 %
• Avec raideur rachidienne	15 %
- Séquelles douloureuses de fracture d'apophyse transverse de vertèbres lombaires avec syndrome lumbago traumatique	7 %
- Plexalgie cervico-brachiale avec enraidissement des mouvements du cou	4 %

Rate

- Ablation de la rate (examen hématologique normal)	10 %
- Ablation de la rate (avec modification de la formule hématologique)	20 %

Rein

- Ablation d'un rein (azotémie inférieure à 0,60)	20 %

ARTICLE G.5 – REGLES

1 – Le taux d'invalidité est fixé en dehors de toute considération professionnelle, en tenant compte uniquement des atteintes à l'intégrité physique, sans prendre en considération des éléments subjectifs telsque préjudice esthétique ou préjudice d'agrément.

2 – Les invalidités non énumérées au barème ci-dessus seront indemnisées en proportion de leur gravité comparée à celle des cas énumérés ; en cas de perte partielle de la vue, l'indemnité sera proportionnée à la diminution de l'acuité visuelle. L'incapacité totale ou partielle d'un membre ou d'un organe est assimilée à la perte totale ou partielle.

3 – Si plusieurs lésions résultant d'un même accident affectent plusieurs membres ou organes, l'indemnité est calculée en retenant tout d'abord le taux prévu au barème ci-dessus pour la lésion la plus importante, puis en rajoutant successivement, et par ordre décroissant, le taux de chacune des lésions suivantes, en fonction chaque fois de la capacité restante.

4 – La perte d'un membre ou d'un organe frappé avant l'accident :

- **D'incapacité fonctionnelle totale, ne donne lieu au paiement d'aucune indemnité ;**
- **D'incapacité fonctionnelle partielle, n'est indemnisée que par différence entre l'état antérieur et postérieur à l'accident.**

5 – Quand les circonstances d'un accident sont aggravées par :

- L'état constitutionnel de l'Adhérent ;
- L'action d'une maladie ou d'une infirmité antérieure à l'accident, mais indépendante de celui-ci ;
- Un manque de soin constaté imputable à l'Adhérent ;
- Un traitement empirique ;

L'indemnité sera calculée, non pas sur les conséquences réelles de l'accident mais sur celles qu'il aurait eues chez un sujet de santé normale soumis à un traitement médical classique.

6 – Les maladies nerveuses, les troubles nerveux postcommotionnels et les lésions nerveuses périphériques ne donnent droit à indemnité que s'ilssont la conséquence d'un accident compris dans la garantie et s'ils se manifestent par des signes objectifs caractérisés. Dans ce cas, un premier règlement sera effectué qui ne pourra dépasser la moitié de l'indemnité correspondant au degré de l'infirmité ; cet acompte sera,en tout état de cause acquis et le solde sera versé, s'il y alieu, après un nouvel examen médical pratiqué dans un délai maximum de 2 ans, examen qui déterminera letaux définitif.

****** *Fin des dispositions du Titre G* ******