NOTICE
CAP

PRÉVOYANCE

ASSURANCE DE PERSONNES

Juillet 2023

AGIPI

Cher Adhérent,

Vous avez choisi d'adhérer à la Convention d'Assurance et de Prévoyance afin de garantir votre sécurité et celle de votre famille.

CAP est une convention d'assurance de groupe mise au point par AGIPI, et garantie par des sociétés du groupe AXA. Elle est exclusivement réservée aux adhérents d'AGIPI.

CAP a été élaboré pour vous garantir des prestations financières en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité et pour assurer à vos proches des capitaux ou des rentes en cas de décès et des prestations de services en cas de maladie grave. CAP vous offre enfin la possibilité de préparer dès la vie active votre protection contre les conséquences financières d'une éventuelle perte d'autonomie.

Cette notice qui comporte le texte des conditions générales du CAP vous informe ainsi sur l'ensemble des garanties offertes.

Votre conseiller se tient à votre disposition pour vous fournir tout renseignement complémentaire.

Les services d'ADIS s'efforceront de vous apporter soin et efficacité dans le suivi et la gestion de votre adhésion.

Je vous remercie de faire confiance à AGIPI, association d'assurés pour la Retraite, l'Epargne, la Prévoyance et la Santé, et vous prie de croire, Cher Adhérent, à mes sentiments dévoués.

François PIERSON
Président d'AGIPI

Sommaire

Page

Dispositions générales

Article 1 Préambule et parties à la convention 4
Article 2 Objet de la convention 4
Article 3 Régime fiscal 5
Article 4 Définitions 5
Article 5 Durée et renouvellement 6
Article 6 Champ d'application 6
Article 7 Obligations de l'adhérent et de l'assuré 8
Article 8 Obligations d'AGIPI et d'ADIS 9
Article 9 Délai et modalités de renonciation 9
Article 10 Informations relatives à l'utilisation des données personnelles 10
Article 11 Prescription 12
Article 12 Modifications de la convention 13
Article 13 Réclamations 13
Article 14 Contrôle de l'assureur 13
Article 15 Dépôt à la Caisse des dépôts et consignations (CDC) et acquisition par l'Etat des sommes dues au bénéficiaire au titre de l'adhésion dès lors qu'elles ne sont pas réclamées (L 132-27-2 du Code des assurances) 14

Garantie en cas de décès, ou de perte totale et irréversible d'autonomie

Article 16 Capital décès 14
Article 17 Capital supplémentaire en cas de décès par accident 15
Article 18 Rente viagère temporaire 15
Article 19 Rente éducation 15
Article 20 Pension de conjoint 17
Article 21 Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) 17
Article 22 Désignation des bénéficiaires et acceptation bénéficiaire 17
Article 23 Risques exclus et limites de garanties 18

Garantie en cas d'incapacité de travail, d'invalidité, de maladies graves ou de perte d'autonomie

Article 24 Indemnités perte de revenu 19
Article 25 Complément régime professionnel 21
Article 26 Remboursement des frais professionnels 22
Article 27 Bonification des garanties en cas d'incapacité de travail 23
Article 28 Rente en cas d'invalidité totale ou partielle et complément viager 24
Article 29 Capital en cas d'invalidité totale ou partielle 27
Article 30 Bonification de la garantie rente en cas d'invalidité totale, partielle ou à complément viager 28
Article 31 Relais autonomie 28
Article 32 Capital maladies graves 30
Article 33 Exonération du paiement des cotisations 31
Article 34 Risques exclus et limites de garanties 31

Garanties d'assistance

Garanties en cas de maladies graves

Article 35 Position médicale complémentaire 35
Article 36 Education thérapeutique 35
Article 37 Assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation 35
Article 38 Soutien psychologique 36

Garanties en cas de violences intrafamiliales

Article 39 Assistance en cas de violences intrafamiliales 37
Article 40 Protection juridique en cas de violences intrafamiliales 37

Garanties de conseil prévention santé

Article 41 Informations conseil prévention santé 41

Garanties de coaching santé nutrition

Article 42 Coaching santé nutrition 42

Dispositions communes aux garanties d'assistance

Article 43 Exclusions des garanties d'assistance 42
Article 44 Circonstances exceptionnelles 43

Cotisations

Article 45 Age de l'assuré 43
Article 46 Cotisations de prévoyance et de perte d'autonomie 43
Article 47 Modalités de paiement des cotisations 44

Gestion des prestations

Article 48 Revalorisation des prestations en cours de service 45
Article 49 Modalités d'obtention des prestations 45

Gestion technique et paritaire de la convention

Article 50 Fonds de valorisation 47
Article 51 Comptes de participation 47
Article 52 Réserve de participation 48
Article 53 Réserve de stabilité 49
Article 54 Comptes techniques 49
Article 55 Comité de Gestion Paritaire 49
Article 56 Comité Médical d'Evaluation 49
Article 57 Comité de Suivi des Rentes 49

Annexe - Convention d'utilisation des services numériques 50

Notice
Dispositions générales

Article 1 Préambule et parties à la convention

L'Association Générale Interprofessionnelle de Prévoyance et d'Investissement (AGIPI) a pour objet de promouvoir, dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, toute action et toute réforme aptes à procurer ou à améliorer la garantie de ses membres contre les divers risques sociaux.

C'est dans ce cadre qu'elle a conclu auprès des sociétés d'assurance sur la vie du Groupe AXA des contrats collectifs, à adhésion facultative de nature à contribuer à la réalisation de son objet social.

La convention d'assurance de groupe CAP, Convention d'Assurance et de Prévoyance, régie par le Code des assurances (branche 1 – accidents, branche 2 – maladie, branche 18 – assistance et branche 20 – vie-décès), est souscrite par AGIPI auprès des sociétés françaises d'assurance et d'assistance du Groupe AXA :

- AXA France Vie, dont le siège social est à Nanterre (92727), 313, Terrasses de l'Arche, 92727 Nanterre Cedex,
- AXA Assurances Vie Mutuelle, dont le siège social est à Nanterre (92727), 313, Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre Cedex, en coassurance entre elles, au prorata de leurs chiffres d'affaires respectifs.

Les garanties d'assistance sont assurées par Inter Partner Assistance ci-après dénommée « AXA Partners », société anonyme de droit belge au capital de 130 702 613 euros, entreprise d'assurance non vie agréée par la Banque Nationale de Bruxelles sous le numéro 415 591 055, dont le siège social est situé 7 Boulevard du Régent - 1000 Brussels - Belgique, prise au travers de sa succursale française immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Nanterre sous le numéro 316 139 500) située 6, rue André Gide - 92320 CHÂTILLON.

Les garanties de protection juridique référencées N° 10 819 921 104 sont assurées par JURIDICA S.A. au capital de 14 627 854,68 € - 572 079 150 R.C.S. Versailles. Siège social : 1, place Victorien Sardou, 78160 MARLY-LE-ROI. Entreprise régie par le code des assurances.

Cette convention est réservée aux adhérents d'AGIPI.
Par son adhésion, l'adhérent bénéficie de la représentation de ses intérêts par l'association AGIPI dans la confection, la surveillance de la gestion et l'évolution des contrats d'assurance de groupe souscrits par elle. Il peut, à tout moment et à titre individuel, solliciter l'association AGIPI pour intervenir dans une démarche de conciliation, sans préjudice des procédures de traitement des réclamations et de médiation définies à l'article 13.

Le CAP est géré par ADIS (Associations Diffusion Services), centre de gestion dédié des adhésions AGIPI par délégation de l'assureur. ADIS est une Société Anonyme de courtage située 12, avenue Pierre Mendès France - 67312 SCHILTIGHEIM Cedex et filiale à 100% d'AXA France Vie.

Tout litige relatif à l'application de la présente convention relève de la seule compétence des tribunaux français.

Conformément à l'article L 355-5 du Code des assurances, les entreprises d'assurance publient annuellement un rapport sur leur solvabilité et leur situation financière. En cas d'événement majeur affectant significativement la pertinence des informations contenues dans ce rapport, les entreprises d'assurance et de réassurance publient des informations relatives à la nature et aux effets de cet événement.
Les rapports publiés par AXA France Vie et AXA Assurances Vie Mutuelle sont disponibles à l'adresse : https://www.axa.fr/configuration-securite/informations-financieres.html

Article 2 Objet de la convention

Cette convention a pour objet de garantir, en fonction des options choisies par l'adhérent :

- des prestations en cas d'incapacité totale de travail, d'invalidité, de maladies graves, de perte d'autonomie ou de décès de l'assuré, sous forme d'indemnités journalières, de rentes ou de capitaux,
- des prestations de services et d'assistance en cas de maladie graves,
- des prestations de services et d'assistance en cas de perte d'autonomie,
- des prestations de Conseils Prévention Santé et Coaching Santé Nutrition,
- des garanties et prestations d'assistance et de Protection Juridique en cas de violences intrafamiliales.

La convention CAP (référence 3449-96) comporte les 5 contrats suivants :

- le contrat CAP C3449-96 comporte les garanties suivantes : Capital décès, Capital supplémentaire en cas de décès par accident, Rente viagère temporaire, Rente éducation, Pension de conjoint, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Indemnités perte de revenu, Complément au régime professionnel, Rente en cas d'invalidité totale ou partielle, Capital en cas d'invalidité totale ou partielle, Capital Maladies Graves, Relais Autonomie, Exonération du paiement des cotisations, Assistance, Protection Juridique,
- le contrat CAP R3449-96 comporte la seule garantie "Remboursement des frais professionnels",
- le contrat CAP M3449-96, conforme aux dispositions de l'article 154 bis du Code général des impôts (loi Madelin), comporte les seules garanties suivantes : Rente viagère temporaire, Rente éducation, Pension de conjoint, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Indemnités perte de revenu, Complément au régime professionnel, Remboursement des frais professionnels, Rente en cas d'invalidité totale ou partielle, Assistance, Protection Juridique,
- le contrat Agipi Santé CS 3449-97 comporte la garantie "remboursement des frais de santé",
- le contrat Agipi Santé MS 3449-97 comporte la garantie "remboursement des frais de santé" dans le cadre de l'article 154 bis du Code général des impôts issu de la loi Madelin.

Les conditions particulières d'adhésion précisent de quels contrats relèvent les garanties souscrites par l'adhérent.

Les contrats CAP C3449-96, CAP R3449-96 et CAP M3449-96 sont régis par la présente notice référence AGI 0325 et ci-après dénommés « Contrat CAP ».

Les contrats Agipi Santé CS3449-97 et MS3449-97 sont régis par la notice référence AGI 0327 et ci-après dénommés « Contrat Agipi Santé ».

Article 3 Régime fiscal

Ces dispositions sont celles en vigueur en France métropolitaine et dans les DROM et COM au 1er décembre 2022, et sont susceptibles d'être modifiées par la législation. Les modifications éventuellement apportées par la législation s'appliqueront aux adhésions en cours sauf dispositions contraires.

L'engagement de l'assureur décrit dans la présente notice est exprimé avant la prise en compte des prélèvements fiscaux ou sociaux qui seront opérés conformément à la réglementation en vigueur.

A Les prestations versées en cas de décès de l'assuré

En cas de décès de l'assuré, les cotisations versées à compter de ses 70 ans au titre des garanties suivantes : Capital décès, Rente éducation, Pension de conjoint sont soumises aux droits de mutation à titre gratuit dans les conditions prévues à l'article 757 B du Code général des impôts.

En cas de décès de l'assuré avant ses 70 ans, la cotisation annuelle versée au titre des garanties suivantes : Capital décès, Capital supplémentaire en cas de décès par accident est soumise à la taxation prévue à l'article 990 I du Code général des impôts.

Les cotisations versées au titre des garanties Rente éducation, Pension de conjoint ne sont pas soumises à l'article 990 I dès lors qu'elles ont été souscrites dans le cadre de la loi Madelin prévu à l'article 154 bis.

Le(s) bénéficiaire(s) ne sont pas soumis à la fiscalité prévue aux articles 757 B ou 990 I, lorsqu'il s'agit du conjoint de l'assuré, ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité (PACS), ou, sous certaines conditions précisées à l'article 796 O Ter, son frère ou sa sœur.

B Le dispositif propre au contrat Madelin

Déductibilité fiscale des cotisations
Les garanties servies sous forme de rentes ou d'indemnités journalières peuvent être souscrites dans le cadre de la loi du 11 février 1994, dite loi Madelin. À ce titre, les cotisations payées sont déductibles du bénéfice imposable ou du revenu professionnel, dans les limites prévues à l'article 154 bis du Code général des impôts. Afin de bénéficier de cette déductibilité, l'adhérent doit être à jour du paiement des cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse.

Régime d'imposition applicable aux prestations
Dans ce cadre, les prestations versées sont soumises à imposition dans la catégorie des pensions et retraites (en cas de cessation définitive d'activité professionnelle) ou dans la catégorie correspondant au revenu professionnel de l'adhérent (en cas de poursuite de l'activité professionnelle) et aux prélèvements sociaux.

C Le contrat Remboursement des Frais Professionnels

Les prestations versées au titre de la garantie Remboursement des Frais Professionnels sont imposables à l'impôt sur le revenu (ou à l'impôt sur les sociétés lorsque l'adhérent est une personne morale imposée à l'IS) dans la mesure où la garantie a pour objet de couvrir des charges nécessaires à l'activité professionnelle.

Article 4 Définitions

Adhérent	Personne physique ou morale qui adhère à la présente convention.
Adhésion	L'adhésion est matérialisée par : • les conditions particulières d'adhésion, • la présente notice prévue par l'article L 141-4 du Code des assurances, • les avenants éventuels intervenant en cours d'adhésion.
Assuré	Personne physique admise à l'assurance, dont le lieu de résidence principale et le foyer fiscal sont établis en France ou en Principauté de Monaco et sur la tête de laquelle repose le risque.
Accident	Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. A titre d'exemple l'infarctus du myocarde, les affections coronariennes ainsi que les affections soudaines, le suicide, les affections dues à un choc émotif ou à un surmenage ne sont pas considérés comme des accidents.
Conditions particulières d'adhésion	Document qui complète la présente notice et dans lequel figurent l'identité de l'adhérent, de l'assuré, les clauses bénéficiaires, les garanties choisies, ainsi que d'éventuelles dispositions particulières.

Conjoint	La personne liée à l'assuré par mariage.
Consolidation (définition contractuelle)	Stabilisation durable de l'état de santé de l'assuré laissant subsister des séquelles, cet état n'évoluant ni vers une amélioration, ni vers une aggravation, médicalement constatées.
Enfants à charge	Enfants de l'assuré âgés de moins de 26 ans, fiscalement à sa charge, que ces enfants soient légitimes, naturels ou adoptés.
Hospitalisation	Séjour prescrit par un médecin, dans un établissement hospitalier conventionné ou non (clinique, hôpital public ou privé), en vue d'y recevoir des soins qui ne pourraient être donnés valablement par un traitement hors d'un tel établissement. En cas d'incapacité, pour bénéficier de la franchise hospitalisation, le séjour doit être supérieur au nombre de jours précisé dans les conditions particulières d'adhésion.
Maladie	Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pas pour origine un accident tel que défini ci-dessus.
Profession	Activité professionnelle exercée par l'assuré à titre principal.
Profession de santé	Profession réglementée par le Code de la santé publique.
Profession libérale	Profession pour laquelle l'affiliation à la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Professions Libérales (CNAVPL) ou à la Caisse Nationale des Barreaux Français (CNBF) est obligatoire.

Article 5 Durée et renouvellement

Cette convention entre AGIPI et l'assureur prend effet le 1er juillet 2023, et se renouvelle par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant préavis de six mois par lettre recommandée.

En cas de résiliation de la convention entre AGIPI et l'assureur, aucune adhésion nouvelle ne pourra être enregistrée ; chaque assuré garanti par la convention au moment de la résiliation pourra le demeurer jusqu'aux âges prévus par l'article 6 E, pour les classes de garanties souscrites.

Pour les garanties en cas de perte d'autonomie, chaque assuré garanti par la convention au moment de la résiliation pourra le demeurer, sans limite d'âge, pour les garanties et les niveaux de prestations souscrits, et revalorisés dans les conditions fixées par la convention.

Article 6 Champ d'application

A Admission

Chaque assuré remplit une demande d'adhésion par laquelle il précise les garanties souhaitées et désigne le ou les bénéficiaires des garanties en cas de décès.

L'assuré fait l'objet d'une sélection médicale. ADIS peut limiter ou refuser les garanties sans avoir à justifier sa décision.

La souscription de garanties en cas d'incapacité temporaire totale de travail, d'invalidité totale ou partielle, de maladies graves, ou de perte d'autonomie implique celle de garanties en cas de décès, selon les modalités fixées par accord entre ADIS et l'assureur.

B Territorialité des garanties

Les garanties sont acquises à l'assuré dans le monde entier.

Toutefois si l'incapacité, l'invalidité ou le décès survient à l'occasion d'un déplacement ou d'un séjour professionnel dans une des régions ou un des pays déconseillés par le Ministère des Affaires Etrangères, les garanties sont exclues, sauf acceptation mentionnée sur les conditions particulières d'adhésion.

Pour les personnes déjà présentes dans cette zone à la date de l'inscription de cette zone sur les listes du Ministère des Affaires Etrangères, l'exclusion ne s'applique qu'à compter du 14e jour suivant cette inscription.

Si l'incapacité ou l'invalidité survient hors de France métropolitaine, des Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM) et des Collectivités d'Outre-Mer (COM) ou d'un des pays de l'espace économique européen, c'est la date de la première constatation médicale de cet état en France, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM) et dans les Collectivités d'Outre-Mer (COM), ou dans un des pays de l'espace économique européen qui sert de point de départ à la garantie.

C Début des garanties

Les garanties prennent effet pour chaque assuré à la date indiquée sur ses conditions particulières d'adhésion, sous réserve de signature de celles-ci par l'adhérent et l'assuré, s'il est différent, et paiement effectif de la première échéance mentionnée dans le décompte de cotisation.

L'adhésion est conclue pour la période comprise entre sa date d'effet et la date de la 1re échéance principale fixée au 1er janvier de chaque année. Elle se renouvelle par tacite reconduction.

D Modification des garanties

L'adhérent peut à tout moment demander la modification de ses garanties :

- s'il s'agit d'une diminution, cette modification prend effet le jour de réception de la demande par ADIS,
- s'il s'agit d'une augmentation de garanties ou d'une réduction de franchise, l'acceptation du changement est subordonnée aux résultats de la sélection médicale et au respect des conditions mentionnées au A du présent article.

  Les nouvelles garanties prennent effet à la date indiquée sur les nouvelles conditions particulières d'adhésion, sous réserve de signature de celles-ci par l'adhérent et l'assuré, s'il est différent, et paiement effectif de la première échéance mentionnée dans le décompte de cotisation.

E Fin des garanties

Les garanties prennent fin en cas de résiliation de l'adhésion définie à l'article 6 F, ou en cas de décès de l'assuré.

En tout état de cause, les garanties prennent fin lorsque l'assuré atteint les limites d'âge suivantes :

Capital décès *(article 16)*	Au 75e anniversaire de l'assuré.
Capital supplémentaire en cas de décès par accident *(article 17)*	Au 67e anniversaire de l'assuré.
Rente viagère temporaire *(article 18)*	Au 75e anniversaire de l'assuré.
Rente éducation *(article 19)*	Au 75e anniversaire de l'assuré.
Pension de conjoint *(article 20)*	Au 75e anniversaire de l'assuré.
Perte totale et irréversible d'autonomie *(article 21)*	Au 67e anniversaire de l'assuré.
Indemnités perte de revenu *(article 24)*	Au 70e anniversaire de l'assuré.
Complément régime professionnel *(article 25)*	Au 65e anniversaire de l'assuré.
Remboursement des frais professionnels *(article 26)*	Au 70e anniversaire de l'assuré.
Rente en cas d'invalidité totale ou partielle *(article 28)*	Au 62e anniversaire de l'assuré ou au 67e anniversaire de l'assuré en fonction de l'option choisie par l'adhérent et précisée sur les conditions particulières d'adhésion.
Capital en cas d'invalidité *(article 29)*	Au 67e anniversaire de l'assuré.
Relais autonomie *(article 31)*	Au décès de l'assuré.
Capital maladies graves *(article 32)*	Au 67e anniversaire de l'assuré.

En cas de chômage ou de cessation d'activité professionnelle ou de départ à la retraite, y compris pour inaptitude professionnelle, les garanties en cas d'incapacité et les garanties en cas d'invalidité (articles 24 à 30) cessent de plein droit. L'assuré s'oblige à informer ADIS de sa cessation d'activité pour permettre la modification de son adhésion et la diminution de sa cotisation. **Dans le cas contraire, si l'assuré n'a pas informé ADIS, le paiement des cotisations ne donne pas droit à des prestations au titre des garanties devenues sans objet**.

F Résiliation de l'adhésion

L'adhérent doit notifier à ADIS sa demande de résiliation moyennant un préavis de deux mois avant la date d'échéance fixée au 31 décembre par tout moyen prévu à l'article L 113-14 du Code des assurances. Cette résiliation peut être effectuée en ligne depuis le site agipi.com ou par lettre simple ou tout support durable.

Modalités pratiques

La demande de résiliation peut être adressée :

- soit en ligne, en activant la fonctionnalité « résilier mon adhésion » accessible depuis le site agipi.com
- soit par voie postale à l'adresse suivante :
  ADIS, 12 avenue Pierre Mendes France, CS 10144, 67312 SCHILTIGHEIM Cedex.

A réception de la notification, une confirmation écrite sera adressée à l'adhérent précisant la date de prise d'effet de la résiliation.

ADIS peut résilier les garanties autres qu'en cas de décès, en y mettant fin dans les deux premières années suivant la souscription. Pour cela, ADIS doit prévenir l'adhérent par courrier recommandé avec préavis de deux mois avant la prise d'effet de la résiliation.

ADIS renonce à sa faculté de résiliation, dans la limite des garanties précédemment souscrites, si l'adhésion à la convention remplace, sans qu'il y ait eu interruption dans le temps, un contrat à adhésion individuelle facultative souscrit personnellement par l'assuré auprès d'un autre assureur comportant des garanties similaires et si la résiliation de ce contrat était le fait de l'assuré.

L'adhésion pourra également être résiliée en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions fixées à l'article 7 B ou de fausse déclaration.

Article 7 Obligations de l'adhérent et de l'assuré

A Déclaration du risque

Lors de l'adhésion

Lors de l'adhésion, l'assuré est tenu de répondre aux questions relatives à son âge, son domicile, sa profession, son état de santé, ses antécédents médicaux, les conditions d'exercice de sa profession (travail manuel, déplacement, ...), ses activités sportives, ses autres contrats prévoyant des prestations en cas d'incapacité de travail d'invalidité ou de décès, et à l'ensemble des questions posées dans les documents remis lors de l'adhésion.

Si l'état de santé de l'assuré a évolué entre la date de ses déclarations et la prise d'effet des garanties, il est aussi tenu de le déclarer.

Ces déclarations servent de base à l'adhésion et à la fixation de sa cotisation personnelle.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, l'adhérent et l'assuré, s'il est différent, s'exposent à la nullité de l'adhésion, conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances.
L'article L 113-8 du Code des assurances prévoit que l'adhésion est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les cotisations payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

En cas d'omission ou de fausse déclaration non intentionnelle, il peut être fait application des sanctions prévues à l'article L 113-9 du Code des assurances et notamment une réduction de la prestation ou une augmentation de cotisation.
L'article L 113-9 du Code des assurances prévoit que l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité. Si l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir l'adhésion, moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'assuré, soit de résilier l'adhésion dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la cotisation payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

En cas d'erreur sur l'âge de l'assuré, les sanctions prévues à l'article L 132-26 du Code des assurances pourront s'appliquer, notamment la nullité si l'âge réel se situe en dehors des limites fixées par la présente convention.

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

Dans tout autre cas, en cas d'erreur sur l'âge, si la cotisation payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital ou la rente garantis sont réduits en proportion de la cotisation perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable de l'assuré. Si au contraire, par suite d'une erreur sur l'âge de l'assuré, une cotisation trop forte a été payée, l'assureur est tenu de restituer la portion de cotisation qu'il a reçue en trop sans intérêt.

En cours d'adhésion

L'assuré doit informer ADIS par lettre recommandée :

- s'il change de profession, d'occupation ou s'il exerce sa profession dans des conditions autres que celles déclarées à l'adhésion,
- s'il pratique des activités sportives modifiant notoirement le risque assuré, telles que course automobile, course de moto, spéléologie, parachutisme, etc …,
- s'il effectue des déplacements modifiant notoirement le risque assuré dans une des régions ou un des pays déconseillés par le Ministère des Affaires Etrangères, tels que définis à l'article 6 B,
- s'il souscrit d'autres contrats d'assurance comportant des prestations en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité totale ou partielle,
- en cas de chômage, de cessation d'activité ou de départ à la retraite.

La déclaration par lettre recommandée doit être adressée à ADIS dans un délai de trente jours à compter de la date de modification.

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

- soit mettre fin, à dater de la modification intervenue, aux garanties autres qu'en cas de décès si cette modification constitue une aggravation du risque,
- soit proposer un nouveau montant de cotisation adapté à la nouvelle situation.

Si l'adhérent refuse le nouveau montant de cotisation, il est mis fin aux garanties autres qu'en cas de décès. Dans ce cas, l'adhérent peut résilier l'adhésion dans sa totalité. En cas de réduction des garanties par ADIS ou de résiliation de l'adhésion par l'adhérent, la fraction de cotisation correspondant à la période postérieure à la date de résiliation est remboursée à l'adhérent.

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

Si l'assuré réalise une déclaration tardive, l'assureur pourra alors lui opposer la déchéance de garantie conformément aux dispositions de l'article L 113-2 du Code des assurances s'il établit que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice. La déchéance de garantie ne peut pas être opposée en cas de déclaration tardive due à un cas de force majeure ou un cas fortuit.

B Paiement des cotisations

L'adhérent s'oblige à payer à ADIS la cotisation correspondant aux garanties qu'il a choisies. La somme due est payable dans un délai de 10 jours à compter des dates d'échéance, qui sont fixées selon la périodicité de paiement choisie par l'adhérent.

Les cotisations sont payables par prélèvements automatiques ou chèque. Les cotisations mensuelles et trimestrielles sont payables par prélèvements automatiques.

Le défaut de paiement d'une cotisation mensuelle ou trimestrielle rendra immédiatement exigible le solde de la cotisation annuelle restant dû.

En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours suivant son échéance, conformément aux dispositions du Code des assurances et notamment des articles L 113-3 et L 132-20, une lettre recommandée est adressée par ADIS à l'adhérent l'informant qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation ou du solde exigible ainsi que les cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai entraine la résiliation des garanties, sans nouvel avis.

Pour la garantie relais autonomie, en cas de cessation du paiement des cotisations dues, l'adhérent bénéficie d'un maintien partiel des garanties dans les conditions mentionnées à l'article 31 E dès lors qu'a été payée la cotisation de l'année des 65 ans. A défaut, la garantie est résiliée.

Article 8 Obligations d'AGIPI et d'ADIS

ADIS effectue l'ensemble des actes de gestion nécessaires, acceptation et émission des adhésions, encaissement des cotisations, règlement des prestations, suivi des dossiers des adhérents, réception des demandes de résiliation.

ADIS peut, en accord avec l'assureur et AGIPI, déléguer tout ou partie de ces tâches à un organisme de son choix.

AGIPI, par l'intermédiaire d'ADIS, informe les adhérents de la situation de leurs garanties à chaque échéance annuelle, notamment par l'intermédiaire du site internet de l'association (www.agipi.com) rubrique « espace adhérents ».

Article 9 Délai et modalités de renonciation

L'adhérent, personne physique, peut renoncer à son adhésion pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion au contrat est conclue. Il est informé que l'adhésion est conclue à la date de signature des conditions particulières d'adhésion et au plus tard à compter du jour d'encaissement du premier paiement de cotisation.

La renonciation doit être faite par envoi recommandé, avec demande d'avis de réception, adressé à ADIS.

Modalités pratiques

La renonciation devra être adressée à :

12 avenue Pierre Mendès France,
CS 10144,
67312 SCHILTIGHEIM Cedex.

Elle peut être faite suivant le modèle de lettre ci-dessous :
Je soussigné,
Nom ..... Prénom .....
Adresse .....
déclare renoncer à mon adhésion CAP n°.....
Fait à ....., le ..... (Signature)

La renonciation entraîne la restitution de l'intégralité des sommes versées dans un délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de cette lettre recommandée.

La réception de la demande de renonciation entraîne l'annulation de l'ensemble des garanties.

Article 10 Informations relatives à l'utilisation des données personnelles

Dans le cadre de la souscription, les données communiquées par l'adhérent/assuré sont principalement utilisées pour la passation et la gestion du contrat d'assurance, par ADIS, responsable du traitement. Celles-ci pourront également être utilisées pour la gestion des réclamations et des contentieux, pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'élaboration de statistiques et études actuarielles, l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur.

En tout état de cause, chaque traitement de données à caractère personnel réalisé par ADIS repose sur l'un des fondements juridiques suivant :

- le consentement de l'adhérent/assuré,
- l'exécution du contrat ou de mesures précontractuelles prises à la demande de l'adhérent/assuré,
- le respect d'une obligation légale,
- la préservation de l'intérêt public,
- la poursuite d'un intérêt légitime par le responsable de traitement, comme la prévention et la détection d'une fraude.

Les données de l'adhérent/assuré seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour les durées spécifiquement prévues par les délibérations de la CNIL ou la loi.

Les données de l'adhérent/assuré pourront être communiquées à l'association souscriptrice, ses assureurs, réassureurs et organismes professionnels habilités en fonction des nécessités de gestion. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR).

ADIS est légalement tenu de vérifier que les données communiquées par l'adhérent/assuré sont exactes, complètes et, le cas échéant de les mettre à jour. Aussi, l'adhérent/assuré pourra être sollicité par ADIS afin de vérifier les informations communiquées ou pour compléter son dossier.

Lors de l'adhésion et durant toute la durée du contrat, l'adhérent/assuré est informé que les réponses à certaines questions peuvent présenter un caractère obligatoire et sont nécessaires aux finalités visées au premier alinéa du présent article. En cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à l'égard de l'adhérent/assuré pourront être la nullité du contrat souscrit (article L 113-8 du Code des assurances) ou la réduction des indemnités versées (article L 113-9 du Code des assurances).

Si l'adhérent/assuré a donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines données, il peut la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application du contrat.

Conformément à la législation en vigueur, l'adhérent/assuré peut accéder à ses données, s'opposer à leur traitement ou choisir d'en limiter l'usage, de demander leur effacement, portabilité ou rectification en cas d'erreur et de définir des directives relatives au sort de ses données après son décès en écrivant à l'adresse suivante :

ADIS,
Délégué à la Protection des Données,
12 Avenue Pierre Mendès France,
CS 10144,
67312 SCHILTIGHEIM Cedex.

Dans l'hypothèse d'une réclamation relative au traitement de ses données, l'adhérent/assuré dispose du droit de saisir la CNIL.

Données personnelles recueillies par AXA Partners

En qualité de responsable de traitement, les informations concernant les adhérents/assurés sont collectées, utilisées et conservées par les soins d'AXA Partners pour l'adhésion et la gestion des sinistres, conformément aux dispositions de la réglementation applicable en matière de protection des données personnelles et conformément à leur politique de protection des données personnelles.

En utilisant les services d'AXA Partners, l'adhérent/assuré consent à ce qu'AXA Partners utilise ses données à cette fin.

Ainsi, dans le cadre de ses activités, AXA Partners pourra :

1. utiliser les informations de l'adhérent ou de celles des personnes bénéficiant des garanties, afin de fournir les services décrits dans la présente notice,
2. transmettre les données personnelles de l'adhérent/assuré et les données relatives à son Contrat, aux entités du Groupe AXA, aux prestataires de services d'AXA Partners, à son personnel, et à toutes personnes susceptibles d'intervenir dans les limites de leurs attributions respectives, afin de gérer le dossier de sinistre de l'adhérent/assuré, lui fournir les garanties qui lui sont dues au titre de son contrat, procéder aux paiements, et transmettre ces données dans les cas où la loi l'exige ou le permet,

3. procéder à l'écoute et/ou à l'enregistrement des appels téléphoniques de l'adhérent/assuré dans le cadre de l'amélioration et du suivi de la qualité des services rendus,
4. procéder à des études statistiques et actuarielles ainsi qu'à des analyses de satisfaction clients afin de mieux adapter ses produits aux besoins du marché,
5. procéder à l'envoi d'enquêtes qualité (sous forme de demandes à retourner ou de sondages) relatives aux services d'AXA Partners et autres communications relatives au service clients,
6. utiliser les données personnelles dans le cadre d'un traitement de lutte contre la fraude ; ce traitement pouvant conduire, le cas échéant, à une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

   AXA Partners est soumis aux obligations légales issues principalement du Code Monétaire et Financier en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et contre le financement du terrorisme et, à ce titre, AXA Partners met en œuvre un traitement de surveillance des contrats pouvant aboutir à la rédaction d'une déclaration de soupçon conformément aux dispositions de la Loi en la matière.

Les données recueillies peuvent être communiquées aux autres sociétés du Groupe AXA, y compris pour une utilisation à des fins de prospection commerciale. Si l'adhérent/assuré ne souhaite pas que ses données soient transmises aux sociétés du Groupe AXA ou à un tiers pour une utilisation à des fins de prospection commerciale, il peut s'y opposer en écrivant au : **Délégué à la Protection des données - AXA Partners - 6, rue André Gide - 92320 CHÂTILLON. Email : dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com**

Pour toute utilisation des données personnelles de l'adhérent/assuré à d'autres fins ou lorsque la loi l'exige, AXA Partners sollicitera son consentement.

L'adhérent/assuré peut revenir à tout moment sur son consentement.

En adhérant au présent contrat et en utilisant ses services, l'adhérent/assuré reconnait que AXA Partners peut utiliser ses données à caractère personnel et consent à ce que AXA Partners utilise les données sensibles décrites précédemment. Dans le cas où l'adhérent/assuré fournit à AXA Partners des informations sur des tiers, l'adhérent/assuré s'engage à les informer de l'utilisation de leurs données comme défini précédemment ainsi que dans la politique de confidentialité du site internet d'AXA Partners (voir ci-dessous).

L'adhérent/assuré peut obtenir, sur simple demande, copie des informations le concernant. Il dispose d'un droit d'information sur l'utilisation faite de ses données (comme indiqué dans la politique de confidentialité du site AXA Partners - voir ci-dessous) et d'un droit de rectification s'il constate une erreur.

Si l'adhérent/assuré souhaite connaître les informations détenues par AXA Partners à son sujet, ou s'il a d'autres demandes concernant l'utilisation de ses données, il peut écrire à **Délégué à la protection des données - AXA Partners - 6, rue André Gide - 92320 CHÂTILLON. Email : dpo.axapartnersfrance@axa-assistance.com**

L'intégralité de la politique de confidentialité d'AXA Partners est disponible sur le site : axa-assistance.fr ou sous format papier, sur demande.
Pour toute réclamation à la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL), l'adhérent/assuré peut écrire à l'adresse suivante :

CNIL,
3, place de Fontenoy,
TSA 80715,
75334 PARIS Cedex 07.

Données personnelles recueillies par JURIDICA
Dans le cadre de la garantie, JURIDICA, en qualité de responsable de traitement, va principalement utiliser les données de l'adhérent/assuré pour la passation, la gestion et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser dans le cadre de contentieux, pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, afin de se conformer à une réglementation applicable, ou pour l'analyse de tout ou partie des données collectées concernant l'adhérent/assuré, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer la situation de l'adhérent/assuré ou la prédire (scores d'appétence). **Les données relatives à la santé de l'adhérent/assuré éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour l'exécution de son contrat, ce à quoi l'adhérent/assuré consent en le signant.**

Les données de l'adhérent/assuré seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL, soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). **Les données relatives à la santé de l'adhérent/assuré éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de la société avec laquelle l'adhérent/assuré a signé le contrat.**

JURIDICA est légalement tenu de vérifier que les données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. JURIDICA pourra ainsi solliciter l'adhérent/assuré pour le vérifier ou être amené à compléter son dossier (par exemple en enregistrant son email si l'assuré/adhérent a écrit un courrier électronique).

L'adhérent/assuré peut demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de ses données, définir des directives relatives à leur sort après son décès, choisir d'en limiter l'usage ou s'opposer à leur traitement. Si l'adhérent/assuré a donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de ses données, il pourra la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de son contrat.

L'adhérent/assuré pourra écrire au délégué à la protection des données JURIDICA pour exercer ses droits par email (cellulecnil@axa-juridica.com) ou par courrier (JURIDICA - Cellule CNIL - 1 Place Victorien Sardou - 78160 MARLY-LE-ROI). En cas de réclamation, l'adhérent/assuré pourra choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations : https://www.juridica.fr/donnees-personnelles-et-cookies/

Démarchage téléphonique

Si l'adhérent ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, il pourra s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL.
Pour plus d'informations, il pourra consulter le site www.bloctel.gouv.fr

Article 11 Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire après un délai prévu par la loi. Aucune action ni réclamation concernant l'adhésion ne pourra être entreprise au-delà du délai de prescription.

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

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.
La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur (adhérent/assuré) et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.
Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du présent 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Conformément à l'article L 114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique avec avis de réception adressé par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription, stipulées aux articles 2240 et suivants du Code civil, sont les suivantes :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- la demande en justice, même en référé, et même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure,
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Pour JURIDICA, il convient de rajouter comme cause d'interruption :

- la reconnaissance du droit à garantie, ou toute reconnaissance de dette de la part de l'assuré envers JURIDICA,
- la demande d'aide juridictionnelle qui dure jusqu'au moment où le bureau d'aide juridictionnelle rend une décision définitive.

Elle est également interrompue par :

- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre,
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception ou l'envoi d'un recommandé électronique adressé par :
  - JURIDICA à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime,
  - l'assuré à JURIDICA en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Conformément à l'article L 114-3 du Code des assurances, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

Article 12 Modifications de la convention

AGIPI et les sociétés d'assurance peuvent, d'un commun accord, réviser la présente convention. Toute modification des droits et obligations des adhérents sera portée par écrit à la connaissance de l'ensemble des adhérents CAP, selon les dispositions de l'article L 141-4 du Code des assurances, dans un délai de trois mois minimum avant son entrée en vigueur.
L'adhérent peut résilier son adhésion en raison de ces modifications selon les modalités visées à l'article 6 F.

Article 13 Réclamations

Le paragraphe ci-dessous précise les modalités d'examen des réclamations et le recours au processus de la médiation. Cette procédure ne constitue toutefois pas un préalable obligatoire au droit de l'adhérent d'engager une action en justice et de saisir le tribunal compétent.

Si l'adhérent souhaite formuler une réclamation, il doit contacter par écrit son conseiller (ses coordonnées sont indiquées sur les courriers et sur l'espace adhérent) ou le service de gestion avec lequel il est en relation ou, à tout moment, le service en charge du traitement des réclamations en fonction de la nature du litige :

Pour les garanties d'assurance
- via le formulaire de contact disponible sur agipi.com/contact
- ou par courrier à l'adresse suivante :
  ADIS - Service Voix de l'Adhérent - 12 avenue Pierre Mendès France, CS 10144, 67312 SCHILTIGHEIM Cedex.

Pour les garanties d'assistance
- via le formulaire de contact sur axa-assistance.fr/contact
- ou par courrier, à l'adresse suivante :
  AXA Partners - Service Gestion Relation Clientèle - 6 rue André Gide - 92320 CHÂTILLON.

Pour les garanties de protection juridique
- par e-mail à servicereclamations@juridica.fr
- ou par courrier, à l'adresse suivante :
  JURIDICA - Service Réclamations - 1 place Victorien Sardou - 78166 MARLY-LE-ROI Cedex.

Sa situation sera étudiée avec le plus grand soin ; un accusé de réception lui sera adressé dans un délai de 10 jours et une réponse lui sera alors adressée dans un délai de 60 jours.

En tout état de cause, l'adhérent peut saisir le médiateur aux adresses ci-dessous, deux mois après sa première réclamation écrite, qu'il ait reçu ou non une réponse à la suite de sa réclamation, dans un délai maximum de 1 an à compter de sa première réclamation :
- par mail : sur le site mediation-assurance.org
- par courrier : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 PARIS Cedex 09.

L'intervention du médiateur est gratuite.

Le médiateur formulera un avis dans un délai de 90 jours à compter de la date à laquelle il a notifié sa saisine.

Son avis ne s'impose pas et laissera à l'adhérent toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

Article 14 Contrôle de l'assureur

L'autorité de contrôle de l'assureur et de JURIDICA est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) :

ACPR,
4 place de Budapest - CS 92459,
75436 PARIS Cedex 09.

AXA Partners, en qualité d'entreprise d'assurance de droit belge, est soumise au contrôle prudentiel de la Banque Nationale de Belgique sise Boulevard de Berlaimont 14, 1000 Bruxelles – Belgique (www.bnb.be). La succursale française d'AXA Partners est soumise au contrôle prudentiel de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).

Article 15 Dépôt à la Caisse des dépôts et consignations (CDC) et acquisition par l'Etat des sommes dues au bénéficiaire au titre de l'adhésion dès lors qu'elles ne sont pas réclamées (L 132-27-2 du Code des assurances)

Ce dépôt intervient à l'issue d'un délai de 10 ans à compter de la date de prise de connaissance par l'assureur du décès de l'assuré, dès lors que le décès est intervenu postérieurement au 1er janvier 2015. Le dépôt intervient dans le mois suivant l'expiration de ce délai. Ces sommes sont acquises à l'Etat à l'issue d'un délai de 20 ans à compter de la date de ce dépôt.
Jusqu'à l'expiration de ce délai, la CDC détient, pour le compte des bénéficiaires, les sommes qui lui ont été déposées. Ce dépôt s'effectue en numéraire.
Le montant des sommes versées par la CDC aux bénéficiaires ou acquises à l'Etat ne peut être inférieur au montant des sommes déposées à la CDC, diminué, le cas échéant, des versements partiels réalisés par la CDC en application de ce dispositif.
L'assureur est libéré de toute obligation suite à ce dépôt à l'exception de ses obligations en matière de conservation d'informations et de documents. Ce caractère libératoire n'emporte cependant pas exonération de responsabilité pour les manquements commis antérieurement à ce dépôt.
A l'occasion de ce dépôt, l'assureur transmet à la CDC les informations nécessaires, le cas échéant, au versement des sommes dues aux bénéficiaires.

Jusqu'à l'expiration du délai de 20 ans visé ci-dessus, il conserve les informations et documents relatifs aux sommes dues au titre de l'adhésion à la date du dépôt à la CDC, au calcul du délai de 10 ans visé ci-dessus et au régime d'imposition applicable, ainsi que les informations et documents permettant d'identifier l'adhérent et les bénéficiaires de l'adhésion. Ces informations et documents sont transmis à la CDC à sa demande. L'assureur conserve également les informations et documents permettant d'apprécier qu'il a satisfait à ses obligations en matière d'adhésions non réglées.

Mesures d'information
Six mois avant l'expiration du délai de 10 ans visé ci-dessus, l'assureur informe les bénéficiaires de l'adhésion de la mise en œuvre de ce dispositif.
La CDC organise la publicité appropriée de l'identité de l'adhérent dont les sommes garanties ont fait l'objet du dépôt afin de permettre aux bénéficiaires de l'adhésion de percevoir les sommes dues. Ces derniers communiquent à la CDC les informations permettant de vérifier leur identité et de déterminer le montant des sommes qui leur sont dues.

Garantie en cas de décès, ou de perte totale et irréversible d'autonomie

Article 16 Capital décès

A Définition de la garantie

Un capital, dont le montant est indiqué sur les conditions particulières d'adhésion, est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), en cas de décès de l'assuré quelle qu'en soit la cause si celui-ci intervient avant son 75e anniversaire.

B Prestations en cas de décès du conjoint, du partenaire pacsé ou du concubin

En cas de décès simultané ou ultérieur du conjoint ou du partenaire pacsé de l'assuré, et s'il existe au moins un enfant de l'assuré à charge au moment du décès du conjoint ou du partenaire pacsé, il est versé un capital supplémentaire au profit du ou des enfants à charge.
Les mêmes dispositions s'appliquent en cas de décès simultané ou ultérieur du concubin de l'assuré, dès lors qu'il existe au moins un enfant commun à charge et au profit de celui-ci.
Ce capital est égal à celui qui a été versé lors du décès de l'assuré au titre de l'article 16 A, revalorisé selon les dispositions de l'article 48. Si plusieurs enfants sont à charge au moment du décès, le capital est partagé entre eux par parts égales.
Le capital supplémentaire est également versé si les décès de l'assuré et du conjoint, du partenaire pacsé ou du concubin sont consécutifs à un même événement accidentel, dès lors qu'il existe au moins un enfant à charge et au profit de celui-ci.

C Règlement des prestations

Les capitaux dus sont payés dans les 10 jours suivant la remise des pièces justificatives nécessaires (article 49 A).

D Extension à la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

Le capital garanti en cas de décès de l'assuré est versé à l'assuré lui-même, s'il se trouve en état de perte totale et irréversible d'autonomie avant son 67e anniversaire (article 21). Le capital est dû si la consolidation de la perte totale et irréversible d'autonomie survient alors que la garantie est en cours.
Le versement au titre de la PTIA avant le 60e anniversaire de l'assuré n'entraîne pas la fin de la garantie décès. Celle-ci est maintenue en cas de décès survenant plus de 365 jours après la consolidation de la PTIA et avant le 60e anniversaire de l'assuré.
Le versement au titre de la PTIA après le 60e anniversaire de l'assuré entraîne la fin de la garantie Capital décès.

Article 17 Capital supplémentaire en cas de décès par accident

A Définition de la garantie

Si le décès de l'assuré résulte directement d'un accident, et si cette option est mentionnée sur les conditions particulières d'adhésion, il est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) un capital supplémentaire égal à 200 % du capital versé au titre de l'article 16 A dans les limites éventuellement prévues aux conditions particulières d'adhésion.

Cette garantie est acquise si le décès causé par l'accident survient dans un délai maximum d'un an à compter du jour de cet accident.

B Règlement des prestations

Les capitaux dus sont payés dans les 10 jours suivant la remise des pièces justificatives nécessaires (article 49 A).

C Extension à la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

Le capital garanti en cas de décès par accident de l'assuré est versé à l'assuré lui-même, s'il se trouve en état de perte totale et irréversible d'autonomie consécutive à un accident avant son 67e anniversaire (article 21). Le capital est dû si la consolidation de la perte totale et irréversible d'autonomie survient alors que la garantie est en cours.
Le versement au titre de la PTIA entraîne la fin de la garantie Capital supplémentaire en cas de décès par accident.

Article 18 Rente viagère temporaire

A Définition de la garantie

En cas de décès de l'assuré quelle qu'en soit la cause, une rente viagère temporaire est versée au bénéficiaire jusqu'à son décès et au maximum sur une durée de dix ans.
Le capital constitutif de cette rente est indiqué sur les conditions particulières d'adhésion.

B Règlement des prestations

La rente est payée par trimestre civil échu, prenant effet au plus tard dans les 10 jours suivant la remise des pièces justificatives nécessaires (article 49 A).

C Extension à la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

La rente est versée à l'assuré lui-même, s'il se trouve en état de perte totale et irréversible d'autonomie avant son 67e anniversaire (article 21). La prestation est due si la consolidation de la perte totale et irréversible d'autonomie survient alors que la garantie est en cours.
Le versement au titre de la PTIA n'entraîne pas la fin de la garantie rente viagère temporaire. Celle-ci est maintenue en cas de décès, et ne pourra dépasser une durée totale cumulée de dix ans.

Article 19 Rente éducation

A Définition de la garantie

En cas de décès de l'assuré quelle qu'en soit la cause, une rente éducation viagère, dont le montant est indiqué sur les conditions particulières d'adhésion, est servie au plus tard jusqu'au 26e anniversaire de chacun des enfants désignés par l'adhérent et mentionnés sur les conditions particulières d'adhésion.
Pour chaque enfant bénéficiaire désigné, le montant de la rente garantie jusqu'au 12e anniversaire est majoré de :

- 25 % à compter de son 12e anniversaire et de
- 50 % à compter de son 18e anniversaire.

B Prestations en cas de décès du conjoint, du partenaire pacsé ou du concubin

En cas de décès ultérieur du conjoint de l'assuré, du partenaire pacsé ou du concubin, et s'il existe au moins un enfant de l'assuré à charge au moment du décès du conjoint, du partenaire pacsé ou du concubin, le montant de la rente éducation versée est doublé. Le montant de la rente éducation est également doublé si les décès de l'assuré et du conjoint, du partenaire pacsé ou du concubin, sont consécutifs à un même événement accidentel.

C Service de la rente

La rente est servie à partir du jour du décès de l'assuré, par trimestre civil échu :

- si l'enfant est mineur : sur le compte bancaire au nom de l'enfant, à défaut sur le compte bancaire du représentant légal de l'enfant si ce dernier n'en possède pas,
- si l'enfant est majeur : sur le compte bancaire au nom de l'enfant.

En cas de résiliation de la convention entre AGIPI et l'assureur, la rente éducation est versée jusqu'à son terme.

D Extension à la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

La rente garantie en cas de décès de l'assuré est versée à l'assuré lui-même, dans les mêmes conditions qu'en cas de décès, s'il se trouve en état de perte totale et irréversible d'autonomie avant son 67e anniversaire (article 21). La prestation est due si la consolidation de la perte totale et irréversible d'autonomie survient alors que la garantie est en cours.
Le versement au titre de la PTIA n'entraîne pas la fin de la garantie rente éducation. Celle-ci est maintenue en cas de décès.

E Prestations en cas de maladie ou d'accident grave des enfants

1 - Indemnités journalières en cas d'hospitalisation

En cas d'hospitalisation d'un enfant bénéficiaire de la garantie (y compris en cas d'hospitalisation à domicile dans le cadre défini par les articles D 6124-306 et suivants du Code de la santé publique), des indemnités journalières dont le montant est indiqué sur les conditions particulières d'adhésion sont versées au parent assuré, à l'issue d'une franchise de quinze jours. Ces indemnités sont versées tant que dure l'hospitalisation, à condition que le parent assuré puisse faire valoir ses droits à l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) définie aux articles L 544-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale, et sous réserve de réunir les conditions suivantes :

- que l'enfant soit hospitalisé avant son 20e anniversaire,
- qu'il soit atteint d'une maladie ou d'un handicap grave, ou victime d'un accident grave nécessitant la présence d'un de ses parents à ses côtés,
- que le parent assuré cesse ponctuellement son activité professionnelle pour s'occuper de l'enfant hospitalisé,
- et que le parent assuré fournisse un certificat médical détaillé précisant la nécessité de soins contraignants et d'une présence soutenue auprès de l'enfant, ainsi que la durée prévisible du traitement.

Ces indemnités journalières ne peuvent se cumuler avec les prestations dues en cas d'incapacité ou d'invalidité du parent assuré, et sont versées au plus tard jusqu'au 180e jour inclus d'hospitalisation pour une même affection, que cette hospitalisation soit continue ou fractionnée.

2 - Capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) d'origine accidentelle

En cas de PTIA d'un enfant bénéficiaire de la garantie, consécutive à un accident survenu avant le 20e anniversaire de celui-ci, un capital dont le montant est indiqué sur les conditions particulières d'adhésion est versé au parent assuré. Est considéré comme atteint de PTIA l'enfant reconnu définitivement incapable de se livrer à la moindre occupation ou au moindre travail lui procurant gain ou profit et dont le taux d'invalidité fonctionnelle est égal à 100 % par référence au barème des accidents du travail de la Sécurité sociale, son état de santé nécessitant en outre la présence constante d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie (se nourrir, se laver, s'habiller, se déplacer). Le capital est versé après consolidation, médicalement constatée, de l'état de santé de l'enfant.

3 - Cumul de prestations

Les indemnités journalières en cas d'hospitalisation et le capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie peuvent être versés successivement, au titre d'un même événement garanti.

4 - Délai d'attente - Etats antérieurs

Toute affection due à une maladie dont la première manifestation survient dans les 365 jours suivant la date d'effet de la garantie est exclue du champ des Indemnités journalières en cas d'hospitalisation, ainsi que ses conséquences éventuelles, quand bien même la première manifestation n'aurait pas donné lieu à un diagnostic précis.

Les maladies ou infirmités existant à la prise d'effet de l'adhésion ainsi que leurs conséquences ou les conséquences d'accidents survenus avant la prise d'effet de l'adhésion sont exclues des garanties de l'article 19 E.

Article 20 Pension de conjoint

A Définition de la garantie

En cas de décès de l'assuré quelle qu'en soit la cause, une pension, dont le montant est indiqué sur les conditions particulières d'adhésion, est servie au bénéficiaire désigné jusqu'à son décès.
La pension est réduite de 50 % au 65e anniversaire de son bénéficiaire.

Sur option, la pension peut :

- cesser au 65e anniversaire de son bénéficiaire,
- ou être versée dans sa totalité, sans réduction, jusqu'au décès du bénéficiaire.

B Prestations en cas de décès du bénéficiaire de la pension

Si le bénéficiaire de la pension décède à son tour, chacun des enfants à sa charge au moment du décès reçoit jusqu'au 26e anniversaire une rente d'orphelin revalorisable égale à 40 % de la pension en cours au moment du décès du bénéficiaire.
La rente d'orphelin est également versée si les décès de l'assuré et du bénéficiaire de la pension sont consécutifs à un même événement accidentel.

C Service des prestations et rentes

La pension prend effet à partir du jour du décès de l'assuré ; elle est servie par trimestre civil échu.
Le service de la pension cesse le dernier jour du trimestre civil au cours duquel le bénéficiaire de la pension décède.
Après le décès du bénéficiaire de la pension, la rente d'orphelin prend effet à partir du jour de ce décès ; elle est servie par trimestre civil échu, au tuteur des enfants s'ils sont mineurs, aux enfants eux-mêmes s'ils sont majeurs.

En cas de résiliation de la convention entre AGIPI et l'assureur, la pension de conjoint et la rente d'orphelin sont servies jusqu'à leur terme.

D Extension à la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

La pension garantie en cas de décès de l'assuré est versée à l'assuré lui-même, s'il se trouve en état de perte totale et irréversible d'autonomie avant son 67e anniversaire (article 21). La prestation est due si la consolidation de la perte totale et irréversible d'autonomie survient alors que la garantie est en cours. Le versement au titre de la PTIA est effectué tant que dure l'état de PTIA et n'entraîne pas la fin de la garantie pension de conjoint. Celle-ci est maintenue en cas de décès de l'assuré.

Article 21 Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

A Définition de la garantie

Les prestations prévues aux articles 16 A, 17 A, 18 A, 19 A et 20 A sont versées à l'assuré, sur sa demande et par anticipation, s'il se trouve en état de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) quelle qu'en soit la cause avant son 67e anniversaire.

Est considéré comme atteint de perte totale et irréversible d'autonomie tout assuré reconnu définitivement incapable de se livrer à la moindre occupation ou au moindre travail lui procurant gain ou profit et dont le taux d'invalidité fonctionnelle est égal à 100 % par référence au barème des accidents du travail de la Sécurité sociale.
Entre le 60e anniversaire et le 67e anniversaire de l'assuré, le recours à l'assistance d'une tierce personne est exigé ; avant le 60e anniversaire de l'assuré, le recours à l'assistance d'une tierce personne n'est pas exigé.

B Règlement des prestations

Le règlement des sommes dues intervient dès consolidation de l'état médical de la PTIA.

Article 22 Désignation des bénéficiaires et acceptation bénéficiaire

A Désignation des bénéficiaires

Lors de l'adhésion, l'adhérent est invité à désigner le ou les bénéficiaires des sommes dues en cas de décès.
Cette désignation peut également être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique.

Lorsque l'adhérent désigne nommément le bénéficiaire en cas de décès, il peut indiquer les coordonnées de ce bénéficiaire à ADIS. Celles-ci seront utilisées en cas de décès de l'assuré. Lorsqu'ADIS est informé du décès de l'assuré, il est tenu de rechercher le bénéficiaire, et, si cette recherche aboutit, de l'aviser de la stipulation faite à son profit.

La désignation d'un bénéficiaire ou la substitution d'un bénéficiaire à un autre ne peut être opérée, à peine de nullité, qu'avec l'accord de l'assuré, lorsque celui-ci n'est pas l'adhérent.

L'adhérent peut également modifier la clause bénéficiaire si celle-ci ne lui paraît plus appropriée.

L'adhérent ne peut modifier la clause bénéficiaire si le ou les bénéficiaires initialement désignés ont accepté leur désignation dans la forme indiquée au C du présent article.

B Cession en garantie

Lorsque l'adhésion fait l'objet d'une cession en garantie ou d'un nantissement, le capital décès est versé en priorité au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans ces actes et selon les modalités prévues dans ces derniers, le solde éventuel revenant aux autres bénéficiaires désignés.

C Acceptation bénéficiaire

La désignation en vertu de laquelle le bénéfice de l'assurance est attribué à un bénéficiaire déterminé devient irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire faite par voie d'avenant signé entre ADIS, l'adhérent et le bénéficiaire ou lorsqu'elle est effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique signé de l'adhérent et du bénéficiaire. Elle n'a alors d'effet à l'égard d'ADIS que si elle lui est notifiée par écrit.

L'acceptation ne peut intervenir pendant le délai de renonciation prévu à l'article 9 de la présente notice.

Pendant la durée de l'adhésion, après acceptation du bénéficiaire, l'adhérent ne peut, sans l'accord du bénéficiaire acceptant, céder son adhésion en garantie.

Article 23 Risques exclus et limites de garanties

A En cas de décès

Sont exclus :

- **le suicide s'il survient au cours de la première année de l'adhésion. En cas d'augmentation des garanties, le suicide est exclu pour le supplément de garanties pendant la première année suivant la prise d'effet de cette augmentation,**
- **les faits de guerres civiles ou étrangères, de terrorisme ou d'insurrection, sauf si l'assuré n'y a pris aucune part active.**

Sont exclues, sauf acceptation mentionnée sur les conditions particulières d'adhésion, les conséquences de la pratique des activités suivantes :

- **les sports mécaniques,**
- **la plongée sous-marine à plus de 20 mètres sans bouteille, à plus de 40 mètres avec bouteille,**
- **la navigation maritime à plus de 40 milles des côtes,**
- **l'alpinisme au-delà de 4 000 mètres d'altitude, la randonnée au-delà de 4 000 mètres d'altitude, l'escalade (sauf pratique en salle),**
- **le speed riding, le ski artistique et acrobatique, le ski héliporté, le paraski, le char à glace, le kilométrage lancé, le combiné nordique,**
- **la spéléologie, le canyoning, le rafting, le kite surf,**
- **les sports de combat (hors escrime),**
- **les activités équestres (hors dressage, promenade, randonnée, attelage),**
- **le saut à l'élastique, le base jump, le wingsuit et autres sports extrêmes,**
- **l'ULM, le parapente, le deltaplane, le parachutisme,**
- **les activités aéronautiques.**

Pour les sports ci-dessus, autres que les sports extrêmes, les garanties sont acquises lorsqu'ils sont pratiqués dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation avec l'encadrement d'un personnel qualifié et titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires.

B En cas de perte totale et irréversible d'autonomie

Sont exclus les risques mentionnés au A du présent article et les conséquences des événements suivants :

- **les accidents ou maladies qui sont le fait volontaire de l'assuré ou qui résultent de tentative de suicide ou de mutilations volontaires,**
- **l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement,**
- **les conséquences d'un refus volontaire de soins ou de traitements de l'assuré,**
- **les traitements esthétiques, opérations de chirurgie esthétique, traitements de malformations constitutionnelles.**

C *En cas de décès par accident ou de perte totale et irréversible d'autonomie par accident*

Le capital supplémentaire prévu en cas de décès ou de PTIA par accident (article 17) n'est pas versé si le décès ou la PTIA survient suite à l'un des risques mentionnés au B du présent article ou dans l'une des circonstances suivantes :

- **accident de navigation aérienne, sauf si l'assuré se trouve en qualité de passager à bord d'un avion d'une compagnie aérienne,**
- **les conséquences directes ou indirectes de la désintégration du noyau atomique,**
- **les attentats ou actes de nature terroriste utilisant directement ou indirectement toute arme ou toute matière, qu'elles soient radioactives, d'origine chimique ou d'origine bactériologique ou virale,**
- **l'action directe ou indirecte de tout agent biologique,**
- **si l'assuré conduit un véhicule à moteur et présente au moment de l'accident un taux d'alcoolémie supérieur à la limite fixée par les pouvoirs publics pour la conduite des véhicules à moteur, ou s'il est sous l'emprise de stupéfiants non prescrits médicalement.**
- **Les sportifs professionnels, ainsi que les sportifs amateurs de haut niveau, rémunérés ou non, ne peuvent bénéficier du capital supplémentaire prévu en cas de décès ou de PTIA suite à un accident, si celui-ci est consécutif à l'exercice de leur activité sportive, sauf acceptation mentionnée sur les conditions particulières d'adhésion.**

Garanties en cas d'incapacité de travail, d'invalidité, de maladies graves ou de perte d'autonomie

Article 24 Indemnités perte de revenu

A *Définition de la garantie*

Des indemnités journalières, dont le montant est indiqué sur les conditions particulières d'adhésion, sont versées à l'assuré qui se trouve, par suite de maladie ou d'accident, dans l'incapacité totale médicalement constatée, d'exercer sa profession. La prestation est due si l'arrêt de travail est postérieur à la prise d'effet de la garantie sous réserve de la période d'attente prévue à l'article 34 B.

Un assuré sans emploi, au chômage ou à la retraite lors de la survenance de l'accident ou de la maladie ne peut bénéficier des indemnités journalières.

Toutefois, dans le cadre d'un cumul emploi-retraite, la garantie reste acquise en cas d'exercice d'une profession libérale, notamment pour les professionnels de santé ou les vétérinaires.

B *Règlement des prestations*

Les indemnités journalières sont payables après absorption des périodes de franchise mentionnées sur les conditions particulières d'adhésion. Lorsque leur versement est lié à une hospitalisation, seuls les séjours en établissement hospitalier, public ou privé, sont pris en considération.

Les indemnités journalières sont versées mensuellement, par mois civil échu, tant que dure l'incapacité totale de travail.

Pendant toute la durée de l'incapacité totale, le montant des indemnités est celui assuré au premier jour de l'arrêt d'activité, éventuellement revalorisé selon les dispositions de l'article 48.
Les indemnités journalières cessent d'être versées au plus tard au 70e anniversaire de l'assuré. De plus, en cas d'incapacité de travail survenant :

- avant le 1er janvier de l'année du 65e anniversaire de l'assuré, les prestations sont versées au plus tard jusqu'au 1095e jour inclus après le début de l'incapacité de travail,
- entre le 1er janvier de l'année du 65e anniversaire et le 31 décembre de l'année du 66e anniversaire de l'assuré, les prestations sont versées au plus tard jusqu'au 31 décembre de l'année du 67e anniversaire de l'assuré,
- à partir du 1er janvier de l'année du 67e anniversaire de l'assuré, les prestations sont versées au plus tard jusqu'au 365e jour inclus après le début de l'incapacité de travail, le montant des indemnités est réduit de 50 % et une franchise de 30 jours en hospitalisation, accident et maladie est appliquée si la franchise souscrite est inférieure.

En cas de reprise d'activité à temps partiel, les indemnités peuvent être maintenues à hauteur de 50 %, le cas échéant après avis du Comité Médical d'Evaluation.
Les indemnités journalières ne peuvent se cumuler avec les prestations dues en cas d'invalidité et cessent d'être versées dès lors que l'état de santé de l'assuré est médicalement consolidé ou qu'il peut être classé en invalidité.
Le versement des prestations cesse également lors du départ à la retraite, y compris en cas de retraite pour inaptitude conformément à l'article L 351-7 du Code de la Sécurité sociale.

C Franchises

Dans le cadre de la garantie indemnités perte de revenu, l'adhérent opte pour l'une des franchises ci-dessous. La franchise souscrite est mentionnée sur les conditions particulières d'adhésion.

Franchises semi-relatives

En cas d'hospitalisation, l'indemnisation intervient à l'issue de la franchise hospitalisation à condition que le nombre de jours d'incapacité totale de travail continus dépasse la durée de la franchise accident.

Franchise		
Hospitalisation	Accident	Maladie
0 nuit (1)	7 jours	7 jours
0 nuit (1)	3 jours	15 jours
0 nuit (1)	3 jours	30 jours
1 nuit (2)	3 jours	15 jours
1 nuit (2)	3 jours	30 jours

(1) Un acte de chirurgie ambulatoire (moins de 24 H) ou des soins en ambulatoire pour le traitement d'une affection de longue durée, en établissement hospitalier ou spécialisé, déclenche l'application de la franchise ambulatoire. A défaut, l'indemnisation intervient dès la première nuitée, à condition que le nombre de jours d'incapacité totale de travail continus dépasse trois ou sept jours selon la franchise souscrite.

(2) En cas d'hospitalisation, l'indemnisation intervient après la première nuitée, à condition que la durée de l'incapacité totale de travail dépasse trois jours continus.

Franchises absolues

L'indemnisation intervient à l'issue de chaque franchise.

Franchise (hospitalisation, accident, maladie)
7 jours
15 jours
30 jours
60 jours
90 jours
180 jours
365 jours

Franchise		
Hospitalisation	Accident	Maladie
3 nuits (3)	3 jours	15 jours
3 nuits (3)	3 jours	30 jours

(3) Si la durée de l'hospitalisation est supérieure à 3 nuitées, la franchise hospitalisation interrompt la franchise maladie à partir de l'hospitalisation.

Pour toute intervention chirurgicale liée aux conséquences d'un évènement accidentel survenant plus de 6 mois après ledit accident, la franchise maladie s'applique.

D Forfait maternité

La maternité donne lieu au versement d'un forfait par assurée dont le montant correspond à :

- l'équivalent de 15 indemnités journalières plafonné à 800 € si la naissance intervient entre le 12e et le 24e mois suivant la prise d'effet de la garantie,
- l'équivalent de 15 indemnités journalières plafonné à 1 500 € si la naissance intervient entre le 25e et 36e mois suivant la prise d'effet de la garantie,
- l'équivalent de 30 indemnités journalières plafonné à 3 000 € si la naissance intervient à partir du 37e mois suivant la prise d'effet de la garantie.

Le versement du forfait maternité intervient à condition qu'au minimum la classe 1 de la garantie Indemnité perte de revenu soit souscrite, que la franchise maladie minimum soit inférieure ou égale à 60 jours et que la prestation ne soit pas limitée à 90 jours.

Si la naissance intervient avant le 12e mois suivant la prise d'effet de la garantie, le forfait maternité n'est pas versé. Les modalités indiquées ci-dessus s'appliquent également pour toute augmentation de garanties.

Le forfait est versé une seule fois par naissance, y compris en cas de naissances multiples. Le calcul du forfait repose sur l'ensemble des classes souscrites au titre des garanties Indemnités Perte de Revenu souscrites sur l'ensemble des adhésions CAP. Le forfait ne peut excéder le plafond maximum autorisé conformément aux règles ci-dessus. Lorsque les garanties Indemnités Perte de Revenu ont été souscrites au sein de plusieurs adhésions CAP, le forfait ne peut excéder le plafond au titre de l'adhésion CAP la plus ancienne souscrite avec des garanties Indemnités Perte de Revenu.

Article 25 Complément régime professionnel

A Définition de la garantie

Des indemnités journalières complémentaires aux prestations des régimes professionnels, dont le montant est indiqué sur les conditions particulières d'adhésion, sont versées à l'assuré qui se trouve, par suite de maladie ou d'accident, dans l'incapacité totale médicalement constatée, d'exercer sa profession.

Un assuré sans emploi, au chômage ou à la retraite, y compris cumul emploi/retraite, lors de la survenance de l'accident ou de la maladie ne peut bénéficier des indemnités journalières.

B Règlement des prestations

Les indemnités journalières sont payables après absorption des périodes de franchise mentionnées sur les conditions particulières d'adhésion. Lorsque leur versement est lié à une hospitalisation, seuls les séjours en établissement hospitalier, public ou privé, sont pris en considération.

Elles sont versées mensuellement, par mois civil échu, tant que dure l'incapacité totale de travail, et au plus tard jusqu'au 90e jour inclus après le début de l'incapacité de travail.

Toute reprise, même partielle, de l'activité professionnelle entraîne l'arrêt du service des prestations.
Les indemnités journalières cessent d'être versées au plus tard au 65e anniversaire de l'assuré.

Les indemnités journalières ne peuvent se cumuler avec les prestations dues en cas d'invalidité, et cessent d'être versées dès lors que l'état de santé de l'assuré est médicalement consolidé ou qu'il peut être classé en invalidité. Le versement des prestations cesse également lors du départ à la retraite, y compris en cas de retraite pour inaptitude conformément à l'article L 351-7 du Code de la Sécurité sociale ou de cumul emploi-retraite.

C Franchises

Dans le cadre de la garantie complément régime professionnel, l'adhérent opte pour l'une des franchises ci-dessous.
La franchise souscrite est mentionnée sur les conditions particulières d'adhésion.

Franchises semi-relatives

En cas d'hospitalisation, l'indemnisation intervient à l'issue de la franchise hospitalisation à condition que le nombre de jours d'incapacité totale de travail continus dépasse la durée de la franchise accident.

Franchise		
Hospitalisation	Accident	Maladie
0 nuit (1)	7 jours	7 jours
0 nuit (1)	3 jours	15 jours
0 nuit (1)	3 jours	30 jours
1 nuit (2)	3 jours	15 jours
1 nuit (2)	3 jours	30 jours

(1) Un acte de chirurgie ambulatoire (moins de 24 H) ou des soins en ambulatoire pour le traitement d'une affection de longue durée, en établissement hospitalier ou spécialisé, déclenche l'application de la franchise ambulatoire. A défaut, l'indemnisation intervient dès la première nuitée, à condition que le nombre de jours d'incapacité totale de travail continus dépasse trois ou sept jours selon la franchise souscrite.

(2) En cas d'hospitalisation, l'indemnisation intervient après la première nuitée, à condition que la durée de l'incapacité totale de travail dépasse trois jours continus.

Franchises absolues

L'indemnisation intervient à l'issue de chaque franchise.

Franchise (hospitalisation, accident, maladie)
7 jours
15 jours
30 jours

Franchise		
Hospitalisation	Accident	Maladie
3 nuits (3)	3 jours	15 jours
3 nuits (3)	3 jours	30 jours

(3) Si la durée de l'hospitalisation est supérieure à 3 nuitées, la franchise hospitalisation interrompt la franchise maladie à partir de l'hospitalisation.

Pour toute intervention chirurgicale liée aux conséquences d'un évènement accidentel survenant plus de 6 mois après ledit accident, la franchise maladie s'applique.

Article 26 Remboursement des frais professionnels

A Définition de la garantie

Un plafond journalier d'indemnisation, dont le montant est indiqué sur les conditions particulières d'adhésion, est attribué à l'assuré qui se trouve, par suite d'accident ou de maladie, dans l'incapacité totale médicalement constatée, d'exercer sa profession.

Un assuré sans emploi, au chômage ou à la retraite lors de la survenance de l'accident ou de la maladie ne peut bénéficier des indemnités journalières.

Toutefois, dans le cadre d'un cumul emploi-retraite, la garantie reste acquise en cas d'exercice d'une profession libérale, notamment pour les professionnels de santé ou les vétérinaires.

Les sommes dues en cas de règlement de prestations correspondent à la moyenne journalière des frais professionnels échus et payés durant la période d'incapacité de travail sans pouvoir dépasser le montant du plafond journalier assuré multiplié par le nombre de jours d'incapacité, franchise déduite.
Durant les six premiers mois d'incapacité de travail, les sommes dues correspondent à la moyenne journalière des frais professionnels échus et payés durant les 12 mois précédents et dûment justifiés, sans pouvoir dépasser le montant du plafond journalier assuré multiplié par le nombre de jours d'incapacité, franchise déduite.
Si l'accident ou la maladie entraîne une cessation définitive d'activité, le reliquat des frais professionnels engagés avant la cessation d'activité, est pris en charge dans les mêmes conditions.

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

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

B Règlement des prestations

Les indemnités journalières sont payables après absorption des périodes de franchise mentionnées sur les conditions particulières d'adhésion. Lorsque leur versement est lié à une hospitalisation, seuls les séjours en établissement hospitalier, public ou privé, sont pris en considération.
Elles sont versées mensuellement, par mois civil échu, tant que dure l'incapacité totale de travail.

Les indemnités journalières cessent d'être versées au plus tard au 70e anniversaire de l'assuré. De plus, en cas d'incapacité de travail survenant :

- avant le 1er janvier de l'année du 65e anniversaire de l'assuré, les prestations sont versées au plus tard jusqu'au 1095e jour inclus après le début de l'incapacité de travail,
- entre le 1er janvier de l'année du 65e anniversaire et le 31 décembre de l'année du 66e anniversaire de l'assuré, les prestations sont versées au plus tard jusqu'au 31 décembre de l'année du 67e anniversaire de l'assuré,
- à partir du 1er janvier de l'année du 67e anniversaire de l'assuré, les prestations sont versées au plus tard jusqu'au 365e jour inclus après le début de l'incapacité de travail et une franchise de 30 jours en accident, hospitalisation et maladie est appliquée si la franchise souscrite est inférieure.

En cas de reprise d'activité à temps partiel, les indemnités peuvent être maintenues à hauteur de 50 % après avis du Comité Médical d'Evaluation.

Les indemnités journalières ne peuvent se cumuler avec les prestations dues en cas d'invalidité, et cessent d'être versées dès lors que l'état de santé de l'assuré est médicalement consolidé ou qu'il peut être classé en invalidité.
Le versement des prestations cesse également lors du départ à la retraite ou de la cessation d'activité professionnelle, y compris en cas de retraite pour inaptitude conformément à l'article L 351-7 du Code de la Sécurité sociale.

C Franchises

Dans le cadre de la garantie remboursement des frais professionnels, l'adhérent opte pour l'une des franchises ci-dessous. La franchise souscrite est mentionnée sur les conditions particulières d'adhésion.

Franchises semi-relatives

En cas d'hospitalisation, l'indemnisation intervient à l'issue de la franchise hospitalisation à condition que le nombre de jours d'incapacité totale de travail continus dépasse la durée de la franchise accident.

Franchise		
Hospitalisation	Accident	Maladie
0 nuit (1)	7 jours	7 jours
0 nuit (1)	3 jours	15 jours
0 nuit (1)	3 jours	30 jours
1 nuit (2)	3 jours	15 jours
1 nuit (2)	3 jours	30 jours

(1) Un acte de chirurgie ambulatoire (moins de 24 H) ou des soins en ambulatoire pour le traitement d'une affection de longue durée, en établissement hospitalier ou spécialisé, déclenche l'application de la franchise ambulatoire. A défaut, l'indemnisation intervient dès la première nuitée, à condition que le nombre de jours d'incapacité totale de travail continus dépasse trois ou sept jours selon la franchise souscrite.

(2) En cas d'hospitalisation, l'indemnisation intervient après la première nuitée, à condition que la durée de l'incapacité totale de travail dépasse trois jours continus.

Franchises absolues

L'indemnisation intervient à l'issue de chaque franchise.

Franchise (hospitalisation, accident, maladie)
7 jours
15 jours
30 jours
60 jours
90 jours
180 jours
365 jours

Franchise		
Hospitalisation	Accident	Maladie
3 nuits (3)	3 jours	15 jours
3 nuits (3)	3 jours	30 jours

(3) Si la durée de l'hospitalisation est supérieure à 3 nuitées, la franchise hospitalisation interrompt la franchise maladie à partir de l'hospitalisation.

Pour toute intervention chirurgicale liée aux conséquences d'un évènement accidentel survenant plus de 6 mois après ledit accident, la franchise maladie s'applique.

Article 27 Bonification des garanties en cas d'incapacité de travail

A Définition de la bonification

La bonification a pour objet d'améliorer les prestations relatives aux garanties en cas d'incapacité de travail dès lors qu'elles ont été souscrites par l'adhérent.

L'adhérent peut solliciter cette bonification lors de la déclaration d'un arrêt de travail relevant des garanties mentionnées aux articles 24, 25 ou 26.
Si l'adhérent sollicite la bonification, la franchise appliquée à chaque garantie est réduite d'un jour par année calendaire complète suivant l'année de prise d'effet initiale des garanties en cas d'incapacité, sans que la franchise appliquée ne puisse être inférieure à zéro jour. Si la bonification entraine le déclenchement d'une franchise hospitalisation égale à zéro nuit, celle-ci pourra être appliquée si l'hospitalisation satisfait aux critères de déclenchement de la franchise ambulatoire mentionnés aux articles 24, 25 et 26.
La bonification ne peut être exercée par l'adhérent que si elle donne lieu à une réduction de franchise supérieure ou égale à 1 jour.
L'exercice de la bonification ne peut s'effectuer qu'une seule fois durant la vie de l'adhésion.

B Règlement des prestations

Les indemnités journalières induites par l'exercice de la bonification sont payables dans les mêmes conditions que celles prévues aux articles 24, 25 et 26.
Le versement de ces indemnités journalières met fin à la bonification pour l'ensemble des garanties en cas d'incapacité de travail souscrites par l'adhérent.

Article 28 Rente en cas d'invalidité totale ou partielle et complément viager

A Définition de la garantie

Une rente est versée à l'assuré qui se trouve, par suite de maladie ou d'accident, atteint d'une invalidité totale *(taux d'invalidité (n)* supérieur ou égal à 66%) ou partielle *(taux d'invalidité (n)* supérieur ou égal à 33%).

Le montant de la prestation est celui garanti à la date de consolidation en tenant compte du *taux d'invalidité (n)*.

La rente est due si la consolidation intervient pendant la période de garantie c'est-à-dire avant le départ à la retraite de l'assuré, y compris pour inaptitude professionnelle, et au plus tard à 62 ou 67 ans selon l'option choisie, et si la garantie n'est pas résiliée.

La garantie cesse de plein droit si l'assuré a fait valoir ses droits à la retraite, y compris s'il poursuit son activité dans le cadre d'un cumul emploi-retraite.

L'adhérent peut choisir de souscrire l'une des deux garanties suivantes :

- la rente en cas d'invalidité totale ou partielle,
- la rente limitée à l'invalidité totale *(taux d'invalidité (n)* égal ou supérieur à 66%).

Prestation en cas d'invalidité, par suite de maladie ou d'accident, supérieure ou égale à 15 %

L'adhérent peut opter pour le versement d'une prestation sous forme de rente à l'assuré qui se trouve, par suite de maladie ou d'accident, atteint d'une invalidité dès lors que le *taux d'invalidité (n)* est supérieur ou égal à 15%. Le montant de la prestation est celui garanti à la date de consolidation en tenant compte du *taux d'invalidité (n)*.

Cette option n'est acquise que si mention en est faite sur les conditions particulières d'adhésion.

La rente est due si la consolidation intervient pendant la période de garantie c'est-à-dire avant le départ à la retraite de l'assuré, y compris pour inaptitude professionnelle, et au plus tard à 62 ou 67 ans selon l'option choisie, et si la garantie n'est pas résiliée.

Prestation en cas d'invalidité, par suite de maladie ou d'accident, supérieure ou égale à 25 %

L'adhérent peut opter pour le versement d'une prestation sous forme de rente à l'assuré qui se trouve, par suite de maladie ou d'accident, atteint d'une invalidité dès lors que le *taux d'invalidité (n)* est supérieur ou égal à 25 %. Le montant de la prestation est celui garanti à la date de consolidation en tenant compte du *taux d'invalidité (n).*

Cette option n'est acquise que si mention en est faite sur les conditions particulières d'adhésion.

La rente est due si la consolidation intervient pendant la période de garantie c'est-à-dire avant le départ à la retraite de l'assuré, y compris pour inaptitude professionnelle, et au plus tard à 62 ou 67 ans selon l'option choisie, et si la garantie n'est pas résiliée.

Le choix de l'adhérent est mentionné aux conditions particulières d'adhésion.

B Fixation du taux d'invalidité (n)

1. Barème croisé

Le *taux d'invalidité (n)* est apprécié en fonction de l'invalidité fonctionnelle et de l'invalidité professionnelle.

Invalidité fonctionnelle

L'invalidité fonctionnelle est établie d'après le barème des accidents du travail de la Sécurité sociale, quelle que soit la profession de l'assuré.

Pour la détermination du taux d'invalidité fonctionnelle en lieu et place du barème des accidents du travail de la Sécurité sociale, un barème spécifique est proposé à certaines professions (article 28 F).

Ce barème figure le cas échéant en annexe aux conditions particulières d'adhésion. Cette option n'est acquise que si mention en est faite sur les conditions particulières d'adhésion. Les infirmités non énumérées dans ce barème sont indemnisées en proportion de leur gravité par rapport à celles des cas énumérés, ou à défaut celles du barème des accidents du travail de la Sécurité sociale.

Invalidité professionnelle

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

Un assuré ne peut être considéré en invalidité totale ou partielle si ses capacités de travail ou de gain ne sont pas diminuées.

Détermination du taux d'invalidité

Le *taux d'invalidité (n)* à appliquer pour le calcul de la rente garantie est déterminé, en fonction de l'invalidité fonctionnelle et de l'invalidité professionnelle, par le tableau suivant ; ce taux est révisable, en hausse comme en baisse, selon l'évolution de l'invalidité de l'assuré.

Taux d'invalidité professionnelle	Taux d'invalidité fonctionnelle									
	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10	10,00	10,56	11,11	11,67	12,22	12,78	13,33	19,89	26,44	33,00
20	10,56	20,00	20,63	21,25	21,88	22,50	23,13	27,09	31,04	35,00
30	11,11	20,63	30,00	30,71	33,00	34,00	35,00	36,00	37,00	38,00
40	11,67	21,25	30,71	40,00	40,83	41,67	42,50	43,33	44,17	45,00
50	12,22	21,88	33,00	40,83	50,00	50,60	51,20	51,80	52,40	53,00
60	12,78	22,50	34,00	41,67	50,60	60,00	60,50	61,00	61,50	62,00
70	13,33	23,13	35,00	42,50	51,20	60,50	70,00	70,67	71,33	72,00
80	19,89	27,09	36,00	43,33	51,80	61,00	70,67	80,00	81,00	82,00
90	26,44	31,04	37,00	44,17	52,40	61,50	71,33	81,00	90,00	91,00
100	33,00	35,00	38,00	45,00	53,00	62,00	72,00	82,00	91,00	100,00

Détermination du taux d'indemnisation - Taux correcteur

Lorsque le *taux d'invalidité (n)* est supérieur ou égal à 66 %, une rente totale, dont le montant est celui garanti à la date de consolidation, est versée à l'assuré.

Lorsque le *taux d'invalidité (n)* est inférieur à 66 %, mais supérieur ou égal à 33 %, le montant de la rente est obtenu en appliquant à la rente totale le taux correcteur correspondant au *taux d'invalidité (n)* dans le tableau ci-après.

(n)	Taux correcteur en %	(n)	Taux correcteur en %	(n)	Taux correcteur en %	(n)	Taux correcteur en %
33	33,00	42	37,98	51	52,93	60	77,85
34	33,06	43	39,15	52	55,21	61	81,24
35	33,25	44	40,44	53	57,61	62	84,74
36	33,55	45	41,86	54	60,13	63	88,37
37	33,98	46	43,40	55	62,78	64	92,12
38	34,54	47	45,06	56	65,55	65	96,00
39	35,21	48	46,84	57	68,44	66	100,00
40	36,01	49	48,75	58	71,45		
41	36,94	50	50,00	59	74,59		

Sous condition que l'adhérent ait souscrit l'option ouvrant droit au paiement d'une rente lorsque le *taux d'invalidité (n)* est inférieur à 33 %, le montant de la rente est obtenu en appliquant à la rente totale le *taux d'invalidité (n)*.

Détermination du taux d'indemnisation - Taux n/66

En lieu et place de l'application du taux correcteur ci-dessus, l'assuré peut opter pour une détermination du taux d'indemnisation selon la formule n/66.

Dans ce cas, lorsque le *taux d'invalidité (n)* est inférieur à 66 %, mais supérieur ou égal à 33 %, le montant de la rente est obtenu en appliquant à la rente totale le taux d'indemnisation égal à n/66.

Cette option n'est acquise que si mention en est faite sur les conditions particulières d'adhésion.

Par ailleurs, sous condition que l'adhérent ait souscrit l'option ouvrant droit au paiement d'une rente lorsque le *taux d'invalidité (n)* est inférieur à 33 %, le montant de la rente est obtenu en appliquant à la rente totale le taux d'indemnisation égal à n/66.

2. Option invalidité professionnelle

Si l'assuré exerce l'une des professions bénéficiant d'un barème spécifique (article 28 F), il peut opter pour une fixation du *taux d'invalidité (n)* uniquement en fonction de l'invalidité professionnelle, en lieu et place de la fixation du taux d'invalidité selon un barème croisé décrite au 1 de l'article 28 B.

Cette option n'est acquise que si mention en est faite sur les conditions particulières d'adhésion.

Invalidité professionnelle

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

Un assuré ne peut être considéré en invalidité totale ou partielle si ses capacités de travail ou de gain ne sont pas diminuées.

Détermination du taux d'invalidité
Le *taux d'invalidité (n)* à appliquer pour le calcul de la rente garantie est déterminé, en fonction de l'invalidité professionnelle de l'assuré.
En tout état de cause, le *taux d'invalidité (n)* retenu ne pourra être inférieur au taux résultant du barème spécifique relatif à la profession de l'assuré.

Taux d'indemnisation
Lorsque le *taux d'invalidité (n)* est supérieur ou égal à 66 %, une rente totale, dont le montant est celui garanti à la date de consolidation, est versée à l'assuré.
Lorsque le *taux d'invalidité (n)* est inférieur à 66 %, mais supérieur ou égal à 33 %, le montant de la rente est obtenu en appliquant à la rente totale le taux d'indemnisation égal à n/66.

Par ailleurs, sous condition que l'adhérent ait souscrit l'option ouvrant droit au paiement d'une rente lorsque le *taux d'invalidité (n)* est inférieur à 33 %, le montant de la rente est obtenu en appliquant à la rente totale le taux d'indemnisation égal à n/66.

C Rente majorée de 25% - option CAP 25 -

Si l'application des dispositions ci-dessus conduit au service d'une rente partielle, alors le montant de cette rente sera majoré de 25 %, sans toutefois que celle-ci puisse être supérieure à la rente invalidité totale.

Cette option n'est acquise que si mention en est faite sur les conditions particulières d'adhésion.

D Service de la rente

La rente est servie par trimestre civil échu. Elle est payable tant que dure l'invalidité et, selon la garantie choisie et mentionnée aux conditions particulières d'adhésion,

- soit la rente prend fin au plus tard au 62e anniversaire de l'assuré,
- soit la rente prend fin à la plus proche des dates suivantes :
  - au 65e anniversaire de l'assuré si son départ à la retraite, y compris pour inaptitude professionnelle intervient avant son 65e anniversaire,
  - au départ à la retraite si ce-dernier intervient entre le 65e anniversaire et le 67e anniversaire de l'assuré,
  - au 67e anniversaire de l'assuré,
- soit la rente prend fin au moment de la mise en place de la prestation au titre de la garantie Relais autonomie (article 31),
- soit la rente prend fin à la plus proche des dates suivantes :
  - au 65e anniversaire de l'assuré si son départ à la retraite intervient avant son 65e anniversaire,
  - au départ à la retraite si ce-dernier intervient entre le 65e anniversaire et le 67e anniversaire de l'assuré,
  - au 67e anniversaire de l'assuré,

et est relayée par une rente viagère, aux conditions ci-après.

Lorsque l'adhérent a souscrit la rente d'invalidité à complément viager, une rente viagère est versée à partir de la cessation de versement de la rente d'invalidité.
Le montant de cette rente viagère est déterminé comme suit :
avant le début du versement de la rente viagère, chaque année de versement de rente au *taux d'invalidité (n)* après application du taux d'indemnisation, ouvre droit à 1/40e du montant de cette rente versée, à condition que le versement de la rente invalidité ait commencé avant le 62e anniversaire de l'assuré.

Cependant, le *taux d'invalidité (n)* pris en compte pour la détermination de la rente viagère, sur la période allant des 62 ans au début du versement de la rente viagère, ne peut être supérieur au *taux d'invalidité (n)* reconnu au 62e anniversaire de l'assuré.
La somme de tous les droits acquis constitue le montant de la rente viagère à servir à l'assuré, elle est revalorisable selon les dispositions de l'article 48.

Pour donner lieu à versement, le montant de la rente viagère doit au moins être égal à 5 % du montant de la garantie rente invalidité souscrite revalorisée.

Dans les six mois qui précèdent le début du versement de la rente viagère, l'assuré qui bénéficie de la rente viagère peut demander que celle-ci soit réversible totalement ou partiellement, au profit de son conjoint ou de son partenaire pacsé ou de son concubin.
Le montant de la rente viagère dépend alors de l'âge de ce dernier, des conditions techniques en vigueur et du taux de réversion choisi. Dans ce cas, si l'assuré décède alors que le conjoint ou le partenaire pacsé ou le concubin est encore en vie, celui-ci continuera à percevoir tout ou partie de la rente jusqu'à son décès.

E Dispositions particulières

En cas de versement des prestations en cas d'incapacité de travail (prévues aux articles 24, 25 et 26), le service de la rente invalidité est interrompu.

En cas de résiliation de la convention entre AGIPI et l'assureur, la rente invalidité ou la rente viagère en cours sont servies jusqu'à leur terme.

F Professions éligibles au barème spécifique

Les professions mentionnées ci-après peuvent bénéficier d'un barème spécifique :

- anesthésistes-réanimateurs et médecins spécialistes avec une activité chirurgicale dominante (dermatologues, gynécologues-obstétriciens, ophtalmologues, O.R.L., urologues, pour lesquels l'activité chirurgicale représente au moins 50 % des revenus),
- architectes,
- audioprothésistes,
- avocats,
- biologistes (médecins),
- biologistes (pharmaciens),
- chiropracteurs,
- chirurgiens,
- chirurgiens-dentistes, orthodontistes et stomatologistes,
- commissaires aux comptes,
- commissaires-priseurs,
- experts comptables,
- géomètres-experts,
- greffiers des tribunaux de commerce,
- huissiers de justice,
- infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, pédicures-podologues,
- administrateurs-mandataires de justice,
- médecins généralistes,
- médecins spécialistes,
- notaires,
- opticiens,
- orthoptistes,
- ostéopathes,
- pharmaciens,
- sages-femmes,
- vétérinaires.

Ce barème figure le cas échéant en annexe aux conditions particulières d'adhésion.

Article 29 Capital en cas d'invalidité totale ou partielle

A Définition de la garantie

Un capital invalidité total ou partiel est versé à l'assuré qui se trouve par suite de maladie ou d'accident, atteint d'une invalidité dont le *taux d'invalidité (n)* est égal ou supérieur à 33 %.

Cette garantie n'est acquise que si mention en est faite sur les conditions particulières d'adhésion.

Le capital est dû si la consolidation intervient pendant la période de garantie c'est-à-dire avant le départ à la retraite de l'assuré, y compris pour inaptitude professionnelle, et au plus tard à 67 ans, et si la garantie n'est pas résiliée.

Capital total : lorsque le *taux d'invalidité (n)* est égal ou supérieur à 66 %, un capital dont le montant est indiqué sur les conditions particulières d'adhésion, est versé à l'assuré.

Capital partiel : lorsque le *taux d'invalidité (n)* est inférieur à 66 %, mais supérieur ou égal à 33 %, un capital partiel est versé à l'assuré.

L'adhérent peut choisir de souscrire l'une des deux garanties suivantes :

- le capital en cas d'invalidité totale ou partielle,
- le capital limité à l'invalidité totale (*taux d'invalidité (n)* égal ou supérieur à 66 %).

Le choix de l'adhérent est mentionné aux conditions particulières d'adhésion.

Prestation en cas d'invalidité, par suite de maladie ou d'accident, supérieure ou égale à 15 %

L'adhérent peut opter pour le versement d'une prestation sous forme de capital à l'assuré qui se trouve, par suite de maladie ou d'accident, atteint d'une invalidité dès lors que le *taux d'invalidité (n)* est supérieur ou égal à 15%.
Le montant de la prestation est celui garanti à la date de consolidation en tenant compte du *taux d'invalidité (n)*.
Cette option n'est acquise que si mention en est faite sur les conditions particulières d'adhésion.
Le capital est dû si la consolidation intervient pendant la période de garantie c'est-à-dire avant le départ à la retraite de l'assuré, y compris pour inaptitude professionnelle, et au plus tard à 67 ans, et si la garantie n'est pas résiliée.

Prestation en cas d'invalidité, par suite de maladie ou d'accident, supérieure ou égale à 25%
L'adhérent peut opter pour le versement d'une prestation sous forme de capital à l'assuré qui se trouve, par suite de maladie ou d'accident, atteint d'une invalidité dès lors que le *taux d'invalidité (n)* est supérieur ou égal à 25%.
Le montant de la prestation est celui garanti à la date de consolidation en tenant compte du *taux d'invalidité (n)*.
Cette option n'est acquise que si mention en est faite sur les conditions particulières d'adhésion.
Le capital est dû si la consolidation intervient pendant la période de garantie c'est-à-dire avant le départ à la retraite de l'assuré, y compris pour inaptitude professionnelle, et au plus tard à 67 ans, et si la garantie n'est pas résiliée.

B Invalidité consécutive à un accident

L'adhérent peut souscrire la même garantie limitée aux seuls risques d'accident. Le choix de l'adhérent est mentionné aux conditions particulières d'adhésion.

La souscription à la garantie limitée aux seuls risques d'accident ne permet pas de souscrire aux options ouvrant droit au paiement de la prestation lorsque le *taux d'invalidité (n)* est supérieur ou égal à 15% ou 25% et inférieur à 33%.

C Fixation du taux d'invalidité (n)

Le *taux d'invalidité (n)* est apprécié en fonction de l'invalidité fonctionnelle et de l'invalidité professionnelle selon les mêmes dispositions que celles énoncées pour le calcul de la rente d'invalidité (article 28 B).

Pour la détermination du taux d'invalidité fonctionnelle en lieu et place du barème des accidents du travail de la Sécurité sociale, un barème spécifique est proposé à certaines professions.
Ce barème figure le cas échéant en annexe aux conditions particulières d'adhésion.
Cette option n'est acquise que si mention en est faite sur les conditions particulières d'adhésion.

Le montant du capital assuré est celui garanti au jour de la consolidation de l'invalidité.

A partir du 62e anniversaire de l'assuré, le capital assuré est réduit selon les proportions prévues dans le tableau suivant :

61 ans	62 ans	63 ans	64 ans	65 ans	66 ans
100%	90%	80%	70%	60%	50%

D Règlement des prestations

Le paiement du capital intervient dès consolidation de l'invalidité.

Article 30 Bonification de la garantie rente en cas d'invalidité totale, partielle ou à complément viager

A Définition de la bonification

Cette bonification a pour objet d'améliorer les prestations relatives aux garanties de rentes en cas d'invalidité totale, partielle ou à complément viager mentionnées à l'article 28, dès lors qu'elles ont été souscrites par l'adhérent.

Elle consiste à verser un capital en complément du versement de la rente d'invalidité prévu à l'article 28.

Ce capital sera calculé sur la base du montant de la rente mensuelle payable au titre du premier versement de la rente et tenant compte d'un compteur crédité de la moitié du montant d'une rente mensuelle par année calendaire complète suivant la date de prise d'effet initiale de la garantie de rente en cas d'invalidité, sans qu'il puisse dépasser 6 mois.

Le versement du capital n'intervient que si la valeur du compteur est strictement positive.
L'exercice de la bonification ne peut s'effectuer qu'une seule fois dans la vie de l'adhésion.

B Règlement des prestations

Le capital est payable en complément du premier versement de la rente d'invalidité prévu à l'article 28 D.
Le versement du capital est effectué en une fois et met fin à la bonification.

Article 31 Relais autonomie

A Définition de la garantie

La garantie relais autonomie a pour objet :

- de garantir dès sa prise d'effet, en cas de perte totale ou partielle d'autonomie, le versement d'une rente dite d'assurance dépendance à compter des 65 ans de l'assuré, ou dès la date de survenance de la perte d'autonomie si celle-ci est postérieure aux 65 ans de l'assuré,
- de garantir, également à compter des 65 ans de l'assuré, des prestations en nature dites de services ou d'assistance.

1 - La rente totale

Une rente correspondant à 100% de la garantie indiquée sur les conditions particulières d'adhésion est versée à l'assuré dans les cas correspondant aux situations suivantes :

a) lorsque l'assuré se trouve dans l'impossibilité absolue, sans prévision d'amélioration, médicalement constatée, d'effectuer de quelque manière que ce soit au moins trois des quatre actes ordinaires de la vie : se déplacer, s'habiller, se laver, s'alimenter et justifie d'une prescription médicale dans l'un au moins des trois domaines ci-après :

- l'assistance constante d'une tierce personne, complétant les services de soins à domicile :
  « les services de soins à domicile permettent, sur prescription médicale, d'assurer des soins globaux et continus à certaines personnes âgées, invalides ou handicapées, maintenues à leur domicile ».
  Cette assistance pourra, le cas échéant, être apportée par un membre de la famille,
- l'hospitalisation en centre de long séjour : « les centres de long séjour sont des établissements composés d'unités destinées à l'hébergement de personnes n'ayant plus l'autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien »,
- l'hébergement en section de cure médicale : « la section de cure médicale est destinée à des pensionnaires ayant perdu la capacité d'effectuer seuls des actes ordinaires de la vie ou atteints d'une affection somatique ou psychique stabilisée, qui nécessite un traitement d'entretien, une surveillance médicale ainsi que des soins paramédicaux ».

b) lorsque l'assuré est atteint de démence incurable totalement invalidante, constatée par un médecin délégué désigné par ADIS et justifie d'une prescription médicale dans l'un des domaines ci-après :

- séjour en établissement psychiatrique (unité, centre ou hôpital) dans le cadre de l'hébergement en établissement spécialisé reconnu et indemnisé par la Sécurité sociale ou par tout autre régime d'assurance maladie dont relève l'assuré à titre obligatoire,
- assistance constante d'une tierce personne, complétant les services de soins à domicile. Cette assistance pourra, le cas échéant, être apportée par un membre de la famille.

Par assistance ou surveillance médicale constantes, on entend celle qui doit s'exercer au moins pendant une durée cumulée de 6 heures chaque jour.

2 - La rente partielle

Une rente partielle correspondant à 50% de la garantie indiquée sur les conditions particulières d'adhésion est versée à l'assuré, lorsque l'assuré se trouve dans l'impossibilité absolue, sans prévision d'amélioration, médicalement constatée, d'effectuer de quelque manière que ce soit au moins deux des quatre actes ordinaires de la vie : se déplacer, s'habiller, se laver, s'alimenter, et justifie d'une prescription médicale dans l'un des domaines suivants : l'assistance constante d'une tierce personne, l'hospitalisation en centre de long séjour, l'hébergement en section de cure médicale ou l'hospitalisation en établissement psychiatrique.

Dans le cadre de la rente partielle, on entend par assistance ou surveillance médicale constantes celle qui doit s'exercer au moins pendant une durée cumulée de 4 heures chaque jour.

3 - Par impossibilité d'effectuer les actes ordinaires de la vie, on entend :

- ne plus pouvoir se déplacer : dépendre de l'assistance d'une tierce personne pour tous déplacements à l'intérieur de son domicile, pour se lever ou se coucher, pour s'asseoir dans un fauteuil ou sur une chaise,
- ne plus pouvoir se laver : dépendre de l'assistance d'une tierce personne pour satisfaire correctement et de façon spontanée à la toilette du haut et du bas du corps,
- ne plus pouvoir s'habiller : dépendre de l'assistance d'une tierce personne pour s'habiller et se déshabiller correctement et complètement,
- ne plus pouvoir s'alimenter : dépendre de l'assistance d'une tierce personne pour couper ses aliments, se servir à boire, ou pour porter les aliments à la bouche.

B Service de la rente

La rente est servie par trimestre civil échu ; elle est payée à l'assuré, à compter de la survenance de la perte d'autonomie, sous réserve d'avis favorable du médecin délégué et/ou du médecin conseil d'ADIS, et au plus tôt à compter du 65e anniversaire de l'assuré, tant que dure la perte d'autonomie, et au plus tard jusqu'au jour du décès de l'assuré.

En cas de résiliation de la convention entre AGIPI et l'assureur, la rente en cours de service est servie jusqu'à son terme.

Le service de la rente prend effet à une date différente, selon qu'il s'agit d'une première constatation de la perte d'autonomie ou d'une modification de ce même état.

Dans le deuxième cas, un nouveau dossier médical devra être constitué et le paiement de la rente sera effectué après avis favorable du médecin délégué et/ou du médecin conseil d'ADIS et sans application d'une nouvelle période de franchise.

Dans tous les cas, le montant de la rente trimestrielle est fonction du niveau de la garantie mentionné aux conditions particulières d'adhésion, ajustée suivant les modalités stipulées à l'article 45 C et du niveau de la perte d'autonomie.

C Cessation de l'état de perte d'autonomie

Le paiement de la rente totale ou partielle cesse au jour du décès de l'assuré, ou lorsque l'assuré, du fait de l'amélioration de son état de santé, ne se trouve plus dans l'état de perte d'autonomie défini par l'article 29 A.
En cas de récupération totale ou partielle d'autonomie, l'assuré ou son représentant légal doit prévenir ADIS par lettre recommandée. En cas d'omission de cette formalité, ADIS pourra exiger la restitution de l'indu. Il en serait de même si des prestations étaient versées après le décès de l'assuré.

D Garanties de services et d'assistance

L'adhésion à la garantie relais autonomie ouvre droit, à partir du 65e anniversaire de l'assuré, à des garanties de services et d'assistance ; la notice correspondante sera remise à l'adhérent lors de leur entrée en vigueur.

E Maintien des garanties

Pour la garantie relais autonomie, en cas de cessation du paiement des cotisations, l'adhérent peut bénéficier d'un maintien partiel des garanties. La garantie maintenue est égale au montant de la garantie avant cessation du paiement des cotisations, multiplié par le coefficient de maintien. Le coefficient de maintien est déterminé en fonction du nombre de cotisations annuelles effectivement payées à partir de l'année des 65 ans de l'assuré.

La cessation de paiement des cotisations dues met fin à l'ajustement des garanties et aux garanties de services ou d'assistance. Le coefficient de maintien des garanties est calculé en fonction du nombre de cotisations annuelles payées à partir de l'année des 65 ans de l'assuré selon le barème en vigueur à la date de cessation du paiement des cotisations.

En cas de cessation du paiement des cotisations avant l'année des 66 ans de l'assuré, aucun maintien des garanties n'est acquis.

Article 32 Capital maladies graves

A Définition de la garantie

En cas de maladies graves de l'assuré avant son 67e anniversaire un capital dont le montant est indiqué sur les conditions particulières d'adhésion au titre de cette garantie est versé à l'assuré.

Par maladie grave ouvrant droit à la présente garantie, on entend l'une des maladies dont la définition figure au présent article.

■ *Cancer*

Le cancer est défini comme toute tumeur maligne caractérisée par la croissance non contrôlée et la propagation de cellules malignes qui envahissent les tissus et qui peuvent produire des métastases.
Les maladies sanguines et ganglionnaires malignes (leucémies, lymphomes, maladie de Hodgkin etc.) sont garanties.

Sont exclues de cette définition les tumeurs de la peau (sauf en cas de mélanome malin), les tumeurs dites « in situ » ou non invasives (n'ayant pas franchi les limites du tissu originel) et les tumeurs malignes associées au VIH.

■ *Infarctus du myocarde*

Il s'agit de la nécrose d'une zone du muscle myocardique, dont le diagnostic est affirmé par la concomitance des trois éléments suivants :

- des douleurs thoraciques caractéristiques,
- des changements électrocardiographiques caractéristiques avec apparition d'une onde de nécrose,
- l'augmentation des enzymes spécifiques.

■ *Maladies coronariennes*

Sont prises en considération les coronaropathies ayant nécessité un pontage coronarien par thoracotomie.

Les coronaropathies traitées par des techniques transluminales non chirurgicales thoraciques telles qu'angioplastie avec stent, n'ouvrent pas droit à la garantie.

■ *Accident vasculaire cérébral*

L'accident vasculaire cérébral est défini comme étant dû à un infarctus du tissu cérébral ou à une hémorragie cérébrale. Il devra y être associé un déficit neurologique avec séquelle, objectif, persistant de façon constante pendant plus d'un mois après l'accident vasculaire cérébral.

Les accidents ischémiques transitoires ne sont pas couverts.

■ *Insuffisance rénale*

Il s'agit des insuffisances rénales entraînant pour l'assuré la nécessité de se soumettre régulièrement à une dialyse.

■ *Maladies ou accidents ayant entraîné une greffe d'organe*

Par greffe d'organe, on entend la réception par l'assuré d'un des organes principaux : cœur, poumon, rein, foie, pancréas. La greffe de moelle osseuse est assimilée à une greffe d'organe principal.

■ *Maladie de Parkinson*

On entend par maladie de Parkinson une maladie comportant tous les éléments du syndrome parkinsonien.

Sont exclus les syndromes parkinsoniens consécutifs à l'administration de médicaments (syndrome parkinsonien dit iatrogène).

■ *Sclérose en plaques*

Affection du système nerveux central évoluant par plusieurs poussées, authentifiée par des éléments cliniques et para-cliniques, et entraînant à plus ou moins long terme des déficits neurologiques permanents objectifs et invalidants.

■ *Sclérose Latérale Amyotrophique (SLA)*

Affection du système nerveux central, authentifiée par des éléments cliniques et paracliniques, entraînant à plus ou moins long terme des déficits neurologiques permanents objectifs et invalidants et provoquant une paralysie progressive.

B Règlement des prestations

Le montant du capital assuré est celui garanti au jour de la déclaration à l'assureur. Le capital au titre de cette garantie ne peut être versé qu'une seule fois. Le versement du capital met fin à la garantie.

Article 33 Exonération du paiement des cotisations

Pendant la période d'exonération, les garanties sont intégralement maintenues à l'assuré, sans possibilité de modifications. Les limitations et exclusions prévues pour les garanties incapacité, invalidité ou perte d'autonomie à l'article 34 s'appliquent également à la présente garantie d'exonération.

A En cas d'incapacité de travail

En cas d'incapacité totale de travail, les cotisations continueront d'être dues aux échéances choisies par l'adhérent. Cependant, tant que l'assuré bénéficie des prestations prévues par les articles 24 à 26, les cotisations payées sont remboursées à l'adhérent à raison de 1/365e de la cotisation annuelle par journée d'incapacité, déduction faite d'une franchise de 90 jours ; le remboursement intervient à la fin de la période d'incapacité.

B En cas d'invalidité totale

En cas de versement de la rente totale d'invalidité et tant que l'assuré bénéficie des prestations prévues à l'article 28, et au plus tard jusqu'au 67e anniversaire de l'assuré, l'adhérent est exonéré du paiement des cotisations arrivant à échéance.

C En cas de perte d'autonomie

Dès la constatation de la perte totale ou partielle d'autonomie de l'assuré telle qu'elle est définie à l'article 31 et tant que dure cet état, les cotisations de la garantie relais autonomie ne sont plus dues par l'adhérent.

Article 34 Risques exclus et limites de garanties

Pour les garanties en cas d'incapacité de travail, d'invalidité et de perte d'autonomie, sont exclus les risques mentionnés à l'article 23 A et les conséquences des événements suivants :

- **les accidents ou maladies qui sont le fait volontaire de l'assuré ou qui résultent de tentatives de suicide ou de mutilations volontaires,**
- **l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement,**
- **les conséquences directes ou indirectes de la désintégration du noyau atomique,**
- **les cures de toute nature, notamment thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxications, même effectuées en établissement hospitalier, ainsi que les séjours en maison de repos, sont exclus des garanties applicables en cas d'incapacité temporaire de travail,**
- **le refus volontaire de soins ou de traitements de l'assuré,**
- **les traitements esthétiques, opérations de chirurgie esthétique, traitements de malformations constitutionnelles.**

Aucune franchise ne sera appliquée si l'assuré est victime de violences intrafamiliales, sur présentation d'une copie de la main courante ou du récépissé du dépôt de plainte en complément des documents prévus à l'article 49.

Si l'assuré, par suite d'un don d'organe ou de moelle osseuse, se trouve dans l'incapacité totale médicalement constatée, d'exercer sa profession, il perçoit les prestations prévues au titre des garanties Indemnités perte de revenu, Complément au régime professionnel et Remboursement des frais professionnels.

Les indemnités journalières sont versées après la franchise en cas d'hospitalisation prévue dans les conditions particulières d'adhésion, sur présentation de justificatifs d'arrêt initial de travail et de prolongations, au plus tard jusqu'au :

- 15e jour d'arrêt de travail, en cas de don de moelle osseuse,
- 30e jour d'arrêt de travail, en cas d'un don d'organe.

Le service de ces prestations s'interrompt en cas de reprise même partielle de l'activité professionnelle. Par ailleurs, il se termine à la date de cessation des garanties telle que définie aux articles 24, 25 et 26.

A Etats antérieurs

Les maladies ou infirmités existant à la prise d'effet de l'adhésion ainsi que leurs conséquences ou les conséquences d'accidents survenus avant la prise d'effet de l'adhésion sont exclues des garanties des articles 24 à 33 inclus. L'exclusion s'applique également en cas d'augmentation des garanties et de diminution de franchises, à compter de la date d'effet indiquée sur les nouvelles conditions particulières d'adhésion, pour le supplément de garanties résultant de la modification.

Les garanties peuvent s'exercer sur les conséquences des infirmités existant au moment de l'adhésion, des accidents survenus avant la prise d'effet des garanties, et des maladies dont la première manifestation est antérieure à cette date d'effet, si ces infirmités, accidents ou maladies ont été déclarés par l'assuré et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion, mentionnée sur les conditions particulières d'adhésion.

B Délai d'attente

Toute affection due à une maladie dont la première manifestation survient dans les 90 jours suivant la date d'effet de l'adhésion est exclue de la garantie, ainsi que ses conséquences éventuelles, quand bien même la première manifestation n'aurait pas donné lieu à un diagnostic précis.

Toute affection, liée à une grossesse ayant débuté avant la date d'effet de l'adhésion ou dans les 90 jours suivant la date d'effet de l'adhésion, est également exclue de la garantie.

Le délai d'attente est porté à 365 jours en cas de dépressions nerveuses et plus généralement d'affections d'origine psychique, psychosomatique ou psychiatrique, les fibromyalgies, le surmenage professionnel (burn out), l'asthénie, les syndromes de fatigue chronique ainsi que les maladies mentales et toutes affections liées à des troubles de la personnalité. Le délai relatif à ces affections, y compris démences séniles et maladie d'Alzheimer, est porté à 1095 jours pour la garantie relais autonomie.

Toutefois, ces délais peuvent être abrogés à la demande de l'assuré si l'adhésion à la convention remplace, sans qu'il y ait eu interruption dans le temps, un contrat à adhésion individuelle facultative souscrit personnellement par l'assuré auprès d'un autre assureur comportant des garanties similaires et si la résiliation de ce contrat était le fait de l'assuré.

L'abrogation du délai d'attente des garanties souscrites s'exerce dans la limite des garanties précédemment souscrites.

Le délai d'attente s'applique également en cas d'augmentation des garanties et de diminution de franchises, à compter de la date d'effet indiquée sur les nouvelles conditions particulières d'adhésion, mais uniquement pour le supplément de garanties résultant de la modification.

C Grossesses et maternités

Les arrêts de travail liés à la grossesse ou à la maternité sont pris en charge si l'incapacité entraîne une hospitalisation dans un établissement public ou privé ; dans ce cas, les indemnités journalières sont versées après la franchise prévue sur les conditions particulières d'adhésion, et ce tant que dure cette hospitalisation.
Les arrêts de travail liés à la grossesse sans hospitalisation sont pris en charge dès lors que toute activité professionnelle de l'assurée met en danger sa vie ou celle de son enfant et que son état de santé nécessite un repos absolu.

Cette incapacité totale doit être médicalement constatée. Les indemnités journalières sont versées après application de la franchise maladie prévue dans les conditions particulières d'adhésion.

Dans tous les cas, les garanties cessent 30 jours avant la date prévue de l'accouchement et au maximum à la date effective de l'accouchement ; elles reprennent 30 jours après la naissance de l'enfant.
Néanmoins, en cas de survenance d'une affection ou d'un accident pendant la période de grossesse, le médecin conseil d'ADIS déterminera les modalités normales de prise en charge de l'atteinte en cause indépendamment de la grossesse.

Dans les 6 mois qui suivent l'accouchement, toute incapacité temporaire totale consécutive à une maladie est indemnisée après application de la franchise maladie prévue aux conditions particulières d'adhésion, sauf en cas d'anémie, d'asthénie, d'hypotension artérielle ou de dépression post partum, où il sera fait application d'une franchise de 90 jours, ou de la franchise maladie si elle est d'une durée supérieure.

Tout arrêt de travail et toute hospitalisation en relation avec une recherche d'étiologie ou un traitement de la stérilité sont exclus de la garantie incapacité.

D Affections psychologiques et fatigues chroniques

Les dépressions nerveuses et plus généralement les affections d'origine psychique, psychosomatique ou psychiatrique, les fibromyalgies, le surmenage professionnel (burn out), l'asthénie, les syndromes de fatigues chroniques ainsi que les maladies mentales non justiciables de soins psychiatriques intensifs - hospitalisation en établissement spécialisé - et quelle qu'en soit l'origine, sont indemnisés après déduction d'une franchise dépendant de la franchise maladie prévue aux conditions particulières d'adhésion.

- Si la franchise maladie prévue aux conditions particulières d'adhésion est d'une durée inférieure ou égale à 30 jours l'indemnisation intervient au 31e jour à condition que la durée de l'arrêt de travail dépasse 90 jours continus.
- Si la franchise maladie prévue aux conditions particulières d'adhésion est d'une durée égale à 60 jours l'indemnisation intervient au 61e jour à condition que la durée de l'arrêt de travail dépasse 90 jours continus.
- Si la franchise maladie prévue aux conditions particulières d'adhésion est d'une durée supérieure ou égale à 90 jours l'indemnisation intervient à l'issue du délai de franchise maladie.

Un arrêt de travail ayant pour origine une des affections précitées et dont la durée est inférieure ou égale à 90 jours continus n'est pas indemnisé.

Pour toutes les affections précitées, réactionnelles ou non, le montant total versé au titre des garanties applicables en cas d'incapacité temporaire de travail ne peut excéder plus de 365 jours de prestations pour un même assuré, servies en une ou plusieurs fois. Cette restriction à 365 jours ne s'applique pas pour un arrêt de travail donnant lieu à une hospitalisation supérieure ou égale à 10 jours consécutifs. De même lorsque l'adhérent a choisi la rente d'invalidité à complément viager, ces affections ne seront pas prises en compte pour la détermination du complément viager.

E Affections disco-vertébrales

Toute incapacité de travail consécutive à une affection du rachis (par exemple et de façon non limitative : cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, lumbagos, hernies discales, sciatiques) fait l'objet d'une indemnisation après absorption de la franchise maladie prévue aux conditions particulières d'adhésion, y compris si l'origine de l'incapacité de travail est consécutive à un accident.
Le délai d'attente prévu à l'article 34 B s'applique à ces affections.
Cependant, les traumatismes à l'origine d'une fracture osseuse ou d'une luxation sont indemnisés à partir de la franchise accident.
En cas d'hospitalisation, la franchise hospitalisation telle que prévue aux conditions particulières d'adhésion s'applique.

F Rechutes

En cas de rechute dans les 365 jours suivant la fin d'incapacité totale de travail, le paiement des indemnités en cas d'incapacité de travail reprend immédiatement, si le nouvel arrêt de travail est consécutif directement ou indirectement à la réapparition d'une affection à l'origine de l'arrêt précédent.
Tout nouvel arrêt de travail survenant plus de 365 jours après la fin de la précédente période d'incapacité totale de travail, même s'il est dû, directement ou indirectement, à une réapparition de l'affection précédente, est considéré comme une nouvelle demande de prestations distincte de la précédente et, assujetti à la franchise mentionnée sur les conditions particulières d'adhésion.
En cas de nouvel arrêt de travail après 365 jours suivant la fin d'incapacité totale de travail, l'assuré est considéré comme étant victime d'une nouvelle maladie ou d'un nouvel accident. Si ce nouvel arrêt est consécutif directement ou indirectement à la réapparition d'une affection à l'origine d'un arrêt précédent ayant donné lieu au paiement d'indemnités en cas d'incapacité de travail sur le présent contrat, la durée cumulée de versement des indemnités en cas d'incapacité de travail ne pourra excéder 5 années.
En cas d'ablation de matériel d'ostéosynthèse, il ne sera pas appliqué de nouvelles franchises.
En cas de reconstruction mammaire à la suite d'un cancer du sein ayant déjà donné lieu au paiement d'indemnités en cas d'incapacité de travail sur le présent contrat, il ne sera pas appliqué de nouvelles franchises.
En cas d'hospitalisation, la franchise hospitalisation telle que prévue aux conditions particulières d'adhésion s'applique.

G Cures

Les cures de toute nature, notamment thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication, même effectuées en établissement hospitalier, ainsi que les séjours en maison de repos, sont exclus des garanties applicables en cas d'incapacité temporaire de travail.

H Garanties forfaitaires - Garanties indemnitaires

Pour les assurés exerçant une activité non salariée, les garanties Indemnités perte de revenu, Complément régime professionnel et les garanties en cas d'invalidité sont forfaitaires.
Pour les assurés exerçant une activité salariée, les prestations versées au titre des garanties Indemnités perte de revenu - exception faite des indemnités en cas d'hospitalisation - et rente mensuelle en cas d'invalidité sont indemnitaires. Ces dernières ne peuvent avoir pour effet de procurer aux assurés un revenu supérieur à leur revenu professionnel mensuel moyen de l'année précédant celle de leur arrêt de travail, compte tenu des prestations versées par tout autre régime de prévoyance ou d'assurance obligatoire ou facultatif.
La garantie Remboursement des frais professionnels a, dans tous les cas, un caractère indemnitaire.

I Activités sportives

Les sportifs professionnels, ainsi que les sportifs amateurs de haut niveau, rémunérés ou non, ne peuvent bénéficier des garanties en cas d'incapacité et d'invalidité, sauf acceptation mentionnée sur les conditions particulières d'adhésion.

Pour les sportifs amateurs, il est appliqué une franchise de 30 jours ou la franchise prévue aux conditions particulières d'adhésion si elle est supérieure pour toute incapacité de travail due à la pratique :

- du rugby ou du football en tant que licencié,
- du ski alpin, du surf des neiges, du snowboard et du monoski en hors-pistes non balisées.

Garanties d'assistance

La présente convention comporte des garanties d'assistance en cas de maladies graves, des garanties d'assistance en cas de violences conjugales, des garanties de prévention et des garanties de coaching santé nutrition détaillées dans les articles 35 à 44.

Les garanties d'assistance sont automatiquement acquises à l'adhésion.

Définitions relatives aux garanties d'assistance

Autorité médicale	Toute personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité dans le pays où l'assuré se trouve.
Ayants droit (définition contractuelle)	Le conjoint de l'assuré de droit ou de fait ou toute personne qui est liée par un Pacs à l'assuré, ainsi que ses descendants au premier degré âgés de moins de 25 ans et fiscalement à charge, domiciliés en France.
Domicile	Lieu de résidence principale et habituelle de l'assuré. Il est situé en France.
Equipe médicale	Structure d'assistance médicale qu'AXA Partners met à disposition et adapte à chaque cas particulier.
France	France métropolitaine (y compris la Corse), les Départements et Régions d'Outre-Mer (DROM) et les Collectivités d'Outre-Mer (COM).
Immobilisation au Domicile	Immobilisation au domicile prescrite par une autorité médicale et liée à la maladie de l'assuré et d'une durée supérieure à cinq jours consécutifs.
Maladies Graves	Altération de la santé de l'assuré constatée par une autorité médicale et constitutive à une maladie grave listée ci-après et dont les définitions sont mentionnées article 32 de la présente notice. - Accident vasculaire cérébral, - Cancer, - Infarctus du myocarde, - Insuffisance rénale, - Maladies coronariennes, - Maladie de Parkinson, - Maladies ou accidents ayant entraîné une greffe d'organe, - Sclérose en plaques, - Sclérose Latérale Amyotrophique (SLA).
Médecin expert	Personne titulaire d'un diplôme de médecine ou de chirurgie en état de validité en France, spécialisée dans la maladie de l'assuré et sélectionnée par AXA Partners.
Membre de la famille	Désigne les ascendants, descendants au premier degré, conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée à l'assuré par un Pacs, frères, sœurs, beaux-parents, beaux-frères, belles-sœurs de l'assuré domiciliés en France.
Proche	Toute personne physique nommément désignée par l'assuré ou l'un de ses ayants droit et domiciliée en France.
Psychologue clinicien	Personne, non médecin, autorisée à faire usage du titre de psychologue dans les conditions fixées par le décret n° 2005-97 du 3 février 2005 ayant effectué une spécialisation en psychologie clinique.
Structure médicale	Structure publique ou privée adaptée à chaque cas particulier et définie par notre équipe médicale.
Territorialité	Les garanties s'exercent en France.

Garanties en cas de maladies graves

AXA Partners s'engage à mettre en œuvre, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, les moyens humains et matériels nécessaires pour assurer les prestations d'assistance telles que stipulées dans la présente convention.
En cas d'évènement nécessitant l'intervention d'AXA Partners la demande doit être adressée (ou faite) directement par téléphone au 01 55 92 23 03.

Article 35 Position médicale complémentaire

A Objet de la garantie

L'objet de la présente garantie est de permettre à l'assuré de recevoir un avis médical complémentaire par un médecin expert spécialisé dans la maladie grave qui lui a été diagnostiquée. La demande de l'assuré peut porter sur le diagnostic de la maladie grave et/ou son traitement.

B Conditions d'application de la garantie

Cette garantie est acquise à l'assuré à condition qu'un premier diagnostic et/ou traitement ait été posé ou préconisé par le médecin en charge du suivi de l'assuré.

C Eléments nécessaires pour la mise en œuvre de la garantie

L'assuré, ou s'il est en incapacité, un membre de la famille ou un proche devra adresser son dossier médical complet à AXA Partners sous pli confidentiel à l'Attention du Directeur Médical d'AXA Partners à l'adresse suivante : 6, rue André Gide - 92320 CHÂTILLON, accompagné d'un document signé de l'assuré autorisant AXA Partners à transférer son dossier médical à un médecin expert. L'assuré est libre d'informer son médecin traitant de sa demande d'avis complémentaire.

D Modalités de mise en œuvre de la garantie

Dès réception du dossier médical complet de l'assuré et après examen de celui-ci par l'équipe médicale d'AXA Partners, AXA Partners recherche un médecin expert spécialisé dans la maladie grave diagnostiquée à l'assuré et lui transmet le dossier médical de l'assuré pour avis.
Après étude du dossier médical de l'assuré, le médecin expert adressera sa réponse à AXA Partners.
Dès réception de l'avis du médecin expert, AXA Partners s'engage à transférer la réponse du médecin expert à l'assuré dans un délai de dix jours ouvrés.

E Plafond de garantie

Cette garantie est limitée à une intervention par année d'assurance.

F Exclusion spécifique à la garantie

Outre les exclusions communes à toutes les garanties d'assistance (article 43), sont exclues :

- **les maladies graves présentant un caractère d'urgence,**
- **les demandes d'avis portant sur des seuls prélèvements sanguins, ou histologies.**

Article 36 Education thérapeutique

A Objet de la garantie

AXA Partners communique à l'assuré des informations sur la maladie grave et ses traitements, des conseils ainsi qu'un apprentissage de la gestion des symptômes de la maladie grave, des impacts sur les capacités physiques et de l'adaptation de la vie au quotidien.
L'intervention d'AXA Partners se limite à donner des informations objectives. L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation médicale personnalisée par téléphone ou de favoriser l'automédication. Si telle était la demande, AXA Partners conseille à l'assuré de consulter son médecin traitant. Les informations sont transmises à l'assuré dans un délai de dix jours ouvrés à compter de la demande de ce dernier.

B Orientation vers des organismes spécialisés

A la demande de l'assuré, AXA Partners peut mettre celui-ci en relation avec :
- des associations spécialisées dans l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie grave de l'assuré,
- des structures de bien-être (ex : thalassothérapie) spécialisées dans l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie grave de l'assuré,
- des associations spécialisées dans la pratique du sport en complément des traitements des malades.

Article 37 Assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation

A Objet de la garantie

Les garanties « garde des enfants » et « aide-ménagère ou auxiliaire de vie » sont acquises à l'assuré en cas d'immobilisation au domicile ou d'hospitalisation liée à la maladie grave de l'assuré dans les conditions et limites ci-après.
Le plafond en heures allouées, au titre des garanties « garde des enfants » et « aide-ménagère ou auxiliaire de vie » ne peut excéder un forfait maximum de 50 heures réparti comme suit :
- un forfait maximum de 30 heures lors de la 1re année à compter de la date de premier appel à AXA Partners pour la mise en œuvre de la garantie,
- un forfait maximum de 20 heures la seconde année à compter de la formulation de la demande par l'assuré à AXA Partners de la mise en œuvre de la garantie.

B Aide-ménagère ou auxiliaire de vie

AXA Partners organise et prend en charge les services d'une aide-ménagère ou d'une auxiliaire de vie au domicile de l'assuré afin de l'aider dans les tâches du quotidien :

- soit pendant la durée de l'immobilisation,
- soit pendant la durée de l'hospitalisation ou dès le retour de l'assuré à son domicile.

Après analyse de la situation de l'assuré, AXA Partners prend en charge les services d'une aide-ménagère ou d'une auxiliaire de vie dans la limite du plafond défini, avec un minimum de 2 heures consécutives et un maximum de 4 heures consécutives.
La prestation interviendra dans les 15 jours qui suivent la date de la demande de l'assuré suite à son immobilisation ou son hospitalisation.

C Garde des enfants

Si l'assuré ne peut assumer la garde des enfants de moins de 12 ans, AXA Partners organise et prend en charge, dans les 15 jours qui suivent la demande de l'assuré suite à son immobilisation ou à son hospitalisation :

- soit leur acheminement chez un proche et celui d'un accompagnateur éventuel,
- soit l'acheminement d'un proche au domicile de l'assuré,
- soit leur garde par du personnel qualifié dans la limite du plafond défini, avec un minimum de 2 heures consécutives et un maximum de 6 heures consécutives.

Cette personne qualifiée pourra accompagner les enfants à l'école.

L'assuré doit formuler sa demande dans les 30 jours ouvrés qui suivent la date de l'hospitalisation ou la date de l'immobilisation au domicile. La mise en place de la prestation est réalisée dans un délai maximum de 48 heures ouvrées qui suivent la demande de l'assuré sous réserve qu'AXA Partners soit en possession des éléments attestant de l'hospitalisation ou de l'immobilisation à domicile de l'assuré.

D Organisation dans le portage de repas

A la demande de l'assuré, AXA Partners peut organiser le portage de repas.
Le coût de la prestation reste à la charge de l'assuré.

Article 38 Soutien psychologique

A Soutien psychologique pour l'assuré

En cas de déclenchement d'une maladie grave de l'assuré telle que définie dans l'article 32, AXA Partners organise et prend en charge dans un délai de 48 heures ouvrées à compter de la demande de l'assuré, la mise en relation de l'assuré avec un psychologue clinicien à raison de 3 entretiens téléphoniques d'une durée maximale de 30 minutes par séance.

Au-delà des 3 consultations téléphoniques, à la demande de l'assuré ou si la situation le nécessite, AXA Partners organise et prend en charge des consultations en face à face dans la limite de 3 séances maximum et un plafond maximum de 80 euros par séance.
L'assuré doit formuler sa demande dans les 30 jours ouvrés qui suivent la date de l'évènement.

Au-delà de ces 3 consultations en face à face les frais seront à la charge de l'assuré.

B Soutien psychologique pour le conjoint de l'assuré

En cas de décès de l'assuré suite à une des maladies graves telle que définie dans l'article 32, AXA Partners organise et prend en charge dans un délai de 48 heures ouvrées à compter de la demande du conjoint de l'assuré décédé, la mise en relation du conjoint avec un psychologue clinicien à raison de 3 entretiens téléphoniques d'une durée maximale de 30 minutes par séance.

Au-delà des 3 consultations téléphoniques, à la demande du conjoint de l'assuré, AXA Partners organise et prend en charge des consultations en face à face dans la limite de 3 séances maximum et un plafond maximum de 80 euros par séance.
Le conjoint de l'assuré doit formuler sa demande dans les 30 jours ouvrés qui suivent la date du décès de l'assuré.

Cette garantie est accordée pendant six mois à compter de la date de décès de l'assuré.
Au-delà de ces 3 consultations en face à face les frais seront à la charge du conjoint de l'assuré.

Garanties en cas de violences intrafamiliales

Définition relative aux violences intrafamiliales

Les violences familiales recouvrent les violences psychologiques (harcèlement moral, insultes, menaces), physiques (coups, blessures), sexuelles (viol, attouchements) ou économiques (privation de ressources financières et/ou le maintien dans la dépendance) commises au sein de la famille, par un membre de celle-ci (l'assuré, son conjoint de droit ou de fait ou toute personne liée à l'assuré par un Pacs, leurs enfants célibataires âgés de moins de 25 ans vivant au domicile de l'assuré et fiscalement à charge) contre un autre de ses membres.

Les garanties d'assistance et de protection juridique sont automatiquement acquises à l'adhésion.

Article 39 Assistance en cas de violences intrafamiliales

AXA Partners s'engage à mettre à disposition des assurés sa plateforme téléphonique de réception d'appels située en France et disponible 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. L'assuré est libre de contacter la plateforme téléphonique. La décision de l'assuré de bénéficier de cette Prestation est une décision personnelle, sans aucune obligation et sur des thématiques professionnelles et/ou personnelles. La démarche de l'assuré est d'autant plus libre qu'elle peut rester anonyme.

AXA Partners s'engage à mettre à disposition des assurés une ligne téléphonique dédiée au 01 55 92 24 58 (numéro de téléphone non surtaxé) afin de réceptionner les appels des assurés nécessitant une écoute téléphonique. Ce service est disponible 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24.

Selon l'heure d'appel, l'assuré peut être mis en relation avec un psychologue clinicien de 9h à 17h ainsi que les jours fériés, soit être rappelé pour fixer un rendez-vous téléphonique avec ce professionnel.

Article 40 Protection juridique en cas de violences intrafamiliales

A Définitions

Action opportune	Une action est opportune : • si le litige ne découle pas d'une violation manifeste de l'assuré, de dispositions légales ou réglementaires, • si l'assuré peut apporter la preuve du bien-fondé de ses prétentions ou que la preuve repose sur une base légale, • si le litige oppose à un tiers identifié et localisable, • lorsque l'assuré se trouve en défense si la demande de la partie adverse n'est pas pleinement justifiée dans son principe et dans son étendue par des règles de droit et/ou des éléments de preuve matériels.
Avocat postulant	Avocat qui représente une partie lorsque l'avocat principal choisi par le client pour plaider son dossier n'est pas inscrit au barreau devant lequel le procès a lieu.
Consignation pénale	Dépôt d'une somme au greffe par un justiciable plaignant tendant à garantir le bien-fondé de sa plainte avec constitution de partie civile ou demandée en cas de citation directe.
Convention d'honoraires	Convention signée entre l'avocat et son client fixant les honoraires et les modalités de règlement.
Dépens	Part des frais engendrés par un procès dont le montant fait l'objet d'une tarification par voie réglementaire (notamment émoluments des officiers publics ou ministériels, indemnités des témoins), ou par décision judiciaire (rémunération des experts et techniciens) et que le tribunal met à la charge de l'une des parties qui est le plus souvent la perdante.
Dol	Manœuvres, mensonges, silence sur une information (réticence dolosive) ayant pour objet de tromper l'une des parties en vue d'obtenir son consentement.
Fait générateur du litige	Apparition d'une difficulté juridique matérialisée par l'atteinte à un droit ou par le préjudice que l'assuré a subi ou causé à un tiers, avant toute réclamation s'y rattachant.
Frais irrépétibles	Frais non compris dans les dépens que le juge peut mettre à la charge d'une des parties au procès au titre de l'article 700 du Code de procédure civile, de l'article 475-1 du Code procédure pénale ou de l'article L 761-1 du Code de justice administrative, ou son équivalent devant les autres juridictions françaises ou étrangères. Ces frais concernent des dépenses engagées avant l'ouverture de l'instance et pendant celle-ci, ainsi que les frais à venir. Ils comprennent notamment les honoraires et les plaidoiries de l'avocat, les mémoires et les consultations, les frais de constat d'huissier, les frais de consultation médicale, les frais de déplacement et de démarches exposés par une partie, un manque à gagner.
Frais proportionnels	Somme qui a vocation à couvrir l'ensemble des travaux et diligences effectués par l'huissier de justice, ainsi que les frais supportés par ce dernier à l'exception des frais de déplacement, de débours et des travaux rémunérés par des honoraires libres.
Indice de référence	Indice des prix à la consommation - Ensemble des ménages - France – Biens et services divers, établi et publié chaque mois par l'INSEE (identifiant : 001763793, base 2015) - ou l'indice qui lui serait substitué. Une seule valeur d'indice est retenue pour toute l'année civile. Il s'agit de celle du mois d'août précédant l'année civile de la déclaration ou de l'échéance du contrat (111,07 pour l'année 2023).
Litige	Opposition d'intérêts, désaccord ou refus opposé à une réclamation dont l'assuré est l'auteur ou le destinataire, vous conduisant à faire valoir des prétentions en demande ou en défense, que ce soit à l'amiable ou devant une juridiction. L'ensemble des réclamations résultant d'un même fait générateur constitue un même litige.

B Prévention juridique

L'assuré bénéficie des garanties de protection juridique dans le seul cadre de sa vie privée.
En contactant la plateforme dédiée (article 39) il sera mis en relation avec le service concerné.
Pour toute question ou difficulté juridique, un juriste le renseigne sur ses droits et obligations et l'oriente sur les démarches à entreprendre dans la limite de la garantie visée à l'article 40 D.

C Aide à la résolution des litiges

Pour trouver une solution adaptée au litige garanti et défendre au mieux les intérêts de l'assuré, **sous réserve que l'action soit opportune,** JURIDICA s'engage à :

Analyser les aspects juridiques de la situation litigieuse

Il est délivré un conseil personnalisé en vue de sa résolution et il est identifié la stratégie à adopter. JURIDICA aide l'assuré à prendre la meilleure décision sur la conduite à tenir.

Rechercher une solution amiable

En concertation avec l'assuré, JURIDICA intervient directement auprès de l'adversaire de l'assuré pour lui exposer l'analyse du litige et lui rappeler les droits de l'assuré.
Néanmoins, au regard de la nature du litige, JURIDICA pourra être amené à saisir un prestataire externe si cela est opportun. Par ailleurs, l'assuré sera assisté ou représenté par un avocat lorsqu'il sera ou JURIDICA sera informé que la partie adverse est défendue dans les mêmes conditions. A ce titre, l'assuré dispose du libre choix de son avocat. JURIDICA prend en charge les frais et honoraires engagés **dans les conditions et limites prévues à l'article 40 F « La prise en charge financière » et du tableau figurant dans ce même article.**

Lorsque le litige nécessite le recours à une expertise amiable ou à un constat d'huissier, JURIDICA propose des prestataires spécialisés habituels et définit la mission.

Assurer la défense judiciaire de l'assuré

Il est proposé la mise en œuvre d'une action en justice si l'assuré est confronté à l'une des situations suivantes :

- la démarche amiable n'aboutit pas,
- les délais pour agir sont sur le point d'expirer,
- l'assuré est convoqué devant une juridiction et doit être défendu.

En outre, l'action en justice ou l'exercice d'une voie de recours est subordonnée à la condition que l'action **soit opportune.**

Maîtriser la direction du procès

L'assuré dispose du libre choix de son avocat. Il peut le choisir parmi ceux de sa connaissance, après avoir communiqué à JURIDICA ses coordonnées ou, s'il en formule la demande par écrit, choisir celui proposé par JURIDICA.

Dans les deux cas, l'assuré négocie avec son avocat le montant des frais et honoraires dans le cadre d'une convention d'honoraires. Cette convention fixe le montant ou le mode de détermination des honoraires couvrant les diligences prévisibles, ainsi que les divers frais et débours envisagés. La législation rend obligatoire cette convention, sauf urgence.

Dès l'introduction d'une action en justice, l'avocat choisi devient le principal interlocuteur de l'assuré.
Toutefois, l'assuré doit informer JURIDICA de l'état d'avancement de son litige en communiquant les pièces essentielles (exemple : décision de justice, assignation).

Faire exécuter la décision rendue

Dans le cadre de la défense judiciaire, lorsque la procédure engagée aboutit favorablement, JURIDICA fait exécuter la décision de justice, **sous réserve de l'opportunité d'une telle action et si la partie adverse est identifiée et localisable.** JURIDICA saisit un huissier de justice et lui transmet alors toutes les informations lui permettant d'intervenir auprès de l'adversaire débiteur.

Prendre en charge les frais et honoraires liés à la résolution du litige

A l'occasion d'un litige garanti, JURIDICA prend en charge les frais et honoraires engagés pour sa résolution **dans la limite d'un montant maximal de 15 000 € TTC par litige.**

Les frais et honoraires d'avocat sont quant à eux pris en charge **dans la limite des montants maximaux de prise en charge des frais non tarifés et honoraires d'avocat prévus à l'article 40 E de la présente notice.**
Les sommes remboursées à ce titre viennent alors en déduction des montants maximaux de prise en charge.

D Domaine garanti

L'assuré est garanti dans le domaine de droit suivant :

Protection pénale

L'assuré est garanti lorsqu'il est victime de violences, menaces, injures ou harcèlement imputable à son conjoint, son concubin, le partenaire d'un pacte civil de solidarité.

JURIDICA ne garantit pas les litiges résultant :

- **de la défense civile de l'assuré lorsque sa responsabilité est recherchée et qu'elle est déjà couverte par un contrat d'assurance,**
- **de l'opposition de l'assuré au souscripteur,**
- **de l'opposition de l'assuré à l'assureur,**
- **de la révision constitutionnelle d'une loi.**

E Conditions et modalités d'intervention

Les conditions de garantie

Pour que le litige déclaré soit garanti en phase amiable et judiciaire, les conditions suivantes doivent être remplies :

- **le fait générateur du litige ne doit pas être connu de l'assuré à la date de prise d'effet de l'adhésion,**
- **le litige doit survenir pendant la période de validité du contrat,**
- **l'adhésion ne doit pas être suspendue pour défaut de paiement de la cotisation au moment de la survenance du litige,**
- **l'assuré doit avoir contracté et maintenu en vigueur les assurances légales obligatoires lui incombant,**
- **afin que JURIDICA puisse analyser les informations transmises et faire part de son avis sur l'opportunité des suites à donner au litige, l'assuré doit recueillir son accord préalable avant de saisir une juridiction, d'engager une nouvelle étape de la procédure ou d'exercer une voie de recours.**

Causes de déchéance de garantie

L'assuré est déchu de tout droit à garantie pour le litige considéré s'il fait une déclaration inexacte sur les faits, les événements ou la situation qui sont à l'origine du litige ou plus généralement sur tous les éléments pouvant servir à sa résolution.

Déclaration et information à JURIDICA

Dans son propre intérêt, l'assuré doit déclarer le litige par écrit, dès qu'il en a connaissance, à l'adresse suivante : JURIDICA - 1 place Victorien Sardou - 78166 MARLY-LE-ROI Cedex, en nous communiquant notamment :

- le numéro d'adhésion CAP,
- les coordonnées précises de l'adversaire,
- un exposé chronologique des circonstances du litige,
- toutes pièces permettant d'établir la matérialité des faits,
- tous renseignements et documents utiles à l'instruction du dossier.

Par ailleurs, l'assuré doit transmettre, dès réception, tous avis, lettres, convocations, actes d'huissiers, assignations et pièces de procédure qui lui seraient adressés, remis ou signifiés. Cette rapidité est importante pour préserver les droits et actions de l'assuré.

Respecter le secret professionnel

Les personnes qui connaissent des informations communiquées par l'assuré, dans le cadre de son contrat, sont tenues au secret professionnel (art L 127-7 du Code des assurances).

Territorialité

La garantie est acquise pour les litiges découlant de faits survenus dans l'un des pays énumérés ci-après, qui relèvent de la compétence d'un tribunal de l'un de ces pays, et pour lesquels l'exécution des décisions rendues s'effectue également dans l'un de ces pays :

- France et Monaco,
- Etats membres de l'Union Européenne au 1er janvier 2023, Royaume-Uni, Andorre, Liechtenstein, Norvège, Saint-Marin, Suisse et Vatican, **et sous réserve que l'assuré ne soit pas domicilié depuis plus de trois mois consécutifs dans l'un de ces pays.**

Désaccord

Après analyse des informations transmises, JURIDICA envisage l'opportunité des suites à donner au litige à chaque étape significative de son évolution. JURIDICA en informe l'assuré.

En cas de désaccord entre l'assuré et JURIDICA portant sur le fondement de ses droits ou sur les mesures à prendre pour régler le litige, l'assuré peut, selon les dispositions de l'article L 127-4 du Code des assurances :

- soit soumettre cette difficulté à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord ou désignée, à défaut, par le Président du Tribunal Judiciaire, JURIDICA prend en charge les frais exposés pour la mise en œuvre de cette action. Cependant, le Président du Tribunal Judiciaire peut les mettre à la charge de l'assuré, s'il considère que ce dernier a mis en œuvre cette action dans des conditions abusives,
- soit exercer l'action, objet du désaccord, à ses frais ; dans ce cas, si l'assuré obtient une solution définitive plus favorable que celle proposée par JURIDICA ou la tierce personne citée ci-dessus, JURIDICA rembourse à l'assuré les frais et honoraires engagés pour cette action **dans les limites et conditions définies à la présente notice.**

En cas de conflit d'intérêts

En vertu de l'article L 127- 5 du Code des assurances, l'assuré à la liberté de choisir un avocat de sa connaissance chaque fois que survient un conflit d'intérêts entre l'assuré et JURIDICA. Dans ce cas, JURIDICA prend en charge les frais et honoraires de l'avocat **dans les limites et conditions définies à la présente notice.**

F Prise en charge financière

Nature des frais pris en charge

En cas de litige garanti et dans la limite des montants définis ci-après, JURIDICA prend en charge les frais suivants :

- le coût des actes d'huissier **que JURIDICA a engagé,**
- les frais et honoraires de l'expert, **que JURIDICA a engagé ou que les tribunaux ont désigné,**
- les frais et honoraires du médiateur **que JURIDICA a engagé ou que les tribunaux ont désigné,**
- les autres dépens de l'assuré à l'exception des dépens et des frais irrépétibles engagés par la partie adverse et mis à charge de l'assuré par le juge ou par une transaction,
- les frais et honoraires d'avocat.

Il n'est pas pris en charge les frais suivants :

- **les honoraires de résultat des mandataires fixés en fonction de l'intérêt en jeu ou en fonction du résultat définitif ou espéré des démarches engagées,**
- **les frais irrépétibles engagés par la partie adverse et mis à la charge de l'assuré par le juge ou par une transaction,**
- **les frais et honoraires des enquêteurs de droit privé (détectives privés),**
- **les frais et honoraires d'un avocat postulant,**
- **les consignations pénales,**
- **les condamnations au principal, les amendes, les intérêts de retard et les dommages et intérêts prononcés contre l'assuré,**
- **les frais de consultation ou d'actes de procédures réalisés avant la déclaration de litige sauf s'il y a urgence à les avoir demandés,**
- **les frais et honoraires d'avocat intervenu dans des démarches amiables lorsque la loi n'impose pas cette assistance ou en l'absence de conflit d'intérêt,**
- **les frais et honoraires liés à une question prioritaire de constitutionnalité,**
- **les frais et honoraires d'avocat liés à une procédure pénale de rappel à la loi.**

Frais et honoraires d'avocat

Ces montants comprennent les frais habituels inhérents à la gestion d'un dossier (frais de secrétariat, de déplacement, de photocopies…), la préparation du dossier et la plaidoirie.

Ils constituent **la limite de la prise en charge même si l'assuré change d'avocat, celle-ci sera déduite desdits montants.**

Les montants mentionnés ci-après sont ceux applicables en 2023.

Calculés sur une TVA de 20 %, ils peuvent varier en fonction de la TVA en vigueur au jour de la facturation.

Modalités de pris en charge

La prise en charge financière en cas de litige garanti s'effectue, **dans la limite des montants maximaux conformément au tableau figurant ci-dessous selon les modalités suivantes :**

Montants maximaux de prise en charge des frais et honoraires de l'avocat de l'assuré (en euros et TTC)

ASSISTANCE		
Assistance à expertise / Assistance à mesure d'instruction	600 euros	Par réunion ou par ordonnance
Dépôt de plainte avec constitution de partie civile	600 euros	Par litige
Assistance à transaction définitive ayant abouti à un protocole signé par les parties Assistance à médiation ou conciliation ayant abouti et constatée par le juge	Montant d'une procédure menée à terme	Par litige
ORDONNANCES **quelle que soit la juridiction (y compris le juge de l'exécution)**		
Ordonnance sur requête Ordonnance de référé	540 euros 400 euros	Par ordonnance Par ordonnance
PREMIERE INSTANCE **(y compris les médiations et conciliations n'ayant pas abouti)**		
Tribunal de police sans constitution de partie civile de l'assuré	50 euros	Par litige
Tribunal Judiciare	1 300 euros	Par litige
Autres juridictions de première instance	750 euros	Par litige
APPEL		
En matière pénale Toutes autres matières	1 500 euros 1 500 euros	Par litige Par litige
HAUTES JURIDICTIONS		
Cour d'assises et Cour d'assises d'appel	2 220 euros	Par litige
Cour de cassation - Conseil d'Etat - Cour européenne des Droits de l'Homme - Cour de justice des Communautés européennes	2 400 euros	Par litige (y inclus les consultations)

La prise en charge des frais et honoraires d'avocat s'effectue de la façon suivante :

- soit JURIDICA règle directement l'avocat qui a été saisi sur justificatifs de la procédure engagée, présentation d'une délégation d'honoraires et d'une facture au nom de l'assuré qu'il a signée et autorisant JURIDICA à payer directement l'avocat,
- soit, à défaut de cette délégation, l'assuré règle toutes taxes comprises les frais et honoraires de l'avocat saisi et JURIDICA rembourse sur justificatifs des démarches effectuées (exemples : assignation, décisions de justice…) et d'une facture acquittée.

Subrogation

Dans le cadre d'un litige, lorsque des dépens et des frais irrépétibles sont mis à la charge de la partie adverse, le Code des assurances permet de récupérer ces sommes dans la limite des frais et honoraires que JURIDICA a engagés dans l'intérêt de l'assuré. Néanmoins, si l'assuré justifie de frais et honoraires restés à sa charge et exposés dans le cadre dudit litige, il récupère ces indemnités en priorité.

Garanties de conseil prévention santé

AXA Partners s'engage à mettre en œuvre, du lundi au vendredi de 8 heures à 20 heures, les moyens humains et matériels nécessaires pour assurer les prestations d'assistance telles que stipulées dans la présente convention.
La demande doit être adressée (ou faite) directement par téléphone au 01 55 92 23 03.

Article 41 Informations conseil prévention santé

Les professionnels de santé d'AXA Partners communiquent à l'assuré ou ses ayants-droits des informations et conseils médicaux et paramédicaux, d'ordre général portant sur les thèmes suivants, du lundi au vendredi de 8 heures à 20 heures :
Allergies, Diététique, Prévention bucco-dentaire, Dépistage et prévention des maladies graves, Facteurs de risques, Hygiène de vie (alcool, tabac, drogues, pollution, alimentation, sport, stress), Troubles du sommeil, Alimentation, Optique.

L'intervention du personnel qualifié se limitera à donner des informations objectives.

L'objet du service n'est en aucun cas de délivrer une consultation médicale ou paramédicale téléphonique personnalisée ou de favoriser une automédication.
Si telle était la demande, AXA Partners conseillerait à l'assuré ou ses ayants-droits de consulter son médecin traitant ou son chirurgien- dentiste ou son opticien ou son diététicien.

Garanties de coaching santé nutrition

AXA Partners s'engage à mettre en œuvre, du lundi au vendredi de 8 heures à 20 heures, les moyens humains et matériels nécessaires pour assurer les prestations d'assistance telles que stipulées dans la présente convention.
La demande doit être adressée (ou faite) directement par téléphone au 01 55 92 23 03.

Article 42 Coaching santé nutrition

En cas de problème de santé dû à un surpoids, médicalement attesté, affectant l'assuré ou ses ayants-droits, AXA Partners organise et prend en charge jusqu'à 8 entretiens téléphoniques par an avec un professionnel de santé.

Le programme se compose de la façon suivante :
- un premier entretien téléphonique permettant d'établir un questionnaire détaillé à partir duquel le professionnel de santé étudie les habitudes alimentaires du bénéficiaire et dispense les conseils adéquats,
- un suivi de 7 entretiens téléphoniques afin d'accompagner l'assuré ou ses ayants-droits dans sa démarche.

Cette garantie est limitée à 8 entretiens par année civile et par adhésion, sous réserve de la persistance du surpoids.
Au-delà, AXA Partners peut mettre l'assuré ou ses ayants-droits en relation avec un professionnel de santé.
Le coût de toute séance supplémentaire reste à la charge de l'assuré ou ses ayants-droits.

Dispositions communes aux garanties d'assistance

Article 43 Exclusions des garanties d'assistance

Sont exclus et ne pourront donner lieu à intervention, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit :
- **toutes interventions et/ ou remboursements relatifs à des bilans médicaux, check-up, dépistages, à titre préventif, traitements ou analyses réguliers et, d'une manière générale, toute intervention ou prise en charge ayant un caractère répétitif ou régulier,**
- **les interruptions volontaires de grossesse à l'exception des interruptions médicales de grossesse liées à la maladie grave de l'assuré,**
- **les tentatives de suicide et leurs conséquences,**
- **les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, les traitements à but esthétique,**
- **les frais médicaux, les cures, séjours en maison de repos et les frais de rééducation,**
- **les frais courants tels que repas ou boissons que l'assuré aurait normalement supportés pendant son séjour,**
- **les frais de transport, d'hébergements initialement prévus pour le séjour.**

De plus, ne pourront donner lieu à intervention, ni faire l'objet d'une indemnisation à quelque titre que ce soit toutes conséquences :
- **des hospitalisations et immobilisations consécutives à l'usage de drogues, de stupéfiants non prescrits médicalement,**
- **d'un acte intentionnel ou d'une faute dolosive de la part de l'assuré,**
- **d'explosion d'engins et d'effets nucléaires radioactifs,**
- **d'interdictions officielles, de saisies ou de contraintes par la force publique,**
- **la guerre civile ou étrangère déclarée ou non,**
- **la mobilisation générale,**
- **toute réquisition des hommes et/ou du matériel par les autorités,**
- **tout acte de sabotage ou de terrorisme,**
- **tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire,**
- **toute restriction à la libre circulation des biens et des personnes,**
- **les cataclysmes naturels,**
- **les épidémies, tout risque infectieux ou chimique.**

Article 44 Circonstances exceptionnelles

AXA Partners s'engage à mobiliser tous les moyens d'action dont elle dispose pour effectuer l'ensemble des garanties d'assistance prévues dans la convention.

Cependant, il est entendu d'un commun accord entre les parties, que l'engagement d'AXA Partners repose sur une obligation de moyens et non de résultat, compte tenu du contexte dans lequel AXA Partners pourrait être amenée à effectuer les prestations.

A ce titre, AXA Partners ne peut être tenue pour responsable de la non-exécution ou des retards provoqués par la guerre civile ou étrangère déclarée ou non, la mobilisation générale, la réquisition des hommes et du matériel par les autorités, tout acte de sabotage ou de terrorisme, tout conflit social tel que grève, émeute, mouvement populaire, la restriction à la libre circulation des biens et des personnes quelle que soit l'autorité compétente qui l'impose, les cataclysmes naturels, les effets de la radioactivité, les épidémies, tout risque infectieux ou chimique, tous les cas de force majeure rendant impossible l'exécution de la convention.

AXA Partners ne sera tenue de fournir une couverture, de régler un sinistre ou de fournir une prestation au titre de la présente notice dans le cas où la fourniture d'une telle couverture, le règlement d'un tel sinistre ou la fourniture d'un tel service exposerait AXA Partners à une quelconque sanction ou restriction en vertu d'une résolution des Nations Unies ou en vertu des sanctions, lois ou embargos commerciaux et économiques de l'Union Européenne, du Royaume Uni ou des Etats-Unis d'Amérique.

Cotisations

Article 45 Age de l'assuré

L'âge se calcule par différence entre l'année d'échéance et l'année de naissance, quel que soit le mois de naissance de l'assuré.

Article 46 Cotisations de prévoyance et de perte d'autonomie

A Base forfaitaire de référence

Les cotisations des garanties de prévoyance et celles de la garantie relais autonomie sont calculées par référence à une base forfaitaire, qui est réactualisée régulièrement par accord entre AGIPI et l'assureur pour tenir compte de l'évolution du coût de la vie. Les garanties correspondantes sont revalorisées dans les mêmes proportions. Les taux de cotisations évoluent chaque fois que l'assuré change de tranche d'âge comme indiqué à l'article 46 D.

Les cotisations peuvent, en outre, par accord entre AGIPI et l'assureur, être révisées au 1er janvier de chaque année en fonction des résultats d'une catégorie homogène d'adhérents à la convention ou pour tenir compte des évolutions règlementaires et fiscales.

B Calcul des garanties

Pour chaque garantie, l'adhérent a la faculté de souscrire différentes classes de garanties. Les prestations assurées évoluent d'année en année, en fonction de la base forfaitaire de référence fixée à 39 650 € au 1er janvier 2023.
Les prestations de la classe 1 de chaque garantie sont au 1er janvier 2023 les suivantes :

- Capital décès et Rente viagère temporaire (capital constitutif) ..... 39 650 €
- Capital supplémentaire en cas de décès par accident ..... 79 300 €
- Rente éducation ..... 132,20 € par mois jusqu'à 11 ans
  ..... 165,25 € par mois de 12 à 17 ans
  ..... 198,30 € par mois de 18 à 26 ans
- Rente éducation : IJ en cas d'hospitalisation (*) ..... 27,20 € par jour
- Rente éducation : capital en cas de PTIA (*) ..... 39 650 €
- Pension de conjoint ..... 264,30 € par mois jusqu'au 65e anniversaire du bénéficiaire
  ..... 132,15 € par mois du 65e anniversaire au décès du bénéficiaire
- Indemnités perte de revenu ..... 27,20 € par jour
- Complément régime professionnel ..... 27,20 € par jour
- Remboursement des frais professionnels (plafond journalier d'indemnisation) .... 54,30 € par jour
- Rente invalidité ..... 826,00 € par mois
- Capital invalidité ..... 39 650 €
- Capital maladies graves ..... 19 825 €
- Relais autonomie ..... 826,00 € par mois à partir du 65e anniversaire de l'assuré

Les autres classes de garanties représentent des multiples de la classe 1.
Le montant des garanties choisies par l'adhérent est indiqué sur les conditions particulières d'adhésion établies à la souscription, puis annuellement sur chaque avis d'échéance.

(*) Dans le cadre de la rente éducation, les prestations « IJ en cas d'hospitalisation » et « Capital en cas de PTIA » s'exercent dans la limite de 10 classes de garanties par enfant bénéficiaire, quel que soit le nombre de parents assurés et quel que soit le nombre d'adhésions souscrites.

C Cotisations de la garantie relais autonomie

Les cotisations de la garantie relais autonomie sont fixées en fonction de l'âge de l'assuré et du niveau de garantie choisi. Outre les effets de l'indexation annuelle des garanties et du tarif, la cotisation change à partir de l'année des 65 ans de l'assuré.

La garantie relais autonomie bénéficie d'un encadrement particulier des révisions tarifaires : dans le cas où une perte technique serait observée sur cette garantie, le barème des cotisations pourra être révisé selon la procédure suivante : l'assureur et l'association souscriptrice examineront le suivi des données générales relatives au risque et l'incidence de la déformation de ces données sur le calcul des cotisations.
Compte tenu de l'ensemble de ces informations, le tarif applicable aux personnes déjà assurées pourra alors être révisé. Toutefois, aucune révision annuelle du taux de cotisation ne pourra être supérieure à 5 %.

Si l'assuré n'accepte pas le taux de la cotisation résultant de la procédure définie ci-dessus, il a la possibilité de continuer à verser la cotisation calculée au taux antérieur. Le montant de la garantie relais autonomie subit alors une diminution proportionnelle. Il est mis fin aux garanties de services ou d'assistance.

D Cotisations des garanties de prévoyance autres que la garantie relais autonomie

Les cotisations sont fixées en fonction de la profession, de l'âge de l'assuré et des garanties choisies.

Taux de cotisation - taux progressif
Les cotisations annuelles correspondant à la classe 1 de chaque garantie sont calculées en multipliant la base forfaitaire par un taux de cotisation établi en fonction de l'âge de l'assuré, du groupe professionnel. Ce taux peut être modifié en fonction de l'état de santé, des conditions d'exercice professionnel et des activités sportives de l'assuré.
Les taux de cotisations sont fixés par périodes quinquennales (moins de 31 ans, 31 ans à 35 ans, …) et évoluent chaque fois que l'assuré change de tranche d'âge.
Pour les garanties Capital décès, Rente viagère temporaire et Pension de conjoint, à partir de l'âge de 51 ans le tarif évolue annuellement.

Tarif nivelé
Si l'adhérent le souhaite, il peut pour les garanties en cas de décès, opter pour un tarif nivelé (tarif constant pendant toute la durée de l'adhésion). Le montant de sa cotisation annuelle, calculé en fonction de l'âge et de la profession de l'assuré à l'adhésion, de la durée prévue pour celle-ci, et du niveau de garantie choisie, est alors mentionné sur les conditions particulières d'adhésion.

Réduction de fidélité
Pour les assurés âgés de 51 ans et plus, les adhésions ayant au moins dix ans d'ancienneté bénéficient d'une réduction tarifaire de fidélité sur les garanties décès. Cette réduction, calculée au 1er janvier de chaque année, est égale à 1 % par année d'ancienneté de l'adhésion.

Article 47 Modalités de paiement des cotisations

Les cotisations peuvent être payées mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement :

- du 1er janvier au 1er décembre en cas de paiement mensuel,
- aux 1er janvier, 1er avril, 1er juillet et 1er octobre de chaque année en cas de paiement trimestriel (réduction des cotisations de 2 %),
- aux 1er janvier et 1er juillet de chaque année en cas de paiement semestriel (réduction des cotisations de 3 %),
- au 1er janvier de chaque année en cas de paiement annuel (réduction des cotisations de 5 %).

Les cotisations sont payables par prélèvements automatiques ou chèque. Les cotisations mensuelles ou trimestrielles sont nécessairement payables par prélèvements automatiques.
Lors de l'adhésion, des frais de dossier de 15 € sont perçus.

Gestion des prestations

Article 48 Revalorisation des prestations en cours de service

D'un commun accord entre AGIPI et l'assureur dans le cadre du Comité de Suivi des Rentes, toutes les prestations de prévoyance sous forme d'indemnités journalières, de rentes ou de pensions, en cours depuis un an au moins au 31 décembre d'un exercice, sont revalorisées au 1er avril suivant en tenant compte de l'évolution du coût de la vie et de l'évolution du point AGIRC.
Les capitaux constitutifs correspondant à la majoration des indemnités journalières, des rentes d'invalidité, des rentes en cas de perte d'autonomie, des rentes d'éducation et des pensions de conjoint sont prélevés directement sur le fonds de valorisation.
Toute revalorisation est acquise à titre définitif.
Le montant du capital assuré en cas de décès ultérieur du conjoint, du partenaire pacsé ou du concubin, évolue au 1er janvier de chaque année dans la même proportion que la base forfaitaire de référence.

Article 49 Modalités d'obtention des prestations

A En cas de décès

Les pièces suivantes, nécessaires au paiement des différentes prestations, doivent être adressées à ADIS.

En cas de décès de l'assuré :

- un acte de décès,
- un certificat médical précisant la nature du décès,
- si le décès résulte d'un accident ou s'il s'agit d'une mort non naturelle, une copie du rapport de police ou de gendarmerie, ou tout autre document justificatif,
- une attestation fiscale justifiant des enfants à charge,
- une photocopie d'un justificatif d'identité,
- un acte de naissance intégral de l'enfant pour un enfant mineur bénéficiaire,
- ainsi que tout document exigé par la législation en vigueur au jour du décès.

Les documents médicaux doivent être adressés par les ayants-droit sous pli confidentiel au médecin conseil d'ADIS.

En cas de décès ultérieur du conjoint, du partenaire pacsé ou du concubin, les pièces à fournir sont les mêmes que celles exigées au décès de l'assuré, complétées par un extrait de délibération du conseil de famille s'il a été constitué ou à défaut par le Juge des tutelles ayant nommé les tuteurs et subrogés-tuteurs des enfants mineurs.

B En cas d'incapacité de travail, d'invalidité, de perte d'autonomie ou de maladies graves

Demande de prestations en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité

Sauf cas fortuit ou de cas de force majeure, l'assuré en arrêt de travail doit en faire la déclaration à ADIS par lettre recommandée au plus tard dans les dix jours qui suivent l'expiration de la période de franchise mentionnée sur ses conditions particulières d'adhésion. Toute prolongation accordée par le médecin traitant doit également être envoyée au médecin conseil d'ADIS par courrier recommandé dans un délai de dix jours.
Pour être prise en considération, la déclaration d'arrêt de travail doit être accompagnée d'un certificat médical détaillé, indiquant notamment :

- la date de début de l'arrêt de travail et sa durée prévisible,
- la nature exacte de l'affection ou des blessures, les antécédents éventuels, la date de la première manifestation et de l'évolution probable de la pathologie dont souffre l'assuré,
- les répercussions de l'affection sur l'activité professionnelle de l'assuré.

Ce certificat médical est adressé par l'assuré au médecin conseil d'ADIS.

La déchéance de garantie prévue par l'article L 113-2 du Code des assurances peut être retenue par ADIS si la déclaration de demande de prestations ne lui est pas adressée dans les 180 jours suivant le début de l'arrêt de travail, qu'il s'agisse d'une incapacité temporaire ou d'une invalidité, sous condition d'un préjudice subi par l'assureur. Il en est de même pour toute prolongation qui n'est pas adressée à ADIS dans les 90 jours.

Demande de prestations en cas de perte d'autonomie

Les pièces suivantes, nécessaires au paiement des prestations, doivent être adressées à ADIS, par lettre recommandée :

- si l'assuré bénéficie de l'assistance constante d'une tierce personne, les pièces administratives justifiant son attribution,
- si l'assuré justifie d'une hospitalisation de long séjour ou d'hébergement en section de cure médicale, ou d'un séjour permanent en établissement psychiatrique, une attestation signée du médecin-chef de cet établissement le certifiant,
- si l'assuré est maintenu à domicile et s'il bénéficie des prestations d'un service de soins ou d'hospitalisation à domicile, une attestation médicale justifiant d'une perte d'autonomie telle que définie dans l'article 31.

Les pièces médicales sont adressées au médecin conseil d'ADIS.

Demande de prestations en cas de maladies graves (en dehors des garanties d'assistance)

La déclaration de maladie grave doit être accompagnée d'un certificat médical détaillé, établi par un médecin spécialiste ayant constaté la maladie et posant un diagnostic précis et détaillé de la maladie grave, et indiquant notamment :

- l'historique détaillé de la maladie,
- la date des premiers symptômes, avec les preuves anatomopathologiques s'il y a lieu,
- les comptes rendus d'hospitalisation en rapport avec l'affection, les comptes rendus des bilans effectués.

Les pièces médicales sont adressées au médecin conseil d'ADIS.

Contrôle

L'assuré doit apporter la preuve de son incapacité de travail, de son invalidité, de sa perte d'autonomie ou de sa maladie grave, fournir à ce titre les éléments justificatifs qui peuvent lui être demandés par ADIS, se soumettre aux examens de contrôle réalisés en France par un médecin expert indépendant délégué par celle-ci. ADIS peut aussi déléguer auprès de l'assuré un représentant habilité pour une mission d'information.
Si l'assuré ne peut se déplacer, le médecin délégué doit avoir un libre accès à son lieu de traitement ou à son domicile, afin de pouvoir constater la gravité de son état.
Sauf cas de force majeure, l'assuré en incapacité de travail, en invalidité ou atteint d'une perte d'autonomie ou d'une maladie grave doit indiquer à ADIS l'adresse où il peut être joint et signaler par lettre recommandée tout changement éventuel de son adresse.
A défaut, l'assuré perd son droit à prestations jusqu'à ce qu'il se soit présenté chez le médecin délégué par ADIS pour l'examen de contrôle.
Les mêmes restrictions s'appliquent à l'assuré qui ne se présente pas à la convocation du médecin délégué par ADIS.

En cas de perte d'autonomie, l'assuré ou son représentant légal doit apporter la preuve de sa perte d'autonomie, fournir à ce titre au médecin conseil d'ADIS tous les éléments du dossier médical permettant d'apprécier son état et se soumettre, le cas échéant, aux examens de contrôle effectués par le médecin délégué par ADIS.
L'assuré ou son représentant légal doit également déclarer à ADIS, dès sa constatation, toute amélioration ou aggravation de l'état de perte d'autonomie tel que défini à l'article 31. Un nouveau dossier médical sera constitué et, le cas échéant, le versement de la rente sera réduit, suspendu ou augmenté.
De son côté, ADIS se réserve le droit de demander à l'assuré ou à son représentant légal à tout moment et pendant toute la durée du service de la rente, de justifier de la permanence de l'état de perte d'autonomie.

La durée de l'incapacité de travail, l'importance de l'invalidité ou la réalité d'une maladie grave ou d'une perte d'autonomie, sont toujours appréciées par le médecin conseil d'ADIS après étude de l'ensemble des éléments et notamment les indications du médecin délégué et sont notifiées à l'assuré par courrier recommandé.
L'assuré pourrait en contester le bien-fondé au moyen d'une attestation médicale détaillée envoyée au médecin conseil d'ADIS.

Expertise amiable

En cas de désaccord avec les conclusions du médecin conseil d'ADIS l'assuré peut demander une expertise amiable qui sera confiée à un tiers expert désigné d'un commun accord entre les deux parties.
A défaut d'entente sur le choix de cet expert amiable, l'assuré pourra en demander la désignation par le Président du Tribunal judiciaire du domicile de l'assuré. L'expert amiable est nécessairement choisi sur la liste des experts judiciaires.
L'assuré supporte la moitié des frais relatifs à sa nomination ainsi que la moitié de ses honoraires.
Les parties privilégient l'expertise amiable avant tout recours à la voie judiciaire.

C Maintien du service des rentes

Pour permettre le maintien des prestations qui leur sont dues, les bénéficiaires de rente d'invalidité, de rente éducation, de pension de conjoint ou de relais autonomie doivent fournir, au mois de janvier de chaque année, un certificat de vie. La poursuite du versement de la rente est conditionnée à la réception du certificat de vie. En cas de non-réception du certificat de vie, le versement de la rente est interrompu, et reprendra de manière rétroactive dès réception du certificat de vie.

D Obligation de l'adhérent lors de la demande de prestations

Les garanties cessent de plein droit en cas de fausse déclaration ou de faux documents sur la nature, les causes, les circonstances et les conséquences de la maladie ou de l'accident.

Les prestations indûment versées devront être remboursées par l'adhérent.

Gestion technique et paritaire de la convention

Article 50 Fonds de valorisation

Il est créé un fonds de valorisation, alimenté par :

- une dotation égale à 2,5 % des cotisations hors taxes encaissées dans l'exercice au titre de l'invalidité, de la perte d'autonomie et du décès pour la partie affectée à la garantie de rentes. La dotation effective sera limitée au montant nécessaire pour porter le solde du fonds de valorisation au 31 décembre de l'exercice à 25 % des provisions mathématiques de ces mêmes garanties,
- un intérêt, calculé sur la base d'un taux annuel déterminé par le Comité de Gestion Paritaire, sur le solde du fonds au 1er janvier après prélèvement éventuel des sommes nécessaires à la valorisation des prestations,
- les prélèvements éventuels sur la réserve de participation,
- le résultat de la gestion financière des provisions mathématiques des rentes éducation et pensions de conjoint en cours.

Ce résultat est obtenu comme suit : les provisions mathématiques des rentes et pensions en cours de service sont versées dans un fonds de placement, constitué par des valeurs choisies conformément à la réglementation en vigueur (obligations, actions, valeurs immobilières et liquidités).

A la fin de chaque année, le résultat de la gestion financière est constitué par l'ensemble :

- des revenus des obligations, actions et liquidités,
- du solde entre bénéfices et pertes, sur ventes et remboursements de valeurs, calculé par rapport à la valeur d'entrée dans le fonds de placement, net de frais d'achat et de vente.

Viennent en déduction les frais de gestion financière évalués forfaitairement à 5 % des bénéfices résultant du calcul ci-dessus, ainsi que les intérêts dont tient compte le tarif des rentes.
Le rapport entre la totalité des bénéfices attribués et la valeur du fonds à la fin de l'année constitue le taux de rendement de l'année.

Le montant obtenu par l'application de ce taux de rendement aux provisions mathématiques des pensions et rentes en cours est affecté au fonds de valorisation, sur lequel sont ensuite prélevés les capitaux constitutifs relatifs à la majoration des rentes et pensions.

Article 51 Comptes de participation

Trois comptes de participation sont établis à la fin de chaque exercice :

A Garanties de prévoyance (contrats C 3449-96, M 3449-96 et R 3449-96)

Au crédit

- un montant égal à 75 % des cotisations nettes de taxes hors cotisations des garanties de remboursement des frais de santé,
- les provisions pour sinistres à régler au 31 décembre de l'exercice précédent,
- les provisions mathématiques des garanties décès viagères au 31 décembre de l'exercice précédent,
- le montant de la participation aux bénéfices financiers attribuée au titre de l'exercice aux provisions mathématiques des garanties décès viagères,
- les intérêts techniques crédités au cours de l'exercice,
- le montant des prélèvements effectués sur le fonds de valorisation au cours de l'exercice,
- le montant des prélèvements éventuellement effectués sur la réserve de participation au 31 décembre de l'année précédente,
- le montant des prélèvements effectués sur la réserve de stabilité.

Au débit

- le montant total des prestations payées au cours de l'exercice écoulé,
- les provisions pour sinistres à régler au 31 décembre de l'exercice,
- les provisions mathématiques des garanties décès viagères au 31 décembre de l'exercice,
- le solde débiteur éventuel au 31 décembre de l'exercice précédent,
- le montant des cotisations affectées au fonds de valorisation,
- le montant des cotisations affectées à la réserve de stabilité,
- le montant des cotisations affectées à la dotation à l'association.

Lorsque le compte ainsi établi fait apparaître un solde créditeur, 15 % de ce solde sont affectés à la réserve de participation.
Lorsque le solde est débiteur, il est apuré par prélèvement sur la réserve de participation.

B Garanties de remboursement des frais de santé (contrats CS 3449-97 et MS 3449-97)

Au crédit

- un montant égal à 65 % des cotisations nettes de taxes des garanties de remboursement des frais de santé,
- les provisions pour sinistres à régler au 31 décembre de l'année précédente,
- le montant des prélèvements éventuellement effectués sur la réserve de participation au 31 décembre de l'année précédente.

Au débit

- le montant total des prestations payées au cours de l'exercice écoulé,
- les provisions pour sinistres à régler au 31 décembre de l'exercice,
- le solde débiteur éventuel au 31 décembre de l'exercice précédent.

Lorsque le compte ainsi établi fait apparaître un solde créditeur, 15 % de ce solde sont affectés à la réserve de participation.
Lorsque le solde est débiteur, il est apuré par prélèvement sur la réserve de participation.

C Garanties perte d'autonomie (contrats C 3449-96, M 3449-96 et R 3449-96)

Au crédit

- un montant égal à 75 % des cotisations, nettes des éventuelles taxes,
- les provisions pour sinistres au 31 décembre de l'année précédente,
- les provisions pour risques croissants calculées au 31 décembre de l'exercice précédent,
- le montant des prélèvements, effectués sur le fonds de valorisation, correspondant aux capitaux constitutifs des valorisations des rentes en cours,
- le montant des prélèvements effectués sur le fonds de valorisation nécessaires à l'indexation des garanties,
- l'intégralité des produits financiers obtenus par la gestion financière de la demi-somme des provisions pour sinistres et pour risques croissants à l'ouverture et à la clôture de l'exercice, déduction faite des frais de gestion financière fixés à 5 % des produits obtenus.

Au débit

- le solde débiteur éventuel au 31 décembre de l'exercice précédent après apurement par la réserve de participation,
- le montant total des prestations payées au cours de l'exercice écoulé,
- les provisions pour sinistres au 31 décembre de l'exercice,
- les provisions pour risques croissants au 31 décembre de l'exercice,
- le montant des cotisations affectées au fonds de valorisation et d'ajustement des garanties relais autonomie,
- la dotation à l'association.

Lorsque le compte ainsi établi fait apparaître un solde créditeur, 15 % de ce solde sont affectés à la réserve de participation.
Lorsque le solde est débiteur, il est apuré par prélèvement sur la réserve de participation.

Article 52 Réserve de participation

Cette réserve est alimentée par 15 % des soldes créditeurs des comptes de participation.
Il s'y ajoute un intérêt, calculé sur la base d'un taux annuel déterminé par le Comité de Gestion Paritaire, sur le montant de la réserve au 1er janvier de l'exercice.
La dotation effective sera limitée au montant nécessaire pour porter le solde de la réserve de participation au 31 décembre de l'exercice à 17,5 % du montant des cotisations de cet exercice.

Il est prélevé sur cette réserve de participation les sommes éventuellement nécessaires à l'apurement des soldes débiteurs des comptes de participation, et à l'alimentation du fonds de valorisation en cas d'insuffisance éventuelle de celui-ci, et le cas échéant à l'alimentation des provisions en cas de modification des méthodes de provisionnement.
Il peut également être prélevé de façon exceptionnelle sur cette réserve de participation les sommes nécessaires au paiement de prestations aux assurés au-delà des engagements contractuels, en cas de catastrophe naturelle ou de pandémie. Les prélèvements exceptionnels sont décidés par le conseil d'administration de l'association et il en est fait rapport à la plus prochaine assemblée générale.

Article 53 Réserve de stabilité

Il est créé une réserve de stabilité alimentée à la fin de chaque exercice :

- pour toutes les adhésions comportant des garanties en cas de décès à tarif nivelé, par la différence, si elle est positive, entre la cotisation payée par l'adhérent et celle qu'il aurait payée la même année pour une adhésion d'une durée de un an,
- par un intérêt, calculé sur la base d'un taux annuel déterminé par le Comité de Gestion Paritaire, sur le solde de la réserve au 1er janvier précédent.

Il est prélevé sur cette réserve, pour toutes les adhésions comportant des garanties en cas de décès à tarif nivelé, la différence, si elle est négative, entre la cotisation payée par l'adhérent et celle qu'il aurait payée la même année pour une adhésion d'une durée de un an.

Article 54 Comptes techniques

ADIS effectue, à la fin de chaque semestre civil, l'arrêté des comptes relatifs à la gestion de cette convention, et adresse à l'assureur les sommes qui lui reviennent, à savoir les cotisations encaissées, déduction faite :

- des prestations versées aux assurés,
- des charges de gestion, de sélection médicale, d'expertises et de procédures,
- de la dotation due à l'association.

Article 55 Comité de Gestion Paritaire

Le Comité de Gestion Paritaire est composé à parts égales de représentants d'AGIPI et des sociétés d'assurance.

Il a pour objet :

- d'étudier et commenter l'évolution des comptes techniques de la convention,
- d'instaurer une véritable discussion sur ses clauses qui devront pouvoir faire l'objet d'aménagements,
- de décider de l'orientation des placements des actifs mis en représentation des provisions techniques,
- d'examiner les résultats de la gestion financière des actifs mis en représentation des provisions techniques,
- de réviser, si nécessaire, le barème de cotisations selon la procédure définie dans les conditions générales,
- de réviser, si besoin est, les montants minima indiqués sur les présentes conditions générales. A la souscription, ces montants minima concernent les garanties et, en cas de cessation du paiement des cotisations, ils concernent les garanties maintenues,
- de déterminer le taux de revalorisation de la garantie capital décès viager,
- de déterminer le taux d'intérêt annuel appliqué sur le fonds de valorisation, la réserve de participation et sur la réserve de stabilité.

Chaque réunion du Comité de Gestion Paritaire doit être précédée de l'envoi aux participants de documents rendant compte de l'évolution de la présente convention, de ses résultats techniques et commerciaux.

Article 56 Comité Médical d'Evaluation

Le Comité Médical d'Evaluation est composé de médecins représentant l'association, d'une part, et les sociétés d'assurance, d'autre part. Il joue le rôle d'instance de recours, de conseil, et de conciliation. Il peut être saisi par l'adhérent ou par le Président d'AGIPI. L'avis rendu par le Comité ne fait pas obstacle aux recours par voie judiciaire.

Chaque réunion du Comité Médical d'Evaluation doit être précédée de l'envoi d'un ordre du jour avec communication par le médecin conseil d'ADIS, d'une synthèse des dossiers individuels qui y seront examinés de façon anonyme dans le strict respect des règles de déontologie médicale.

Article 57 Comité de Suivi des Rentes

Le Comité de Suivi des Rentes est composé à parts égales de représentants d'AGIPI et des sociétés d'assurance.
Il a pour objet :

- d'examiner les résultats de la gestion financière des provisions mathématiques constituées au titre des rentes en cours de service,
- d'examiner les résultats techniques de ces rentes,
- de déterminer le taux de revalorisation des rentes en cours de service,
- de vérifier en permanence le niveau des provisions constituées et les engagements contractés vis-à-vis des adhérents et des bénéficiaires de rentes.

Chaque réunion du Comité de Suivi des Rentes doit être précédée de l'envoi par les sociétés d'assurance à AGIPI des comptes de résultats techniques et financiers des rentes en cours de service.

Annexe - Convention d'utilisation des services numériques

Article 1 Définitions

Certificat électronique	Désigne le fichier électronique attestant du lien entre une identité et la clé publique de la personne titulaire du Certificat (la clé publique est une clé mathématique rendue publique et qui est utilisée pour vérifier la Signature électronique d'une donnée reçue). Un Certificat électronique est délivré à l'adhérent après vérification de son identité en face à face par son conseiller.
Espace adhérent	Désigne l'espace sécurisé du site internet www.agipi.com auquel l'adhérent peut accéder par la saisie de son identifiant et de son code confidentiel.
Fichier de preuve	Désigne l'ensemble des éléments collectés durant le processus de signature électronique. Le fichier de preuve, lorsqu'il est signé électroniquement par le tiers de confiance est non modifiable, permettant ainsi d'assurer la traçabilité et la preuve de la réalisation de la signature électronique.
Horodatage	Désigne le procédé permettant d'attester l'existence d'une donnée à un instant donné et d'en assurer son intégrité.
Signature électronique	Désigne « *l'usage d'un procédé fiable d'identification garantissant son lien avec l'acte auquel elle s'attache* » conformément aux dispositions du Code civil.
Tiers de confiance	Désigne tout prestataire habilité délivrant des services dématérialisés tels que la signature électronique.

Article 2 Champ d'application

Les présentes dispositions s'appliquent si l'adhérent a souhaité souscrire son adhésion de manière dématérialisée par l'intermédiaire de son conseiller.

Les présentes dispositions s'appliquent également si l'adhérent réalise une opération, transmet des documents et/ou messages par l'intermédiaire de son Espace adhérent.

Article 3 Dispositions générales

L'adresse courriel communiquée par l'adhérent permet à ADIS de procéder à la notification de mise en ligne des documents relatifs à ses adhésions.

Dans ce contexte, l'adhérent est informé que certains documents pourront ne plus lui être adressés par courrier mais disponibles à tout moment depuis son Espace adhérent.

Il est précisé que l'adhérent dispose à tout moment de la faculté de renoncer à la dématérialisation de ses échanges avec ADIS en adressant une demande en ce sens à ADIS et/ou à son conseiller.

L'utilisation des services numériques est subordonnée à l'acceptation sans réserve des présentes stipulations par l'adhérent.

En cas de désaccord avec l'une quelconque de ces stipulations, l'adhérent est invité à ne pas :

- signer électroniquement son adhésion,
- réaliser d'opération par l'intermédiaire de son Espace adhérent,
- transmettre de document et/ou message par voie numérique,

et utiliser les supports qui lui seront proposés sous format papier par son conseiller et transmis par voie postale.

L'adhérent est informé que les dispositions relatives notamment aux conditions d'accès au site, d'attribution des identifiants et mots de passe dans le cadre de la dématérialisation et aux opérations en ligne figurent dans les conditions générales d'utilisation de l'Espace adhérent dont l'adhérent est tenu de prendre connaissance et d'accepter les termes lors de sa première connexion à l'Espace Adhérent et, le cas échéant, à chaque modification desdites conditions générales d'utilisation.

Article 4 Engagements de l'adhérent

Il appartient à l'adhérent d'assurer la confidentialité de ses identifiants et mots de passe permettant d'accéder à l'Espace adhérent. Pour ce faire, l'adhérent s'engage à conserver ces renseignements strictement confidentiels, se déconnecter après chaque session et modifier son mot de passe régulièrement.

A cet égard, l'adhérent reconnaît que toute opération effectuée depuis son Espace adhérent sera réputée être de son fait.

L'adhérent déclare être le titulaire et l'unique utilisateur du contrat de téléphonie relatif au numéro de mobile qu'il aura indiqué à son conseiller.

Dans ce contexte et si l'adhérent était amené à changer de numéro de téléphone mobile, il lui appartient de transmettre cette information à ADIS par l'intermédiaire de son conseiller.

De même, l'adhérent s'engage à modifier ces informations auprès du tiers de confiance conformément aux conditions générales d'utilisation des services dudit tiers de confiance.

L'adhérent déclare être le titulaire d'une adresse de messagerie électronique pour laquelle il dispose d'un accès strictement personnel et régulier.

Ainsi l'adhérent s'engage :

- à consulter régulièrement son adresse courriel,
- à la configurer de façon à ce que les courriels adressés par AGIPI, ADIS, l'assureur ou le tiers de confiance ne puissent pas être considérés comme des courriers indésirables (spams),
- en tout état de cause, à vérifier régulièrement les éventuels spams afin de s'assurer que des courriels liés à la gestion et à l'exécution de l'adhésion n'y figurent pas,
- en cas de changement d'adresse électronique, à informer son conseiller dudit changement.

Article 5 Processus de signature électronique

La Signature électronique peut intervenir soit à la souscription de l'adhésion pour signer les documents contractuels ou précontractuels, soit en cours de vie de l'adhésion pour signer d'autres documents.

5.1 Dispositions générales

Afin de pouvoir procéder à la signature électronique d'un document, l'adhérent doit fournir une pièce d'identité officielle en cours de validité (carte nationale d'identité ou passeport), un numéro de téléphone mobile personnel ainsi qu'une adresse courriel personnelle afin de pouvoir justifier de son identité.

A cet égard, l'adhérent s'engage à renseigner de façon exacte et sincère les informations requises dans le cadre de ce processus.
Le processus décrit ci-dessous sera proposé en langue française uniquement.

5.2 Le certificat électronique

La création d'un certificat électronique constitue un prérequis à la signature d'un document sous forme électronique.
Ainsi, dans la perspective de la signature électronique du document et afin de délivrer un certificat électronique à l'adhérent, le conseiller agit en qualité d'opérateur d'enregistrement du tiers de confiance.
Le certificat électronique ne pourra être délivré qu'après une vérification en face à face de l'identité de l'adhérent et sous réserve que celui-ci dispose d'un document officiel d'identité tel que visé au premier alinéa de l'article 5.1.

5.3 La vérification des documents

Dès lors que l'adhérent dispose d'un certificat électronique délivré par le tiers de confiance, il pourra procéder à la vérification des termes du document depuis la tablette ou l'ordinateur de son conseiller ou depuis sa tablette ou son ordinateur personnel.

L'adhérent procède à la vérification du document à signer électroniquement afin de s'assurer de l'exactitude des informations qu'il contient. A ce stade du processus, l'adhérent dispose à tout moment de la possibilité d'opérer des modifications par l'intermédiaire de son conseiller.

Pour des raisons de sécurité et d'intégrité des documents, le document est stocké temporairement sur les serveurs du tiers de confiance.

Après avoir procédé à la vérification et aux éventuelles modifications des termes du document, l'adhérent pourra cocher les cases manifestant son acceptation aux termes du document et sa volonté de signer le document de façon électronique. A défaut, l'adhérent ne pourra procéder à la signature électronique du document.

5.4 L'authentification par SMS

Un SMS contenant un code à usage unique est automatiquement adressé au numéro de téléphone mobile déclaré préalablement par l'adhérent. Ce code est généré automatiquement par le tiers de confiance.

Afin de procéder à la signature électronique du document, l'adhérent devra saisir ledit code dans le champ prévu à cet effet.

La saisie du code visé au premier alinéa manifeste le consentement de l'adhérent et emporte signature du document.

L'heure et la date de la signature sont apposées automatiquement par le tiers de confiance, au moyen d'un procédé d'horodatage. Pour des raisons techniques, lorsqu'il y a plusieurs documents, ils peuvent être signés en même temps, ce qui ne signifie pas que lesdits documents ont été renseignés en même temps.

Article 6 Moyens de preuve

L'adhérent reconnaît :

- qu'en cas de litige, les certificats électroniques ainsi que les signatures électroniques utilisées dans le cadre des services numériques sont admissibles devant les tribunaux. Ces éléments feront preuve des données et des faits qu'ils contiennent ainsi que des signatures et procédés d'authentification qu'ils expriment,
- que les données d'horodatage sont admissibles devant les tribunaux et feront preuve des données et des faits qu'ils contiennent,
- que la preuve des connexions ainsi que d'autres éléments d'identification ou actions réalisées par l'adhérent seront établis autant que de besoin à l'appui des journaux de connexions ainsi que des traces informatiques conservées à cet effet,
- que l'identification issue de la déclaration du numéro de mobile de l'adhérent vaut identification au sens de l'article 1366 du Code civil,
- que le fait de cliquer sur le bouton « SIGNER » ainsi que la saisie du code communiqué par le tiers de confiance au numéro de mobile déclaré par l'adhérent manifestent son consentement au contenu du document et confère à l'écrit signé la même valeur juridique qu'un document écrit et signé manuscritement, conformément aux articles 1366 et 1367 du Code civil,
- que le fait de recevoir un courrier électronique contenant le document signé ou le fait de recevoir un courrier électronique à l'adresse courriel déclarée indiquant la mise à disposition des documents contractuels signés électroniquement dans l'Espace adhérent vaut remise desdits documents au sens de l'article 1375 du Code civil,
- que tout écrit transmis sur support électronique depuis l'Espace adhérent aura force probante de son contenu, de son envoi et de sa réception au même titre qu'un écrit réalisé sur support papier,
- que le fait que les documents soient communiqués au format PDF et imprimables confère au support ainsi communiqué les caractères d'intégrité et de durabilité exigés par la loi, quand bien même le document était originalement établi sur support papier.

Article 7 Archivage des documents

ADIS conservera les documents électroniques pendant toute la durée légale de conservation.

Article 8 Données à caractère personnel

En complément des informations relatives aux traitements de données à caractère personnel visées à l'article 10 de la notice, l'adhérent est informé que, dans le cadre de l'utilisation des services numériques, ses données à caractère personnel pourront être transmises aux tiers de confiance aux fins de réalisation desdits services.

Association souscriptrice du contrat

Siège social
12 avenue Pierre Mendès France - CS 10144 - 67312 Schiltigheim Cedex
Tél. 03 90 23 90 00

Bureau parisien
47 rue de Monceau - 75008 Paris - Tél. 01 40 08 93 00

Registre des Associations du tribunal d'instance de Schiltigheim
volume 21 - n° 1049 - Siren 307 146 308

Centre de gestion des contrats d'assurance AGIPI

Siège social
12 avenue Pierre Mendès France - CS 10144 - 67312 Schiltigheim Cedex
Tél. 03 90 23 90 00

Société anonyme de courtage d'assurances au capital de 480 000 €
Filiale d'AXA France Vie

306 843 731 RCS Strasbourg
Orias 07 029 368

Assureurs du contrat

AXA France Vie
S.A. au capital de 487 725 073,50 €
310 499 959 RCS Nanterre

AXA Assurances Vie Mutuelle
Société d'Assurance Mutuelle sur la vie
et de capitalisation à cotisations fixes
Siren 353 457 245

Sièges sociaux :
313 Terrasses de l'Arche
92727 Nanterre Cedex
Entreprises régies par le Code des assurances

Inter Partner Assistance
Société anonyme de droit belge
au capital de 130 702 613 €,
entreprise d'assurance non-vie agréée
par la Banque Nationale de Belgique (0487),
immatriculée au Registre des Personnes
Morales de Bruxelles sous le numéro 415 591 055

Sièges sociaux :
7 boulevard du Régent - 1000 Brussels - Belgique
Prise au travers de sa succursale française,
316 139 500 RCS Nanterre et située
6 rue André Gide - 92320 Châtillon

Juridica
S.A. au capital de 14 627 854,68 €
572 079 - R.C.S. Versailles
Entreprise régie par le Code des assurances
TVA intracommunautaire :
FR 69 572 079 150

Siège social :
1 place Victorien Sardou
78160 Marly-le-Roi

AGI 0325 Ed 07/2023 - N° IDU : FR232655_03PSOH