



NOTICE D'INFORMATION APICIL PRÉVENTIEL⁺ SALARIÉS

CONTRAT DE PRÉVOYANCE N° A – 028, CONVENTION N° 02 – 028

**SOUSCRIT PAR APICIL UPESE ASSOCIATION
AUPRÈS D'APICIL ASSURANCES**



**APICIL
PRÉVENTIEL⁺
SALARIÉS**

NOTICE D'INFORMATION APICIL PRÉVENTIEL + SALARIÉS

Entre les soussignées :

APICIL UPESE ASSOCIATION dont le siège social est situé : 38 rue François Peissel BP 47 69642 CALUIRE ET CUIRE Cedex

Ci-après dénommée : Le Souscripteur

ET

APICIL ASSURANCES

Société Anonyme à directoire et conseil de surveillance au capital de 50 000 000 Euros, entreprise régie par le Code des Assurances, dont le siège social est situé : 38 rue François Peissel - BP 119 - 69646 CALUIRE et CUIRE cedex, RCS 440 839 942 Lyon

Ci-après dénommée : L'Assureur

DEFINITIONS

Le Souscripteur : APICIL UPESE ASSOCIATION, souscripteur du présent contrat au profit de ses membres.

L'Assureur : APICIL ASSURANCES.

L'Adhérent : personne physique ou morale, membre d'APICIL UPESE ASSOCIATION, domiciliée en France métropolitaine, qui adhère au contrat, en accepte toutes les clauses et paye les cotisations d'assurance.

L'Assuré : personne physique, âgée de moins de 65 ans à l'Adhésion, résidant et exerçant son activité professionnelle en France métropolitaine à l'exception de la Corse, sur la tête de laquelle repose l'assurance après acceptation de l'Assureur. Il doit donner son consentement à l'assurance et à la désignation du bénéficiaire.

Tant que l'Adhésion n'est pas acceptée par l'Assureur, il est qualifié de personne proposée à l'assurance.

Personne assurable : APICIL PREVENTIEL⁺ Salariés est réservé aux salariés cadres et non cadres.

Les Assurés sont répartis en cinq catégories professionnelles définies à l'article 10 b) en fonction des conditions d'exercice de leur activité.

La catégorie professionnelle détermine le tarif appliqué.

Le Bénéficiaire : personne physique qui recevra les prestations assurées lors de la réalisation du risque dans les conditions prévues au contrat. Ce terme peut désigner plusieurs personnes.

A défaut d'autre désignation notifiée à l'Assureur par l'Assuré, le bénéficiaire est :

■ En cas de décès de l'Assuré :

- **Pour la garantie décès :** le conjoint de l'Assuré, non divorcé, non séparé judiciairement, à défaut et à parts égales entre eux, les enfants de l'Assuré, vivants ou représentés, à défaut et à parts égales entre eux, les père et mère vivants de l'Assuré, à défaut et à parts égales entre eux, les frères et soeurs, vivants ou représentés de l'Assuré, à défaut, les héritiers de l'Assuré, en proportion de leurs parts héréditaires.

Il est de la responsabilité de l'Assuré d'informer l'Assureur de toute évolution de situation familiale et en cas de changement de désignation de bénéficiaire.

Il est possible pour l'Adhérent de faire à tout moment une désignation particulière, voire de changer de bénéficiaire, par acte sous seing privé (sur papier libre par exemple) envoyé à l'Assureur ou par acte authentique (déposé chez un notaire). Dans ce dernier cas, l'Adhérent devra impérativement informer l'Assureur de l'existence de cet acte et donner les coordonnées dudit notaire.

Attention, la désignation peut faire l'objet d'une acceptation par le bénéficiaire. Cette acceptation, effectuée dans les conditions prévues à l'article L. 132-9 II du code des assurances (dont les dispositions figurent ci-dessous), a pour conséquence le fait de ne plus pouvoir changer de bénéficiaire sans l'accord exprès du bénéficiaire acceptant.

Extrait de l'article L. 132-9 du code des assurances : « Tant que l'assuré et le stipulant sont en vie, l'acceptation est faite par un avenant signé de l'entreprise d'assurance, du stipulant et du bénéficiaire. Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé du stipulant et du bénéficiaire, et n'a alors d'effet à l'égard de l'entreprise d'assurance que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit. (...) »

- **Pour la garantie rente de conjoint :** le conjoint légitime de l'Assuré, non divorcé, non séparé judiciairement, ou le partenaire lié avec l'Assuré par un Pacte Civil de Solidarité.

- **Pour la garantie rente éducation :** les enfants légitimes, reconnus ou adoptés de l'Assuré,

■ **En cas d'Invalidité Absolue et Définitive de l'Assuré :** l'Assuré.

■ **En cas d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente de l'Assuré :** l'Assuré.

Echéance annuelle de l'Adhésion : le 31 décembre de chaque exercice.

Terme de l'Adhésion : date d'expiration de l'Adhésion, elle marque la fin des garanties.

Demande d'Adhésion : document rempli et signé par l'Adhérent et la personne proposée à l'assurance. Il sert de base pour l'établissement du Certificat d'Adhésion.

Certificat d'Adhésion : document, en deux exemplaires, signé par l'Assureur, remis à l'Adhérent et précisant les dispositions particulières de l'Adhésion. Ce document permet à l'Assuré de savoir que le contrat est conclu. Les garanties ne sont acquises qu'à réception par l'Assureur d'un exemplaire signé par l'Adhérent.

Avenant : document, en deux exemplaires, constatant une modification du Certificat d'Adhésion. Il est remis à l'Adhérent et doit être signé par lui, pour marquer l'accord des parties.

Age de l'Assuré : l'âge de l'Assuré pris en compte pour le calcul des cotisations est l'âge atteint à la date d'exigibilité du paiement des cotisations.

Hospitalisation : période correspondant au séjour d'au moins 24 heures, dans un établissement hospitalier à l'exclusion de tout autre lieu de cure ou de convalescence.

Incapacité Temporaire Totale : incapacité de travail médicalement constatée. L'Assuré est dans l'impossibilité temporaire, complète et continue d'exercer l'activité professionnelle mentionnée au Certificat d'Adhésion. **Il doit en outre être dans l'impossibilité de gérer ses affaires professionnelles, qu'il s'agisse d'une activité effective ou limitée à la direction ou à la surveillance.**

Aucune prestation n'est due en cas d'incapacité temporaire partielle.

Invalidité Permanente : état de la personne qui, par suite d'accident ou de maladie, subit de manière définitive, une réduction de ses capacités de travail, reconnue par son régime obligatoire ou à défaut par le médecin conseil de l'Assureur.

Période d'attente : période pendant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'Adhésion figurant sur le Certificat d'Adhésion. **Toutes affections ou maladies ainsi que leurs suites et conséquences, survenant pendant cette période sont définitivement exclues des garanties.**

Franchise : période, figurant sur le Certificat d'Adhésion, pendant laquelle les prestations ne sont pas dues. Le point de départ de cette période est la date d'arrêt de travail. Seuls les jours d'incapacité de travail au-delà de la période de franchise donneront lieu à indemnisation.

Non fumeur : est considéré comme non fumeur, toute personne ayant certifié qu'elle n'a pas fumé au cours des 36 mois précédant la date de l'adhésion, et pour autant qu'elle n'ait pas arrêté de fumer à la demande expresse du corps médical.

Rechute : nouvelle manifestation d'une maladie ayant donné lieu à une indemnisation. En cas de rechute dans les deux mois suivant la reprise d'activité, aucun délai de franchise n'est appliqué.

Invalidité Absolue et Définitive : l'Assuré est considéré comme étant en état d'Invalidité Absolue et Définitive si, avant son 60ème anniversaire il

est reconnu, par son Régime Obligatoire ou à défaut, suite à expertise par le médecin conseil de l'Assureur, définitivement incapable de se livrer à la moindre occupation ni au moindre travail lui procurant gain ou profit, et doit avoir recours pour les actes ordinaires de la vie à l'assistance constante d'une tierce personne.

Cette définition répond aux critères de la sécurité sociale caractérisant les cas d'invalidité de 3^{ème} catégorie avec assistance constante d'une tierce personne.

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.

Il est précisé que les affections vasculaires, cérébrales ou cardiaques, les affections coronariennes, l'infarctus du myocarde ne sont pas considérés comme des accidents. Il en est de même pour une noyade.

Article 1 - OBJET DU CONTRAT

APICIL PREVENTIEL⁺ Salariés est un contrat de prévoyance, à adhésion facultative, souscrit par le Souscripteur auprès de l'Assureur.

Il a pour objet de garantir, en cas de Décès, d'Invalidité Absolue et Définitive, d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité Permanente de travail de l'Assuré, suite à une maladie ou un accident, le versement au Bénéficiaire désigné des prestations prévues sur le Certificat d'Adhésion.

Article 2 - MODIFICATION DU CONTRAT

APICIL PREVENTIEL⁺ Salariés peut faire l'objet de modifications le 1^{er} janvier de chaque exercice par accord entre l'Assureur et le Souscripteur. Dans ce cas, le Souscripteur devra informer par écrit les Adhérents de ces modifications apportées à leurs droits et obligations, et cela, 3 mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur. Si l'Adhérent ou l'Assuré n'accepte pas ces modifications, il peut dénoncer son contrat dans les 3 mois suivant la notification des modifications.

Le paiement de la nouvelle cotisation de l'exercice de mise en application des modifications vaut acceptation de celles ci.

Article 3 - BASES JURIDIQUES

Le contrat est régi par le Code des Assurances. Les déclarations de l'Adhérent et de l'Assuré servent de base au présent contrat d'assurance. Conformément à l'article L 113-8 du Code des Assurances, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'Assuré a été sans influence sur le sinistre.

Article 4 – GARANTIE DECES – INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE – DOUBLE EFFET PAR MALADIE

4.1 Garantie en cas de décès de l'assuré

a) Garantie décès

En cas de décès de l'Assuré postérieur à la date d'effet figurant sur le Certificat d'Adhésion et au plus tard avant l'échéance annuelle de l'adhésion qui suit le 66^{ème} anniversaire de l'Assuré, l'Assureur verse au bénéficiaire désigné par l'Assuré pour la garantie décès, le capital dont le montant est indiqué sur le Certificat d'Adhésion. Le paiement du capital met fin à l'adhésion.

b) Niveaux des prestations garanties

L'Adhérent peut choisir le montant du capital garanti en cas de décès par suite de maladie, parmi 60 niveaux de 10 000 euros à 600 000 euros, par tranche de 10 000 euros.

c) Décès du conjoint d'un assuré prédécédé : double effet

Si, simultanément ou après le décès de l'assuré, son conjoint décède à son tour avant l'âge de 60 ans en ayant un ou plusieurs enfants à charge, ces derniers se partagent un capital égal au capital décès initial par maladie.

d) Etendue territoriale

La garantie décès produit ses effets dans le monde entier.

4.2 Garantie en cas d'invalidité absolue et définitive de l'assuré

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive de l'Assuré, constatée après la date d'effet figurant sur le Certificat d'Adhésion et au plus tard avant son 60^{ème} anniversaire, l'Assureur paie à l'Assuré le capital prévu en cas de décès par maladie.

Etendue territoriale : La garantie Invalidité Absolue et Définitive ne

produit ses effets qu'à la date de constatation de l'état d'Invalidité Absolue et Définitive de l'Assuré, par le médecin conseil de l'Assureur, en France métropolitaine, quel que soit le lieu du sinistre à l'origine de cet état.

L'Assureur règle le capital aussitôt après la consolidation de l'état d'Invalidité Absolue et Définitive, c'est à dire à partir du jour où, l'état de l'Assuré s'étant stabilisé, la preuve de l'Invalidité Absolue et Définitive a été apportée. La preuve peut se faire par la production de la notification de la sécurité sociale ou de toute pièce justifiant de l'état de l'Assuré, et en particulier un certificat médical. La reconnaissance de l'état d'Invalidité Absolue et Définitive reste cependant soumise à l'appréciation du médecin conseil de l'Assureur.

Les cotisations cessent d'être dues à la date du paiement du capital qui met fin à l'adhésion dans tous ses effets.

Article 5 - Garantie OPTIONNELLE : DECES par ACCIDENT

Cette garantie ne peut être souscrite qu'en complément de la garantie décès définie à l'article 4.

a) Garantie décès par accident

Si l'adhérent a souscrit à la garantie DECES ACCIDENTEL :

En cas de décès par accident de l'Assuré, postérieur à la date d'effet figurant sur le Certificat d'Adhésion et au plus tard avant l'échéance annuelle de l'adhésion qui suit le 66^{ème} anniversaire de l'Assuré, l'Assureur verse au bénéficiaire désigné par l'Assuré pour la garantie décès, un capital supplémentaire égal à celui du décès par maladie.

Etendue territoriale :

La garantie décès accidentel produit ses effets dans le monde entier.

b) Garantie Invalidité Absolue et Définitive par accident

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive par accident de l'assuré survenant avant 60 ans, le capital décès supplémentaire par accident est versé par anticipation à l'assuré.

Etendue territoriale : La garantie Invalidité Absolue et Définitive par accident ne produit ses effets qu'à la date de constatation de l'état d'Invalidité Absolue et Définitive de l'Assuré, par le médecin conseil de l'Assureur, en France métropolitaine, quel que soit le lieu du sinistre à l'origine de cet état.

L'Assureur règle le capital aussitôt après la consolidation de l'état d'Invalidité Absolue et Définitive, c'est à dire à partir du jour où, l'état de l'Assuré s'étant stabilisé, la preuve de l'Invalidité Absolue et Définitive a été apportée. La preuve peut se faire par la production de la notification de la Sécurité Sociale ou de toute pièce justifiant de l'état de l'Assuré, et en particulier un certificat médical. La reconnaissance de l'état d'Invalidité Absolue et Définitive reste cependant soumise à l'appréciation du médecin conseil de l'Assureur.

Le paiement du capital met fin à l'adhésion.

Cette garantie DECES PAR ACCIDENT ne concerne pas le double effet.

Article 6 - GARANTIE RENTE VIAGERE DE CONJOINT

Cette garantie peut être souscrite seule.

a) Garantie décès

En cas de décès de l'Assuré après la date d'effet figurant sur le Certificat d'Adhésion, et au plus tard avant l'échéance annuelle de l'Adhésion qui suit le 66^{ème} anniversaire de l'Assuré, l'Assureur verse au Bénéficiaire désigné par l'Assuré pour la garantie Rente de Conjoint, une rente mensuelle dont le niveau est indiqué sur le Certificat d'Adhésion.

Cette rente viagère est versée à terme échu.

Pour l'application de ce texte, le pacsé et le concubin sont assimilés au conjoint.

b) Niveaux des prestations garanties

L'Adhérent peut choisir entre 10 niveaux de prestations, multiples de la garantie de base suivante : 150 € par mois.

c) Garantie Invalidité Absolue et Définitive

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive de l'Assuré constatée après la date d'effet figurant sur le Certificat d'Adhésion et au plus tard avant son 60^{ème} anniversaire, l'Assureur paie à l'Assuré la Rente Viagère de Conjoint prévue en cas de décès, dont le montant correspond au niveau qui figure sur le Certificat d'Adhésion.

L'Assureur règle les prestations aussitôt après la consolidation de l'état d'Invalidité Absolue et Définitive, c'est à dire à partir du jour où, l'état de l'Assuré s'étant stabilisé, la preuve de l'Invalidité Absolue et Définitive a été apportée. La preuve peut se faire par la production de la notification de la sécurité sociale ou de toute pièce justifiant de l'état de l'Assuré, et en particulier un certificat médical.

La reconnaissance de l'état d'Invalidité Absolue et Définitive reste cependant soumise à l'appréciation du médecin conseil de l'Assureur.

d) Conditions d'âge

Le tarif standard s'applique lorsque l'âge de l'Assuré ne dépasse pas de plus de 10 ans l'âge du Bénéficiaire. Au delà de 10 ans, le tarif est majoré de 10 %, au delà de 15 ans, le tarif est majoré de 20 %.

La garantie ne peut pas être souscrite si la différence d'âge est supérieure à 20 ans.

e) Etendue territoriale

La garantie Décès produit ses effets dans le monde entier.

La garantie Invalidité Absolue et Définitive ne produit ses effets qu'à la date de constatation de l'état d'Invalidité Absolue et Définitive de l'Assuré, par le médecin conseil de l'Assureur, en France métropolitaine, quel que soit le lieu du sinistre à l'origine de cet état.

Article 7 - GARANTIE RENTE EDUCATION

a) Garantie décès

En cas de décès de l'Assuré après la date d'effet figurant sur le Certificat d'Adhésion, et au plus tard avant l'échéance annuelle de l'Adhésion qui suit le 66^{ème} anniversaire de l'Assuré, l'Assureur verse à chaque enfant bénéficiaire désigné sur la Demande d'Adhésion, une Rente d'éducation mensuelle dont le montant est indiqué sur le Certificat d'Adhésion.

Cette rente est payable jusqu'au 18^{ème} anniversaire de l'enfant. Elle est prorogée, tant que l'enfant poursuit ses études et au plus tard jusqu'au 26^{ème} anniversaire.

Le montant de la rente n'évolue pas avec l'âge de l'enfant.

La prestation globale servie représente au minimum l'équivalent de cinq années de prestations garanties.

Au delà de trois enfants bénéficiaires garantis :

Le montant maximum de cotisation payée est celui calculé sur la base de trois enfants, le montant maximum de rente servie est celui défini pour trois enfants et réparti également entre les enfants, s'ils sont plus de trois.

b) Niveaux des prestations garanties

L'Adhérent peut choisir entre 10 niveaux de prestations multiples de la garantie de base suivante : 100 € par mois.

L'adhérent doit choisir le même niveau de garanties pour chacun de ses enfants. Au delà de trois enfants, le montant maximal choisi sera réparti également entre tous les enfants garantis.

c) Garantie Invalidité Absolue et Définitive

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive de l'Assuré constatée après la date d'effet figurant sur le Certificat d'Adhésion et au plus tard avant son 60^{ème} anniversaire, l'Assureur paie à l'Assuré la ou les rentes éducation prévues en cas de décès.

L'Assureur règle les prestations aussitôt après la consolidation de l'état d'Invalidité Absolue et Définitive, c'est à dire à partir du jour où, l'état de l'Assuré s'étant stabilisé, la preuve de l'Invalidité Absolue et Définitive a été apportée. La preuve peut se faire par la production de la notification de la sécurité sociale ou de toute pièce justifiant de l'état de l'Assuré, et en particulier un certificat médical. La reconnaissance de l'état d'Invalidité Absolue et Définitive reste cependant soumise à l'appréciation du médecin conseil de l'Assureur.

d) Etendue territoriale

La garantie Décès produit ses effets dans le monde entier.

La garantie Invalidité Absolue et Définitive ne produit ses effets qu'à la date de constatation de l'état d'Invalidité Absolue et Définitive de l'Assuré, par le médecin conseil de l'Assureur, en France métropolitaine, quel que soit le lieu du sinistre à l'origine de cet état.

Article 8 - GARANTIE INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE et INVALIDITE PERMANENTE

Ces garanties ne peuvent être souscrites qu'en complément d'une au moins des garanties Rente Viagère de Conjoint ou Décès en capital selon la règle suivante : le total des niveaux de garantie décès à souscrire (hors décès accidentel) doit être au moins égal à la moitié des niveaux des garanties arrêt de travail retenues.

8.1 Garantie incapacite temporaire totale

a) Indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale de travail
En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'Assuré constatée après la date d'effet figurant sur le Certificat d'Adhésion et au plus tard avant son 66^{ème} anniversaire, l'Assureur verse à l'Assuré, les indemnités journalières dont le niveau est indiqué sur le Certificat d'Adhésion, après expiration du délai de franchise et sous réserve de l'application des périodes d'attente définies à l'article 9-2-a.

Les indemnités journalières sont versées tant que dure l'Incapacité Temporaire Totale de travail et au plus tard jusqu'au terme de la période maximale d'indemnisation choisie par l'Assuré pour cette garantie, ou jusqu'à son 66^{ème} anniversaire si celui-ci intervient pendant la période d'indemnisation, ou jusqu'à la date de la reconnaissance de l'état d'invalidité si elle est antérieure au 66^{ème} anniversaire.

Aucune prestation n'est due en cas d'incapacité temporaire partielle.

En cas de résiliation de la présente Convention, les indemnités journalières sont servies jusqu'à leur terme.

b) Niveaux des prestations garanties

L'Adhérent peut choisir entre 31 niveaux de prestations multiples de la garantie de base suivante : 10 € par jour.

c) Délai de franchise

Les indemnités journalières sont versées après expiration du délai de franchise choisi par l'assuré.

L'Assuré a le choix entre les Franchises suivantes :

Franchise absolue de 15 jours, 30 jours, 90 jours, ou 365 jours en cas de maladie, d'Accident, ou d'hospitalisation.

Les Franchises 15 jours, 30 jours et 90 jours peuvent être ramenées à une durée de 3 jours en cas d'accident ou dans le cas d'une hospitalisation d'une durée supérieure à 3 jours, moyennant une cotisation supplémentaire.

d) Durée de versement des indemnités journalières

La durée de versement des prestations est comprise entre le terme de la franchise choisi par l'Assuré et la durée maximum de versement des indemnités journalières, qui est de 1095 jours suivant le début de l'arrêt de travail.

8.2 Garantie invalidite permanente

a) Rente d'invalidité

L'Adhérent souscrit la garantie Invalidité Permanente en optant pour une garantie Incapacité Temporaire Totale avec durée maximale de versement des indemnités journalières jusqu'au 1095^{ème} jour suivant le début de l'arrêt de travail.

Ainsi, en cas d'Invalidité Permanente reconnue par le médecin conseil de l'Assureur, supérieure ou égale à 33 %, l'Assureur verse à l'Assuré une rente mensuelle au plus tard jusqu'à son 66^{ème} anniversaire ou jusqu'à la date de versement d'une pension de retraite par un régime légal.

b) Niveaux des prestations garanties

La Rente d'Invalidité annuelle est calculée sur la base de 300 fois l'indemnité journalière souscrite.

c) Versement des prestations garanties

- La rente d'invalidité est versée mensuellement à terme échu.
- La rente est versée en totalité lorsque le taux d'invalidité est d'au moins 66 %.
- Lorsque le taux d'invalidité est d'au moins 33 % mais inférieur à 66 %, la rente est versée dans le rapport du taux d'invalidité (N) constaté à 66 %, soit N/66 %.
- Lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 33%, aucune rente n'est due.

Le taux d'invalidité constaté est égal à la moyenne arithmétique du taux d'incapacité fonctionnelle et du taux d'incapacité professionnelle. Pour être pris en considération, les taux fonctionnel ou professionnel devront être au minimum de 20 %.

- L'incapacité fonctionnelle est déterminée à partir du «barème des accidents du travail» de la sécurité sociale,
- L'incapacité professionnelle est déterminée, par accord ou arbitrage, en tenant compte de la répercussion de l'incapacité fonctionnelle sur l'activité professionnelle, des conditions d'exercice antérieures, et des possibilités restantes d'exercice de l'activité.

Le taux d'invalidité des cadres médecins, chirurgiens-dentistes ou vétérinaires est fixé en ne prenant en considération que l'incapacité professionnelle.

En cas de résiliation de la présente convention, les rentes d'invalidité en cours sont servies jusqu'à leur terme.

8.3 Exonération des cotisations en cas d'arrêt de travail

A l'issue d'une période de 90 jours d'arrêt de travail, les prestations Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente s'accompagnent de l'exonération, prorata temporis, de la cotisation de cette garantie.

8.4 Etendue territoriale

La garantie Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente de travail ne produit ses effets qu'à la date de constatation de l'état d'incapacité de l'Assuré par un médecin ou par le médecin conseil de l'Assureur, en France métropolitaine, quel que soit le lieu du sinistre à l'origine de cet état.

Article 9 - EXCLUSIONS ET LIMITATIONS

9-1 Risques exclus

a) Sont exclus de la GARANTIE DECES :

- Le suicide conscient ou inconscient survenu dans la première année d'assurance ou dans l'année suivant une éventuelle remise en vigueur de l'adhésion ou une éventuelle augmentation du capital assuré. Dans ce dernier cas, seule la fraction du capital correspondant à l'augmentation est visée.
- La guerre, déclarée ou non, quelle que soit la forme qu'elle prend (invasion, guerre civile ou étrangère, insurrection, mutinerie, soulèvement militaire ...),
- Les sinistres résultant de la fission ou fusion nucléaire ou de la radioactivité, ainsi que leurs conséquences directes ou indirectes,
- Le risque de navigation aérienne : l'accident survenu au cours de vols de compétition ou d'essai, de raids, de matches ou d'acrobaties aériennes est exclu.

En dehors de ces cas, le décès résultant d'un accident de la navigation aérienne donne lieu à garantie, si l'Assuré se trouvait à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé et une licence non périmée, ce pilote ne pouvant être l'Assuré lui-même.

b) Garanties DECES ACCIDENTEL et garantie INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE :

Le doublement du capital versé en cas de décès accidentel et la garantie en cas d'Invalidité Absolue et Définitive sont soumis aux mêmes exclusions que la garantie Décès et aux exclusions suivantes :

- Toute tentative consciente ou inconsciente de suicide,
- Tout fait intentionnel de l'Assuré ou d'un bénéficiaire (mutilation volontaire, par exemple),
- Tout acte médical non justifié par l'état de santé de l'Assuré (chirurgie esthétique, traitement de rajeunissement, par exemple),
- Les conséquences et séquelles d'accident ou de maladie dont la première constatation est antérieure à l'adhésion et dont l'exclusion a été notifiée expressément à l'Assuré ou non déclarées à l'adhésion,
- La manipulation d'explosifs,
- L'alcoolémie de l'Assuré, ou l'ivresse manifeste de l'Assuré lorsque le taux d'alcool dans le sang est égal ou supérieur au taux légal prévu en matière de circulation routière,
- Les affections qui sont la conséquence d'un comportement d'intoxication éthylique chronique,
- L'usage par l'Assuré de drogues, de stupéfiants ou produits toxiques non prescrits médicalement ou consommés au delà des doses prescrites,
- La participation de l'Assuré à des rixes, émeutes ou mouvements populaires, crimes, actes de terrorisme ou de sabotage,
- Les cataclysmes,
- La pratique par l'Assuré d'un sport quelconque à titre professionnel ou à titre d'amateur avec compétitions ou concours au niveau national ou international, y compris pendant les périodes d'entraînement,
- La participation de l'Assuré, en qualité de conducteur ou de passager, à des compétitions de toute nature avec usage de véhicules quelconques, à leurs essais ou entraînements préparatoires,
- La pratique par l'Assuré d'une activité à risques : alpinisme (escalade ou varappe), ski hors piste, ski acrobatique, bobsleigh, toutes formes de boxes, catch, plongée sous-marine, spéléologie, rafting, canyoning ou de sports aériens dangereux : deltaplane, ULM, parachutisme, parapente, aile volante, aérostat, tout sport aérien nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur, kitesurf, vol à voile et saut en élastique,
- Les exhibitions, tentatives de records, paris,
- Les troubles, ainsi que leurs conséquences et séquelles, d'origine psychique, y compris dépressions nerveuses, syndrome anxio-dépressif, surmenage, surmenage professionnel, « fatigue »,

asthénie, névrose d'où syndrome névrotique, psychose d'où syndrome psychotique, sauf pendant la période d'hospitalisation en établissement spécialisé.

Cependant, les garanties s'exercent sur les conséquences des infirmités existant au moment de l'adhésion et des affections ayant fait l'objet d'une constatation ou d'une intervention médicale avant l'adhésion, à la condition toutefois :

- que ces affections aient été déclarées au questionnaire de santé,
- et qu'elles n'aient pas fait l'objet d'une exclusion notifiée à l'Assuré par tout moyen.

c) Garantie INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE ET INVALIDITE PERMANENTE :

Les exclusions mentionnées aux articles 9-1 a et 9-1 b s'appliquent à cette garantie ainsi que les exclusions suivantes :

- Les cures de toute nature, mêmes prescrites médicalement, notamment cures thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication, même effectuées en établissements hospitaliers, ainsi que les séjours en maisons de repos.

9-2 LIMITATIONS PARTICULIERES

a) Période d'attente applicable aux garanties en cas d'incapacité ou d'invalidité

Les maladies survenant dans les 90 jours suivant la date d'effet de l'adhésion ainsi que leurs suites et conséquences éventuelles ne donnent pas lieu à indemnisation.

La période d'attente est portée à 360 jours pour toute affection liée à une maladie mentale ou un trouble de la personnalité.

Après acceptation médicale du dossier d'adhésion, les Périodes d'attente peuvent être abrogées lorsque l'adhésion au contrat APICIL PREVENTIEL + Salariés remplace, sans interruption dans le temps, un contrat de même nature et de même montant précédemment souscrit par l'Assuré. Dans ce cas, cette mention sera confirmée par écrit.

b) Etats antérieurs

Les garanties s'exercent sur les conséquences des affections ou infirmités :

- dont la première manifestation intervient après expiration de la Période d'attente pour les affections soumises à ce délai,
- existant au moment de l'adhésion ou survenues précédemment à l'adhésion, sous réserve qu'elles aient été déclarées sur le questionnaire médical ou sur le rapport médical d'adhésion et qu'elles n'aient pas fait l'objet d'une exclusion mentionnée sur le Certificat d'Adhésion.

c) Activités sportives

La pratique de certains sports ou activités à risques spécifiques non visés précédemment à l'article 9-1 « risques exclus » pourra, après acceptation par l'Assureur, faire l'objet d'un aménagement des garanties précisé sur le Certificat d'Adhésion.

d) Affections disco vertébrales

Toutes les pathologies disco vertébrales sont assimilées à une maladie et indemnisées comme telles.

e) Limitation des indemnités au salaire net

Le total de la rémunération perçue de l'employeur, des prestations versées par la sécurité sociale, par les Assedic et des prestations complémentaires servies par l'ensemble des organismes assureurs ne peut excéder le salaire de base ayant servi au calcul des indemnités complémentaires.

S'il n'en était pas ainsi, ces dernières seraient alors réduites à due concurrence.

Article 10 - ADMISSION - RADIATION

a) Conditions d'admission

La personne proposée à l'assurance doit, lors de l'adhésion, être âgée au minimum de 18 ans et de moins de 65 ans.

Lors de l'adhésion, l'Adhérent et la personne proposée à l'assurance devront :

- remplir et signer une Demande d'Adhésion.
- répondre aux questions complémentaires éventuellement posées par l'Assureur.

La personne proposée à l'assurance devra :

- remplir et signer le questionnaire médical inclus dans la Demande d'Adhésion,

- fournir les pièces médicales réclamées,
- remplir le cas échéant la déclaration sur l'honneur pour les non-fumeurs.

La souscription des garanties applicables en cas d'arrêt de travail est réservée aux Assurés exerçant effectivement une activité professionnelle à plein temps.

L'Assureur se réserve la possibilité, au vu des résultats des examens médicaux, de limiter ou de refuser l'assurance des personnes qui lui paraîtraient constituer un risque aggravé, sans avoir à justifier sa décision.

L'Assureur pourra aussi proposer une surprime en cas de risque aggravé pour des raisons médicales ou en raison de pratique par l'Assuré de certains sports ou activités à risques (conformément à l'article 9-2-c).

Dans tous les cas, l'acceptation d'une Demande d'Adhésion par l'Assureur donnera lieu à l'émission d'un Certificat d'Adhésion, en deux exemplaires. Les garanties ne sont acquises qu'à réception par l'Assureur, d'un exemplaire signé par l'Adhérent et après paiement de la première cotisation sous réserve de son encaissement.

Si l'acceptation d'une personne proposée à l'assurance rend nécessaire une limitation de la garantie ou une surprime, l'Assureur adressera à l'Adhérent une contre proposition lui indiquant les restrictions de garantie ou la surprime. Cette lettre devra être retournée, datée et signée, dans un délai de trente jours pour marquer l'accord définitif des parties. En cas d'accord, le Certificat d'Adhésion fera apparaître la surprime ou l'existence de réserves, lesquelles s'ajouteront aux Conditions Générales du présent contrat.

En cas de refus d'acceptation par l'Assureur, celui-ci sera notifié à l'Adhérent par un courrier recommandé.

b) Catégories professionnelles

Les Adhérents sont répartis en cinq groupes pour tenir compte du niveau de risque correspondant à leur activité professionnelle :

CP 1 : Cadres Professions médicales et de l'expertise

Professions médicales concernées (liste non exhaustive) :

Anesthésistes, Cardiologue, Chirurgien, Chirurgien dentiste, Gynécologue, Médecin généraliste, Ophtalmologue, Oto-rhino-laryngologiste (ORL), Orthodontiste, Pédiatre, Psychiatre, Radiologue, Sage-femme, Vétérinaire...

Professions de l'expertise concernées (liste exhaustive) :

Analyste financier, Auditeur financier, Avocat, Avoué, Conseil en gestion de patrimoine, Commissaire aux comptes, Commissaire priseur, Courtier en assurances, Expert comptable, Greffier, Huissier de justice, Informaticien, Ingénieur, Interprète, Juriste, Liquidateur judiciaire, Magistrat, Mandataire de justice, Notaire, Traducteur.

CP 2 : Cadres Professions Paramédicales

Professions concernées (liste non exhaustive) : Biologiste, Diététicien, Infirmier, Masseur kinésithérapeute, Opticien, Orthophoniste, Orthoptiste, Ostéopathe, Pédiacre, Pharmacien, Podologue, Prothésiste, Psychologue, Psychomotricien...

CP 3 : Autres Cadres (hors Médicales, Expertises et Paramédicales)

Professions concernées (liste non exhaustive) : Administrateur de biens, Agent de change, Agent immobilier, Architecte, Bailleur, Conseil en brevet d'invention, Consultant marketing, Courtier en publicité, Courtier maritime, Dessinateur, Enseignant, Expert agricole et foncier, Expert automobile, Généalogiste, Géomètre, Graphiste, Graphologue, Louageur, Publiciste, Maître d'œuvre, Mètreur...

CP 4 : Non cadres sans risques professionnels exerçant une profession ne comportant pas de travail manuel ou un travail manuel occasionnel peu important et non dangereux :

Professions concernées (liste non exhaustive) : Antiquaire, Boucher, Boulanger, Brocanteur, Buraliste, Charcutier, Coiffeur, Cordonnier, Couturier(e), Créateur (mode), Décorateur, Disquaire, Droguiste, Encadreur, Epicier, Esthéticienne, Fleuriste, Imprimeur, Libraire, Maroquinier, Pâtissier, Paysagiste, Pépiniériste, Photographe, Poissonnier, Pressing, Styliste, Teinturier, Toiletteur canin...

CP 5 : Non Cadres à risques professionnels exerçant une profession comportant des déplacements fréquents et/ou un travail manuel important avec utilisation d'outillage et/ou manipulation de marchandises dangereuses.

Professions concernées (liste non exhaustive) : Agent commercial, Agriculteur, Affûteur, Agent d'entretien, Ajusteur, Ambulancier, Autocariste, Bijoutier, Briquetier, Carreleur, Carrossier, Casseur automobile,

Cafetier, Céramiste, Charpentier, Charron, Chaudronnier, Chauffagiste, Chauffeur routier, Conducteur d'engin, Couvreur, Cuisinier, Déménageur, Démolisseur, Ebéniste, Electricien, Eleveur de chevaux, Entraîneur de chevaux, Entrepreneur du bâtiment, Horloger, Ferronnier, Forgeron, Fraiseur, Frigoriste, Fumiste, Garagiste avec travail manuel, Grutier, Hôtelier, Installateur électrique, Journaliste, Livreur, Maçon, Magasinier, Manutentionnaire, Maquignon, Maraîcher, Marbrier, Mécanicien, Menuisier, Menuisier-métallicien et alu, Meunier, Minotier, Miroitier, Moniteur auto-école, Monteur d'ascenseur, Monteur électricien, Motoriste, Ostréiculteur, Ouvrier agricole, Peintre en bâtiment, Plâtrier, Plombier zingueur, Poseur d'antenne TV, Ramoneur, Ravaleur, Reporter, Restaurateur, Restaurateur de meuble d'art, Scieur, Serrurier, Soudeur, Souffleur de verre, Tailleur de pierre, Taxi, Terrassier, Tôlier, Transporteur routier, Travaux de terrassements et aménagements divers, Verrier, Viticulteur, Vitrier, VRP...

Si la profession exercée ne figure pas parmi les exemples, il convient de contacter votre conseiller.

A la souscription, l'Assureur indique à chaque Adhérent la catégorie professionnelle dont il relève.

c) Limitations particulières :

Les professions ou activités très dangereuses, particulières ou à risques, sont exclues du champ d'application de la convention, notamment :

Les guides de montagne, explorateurs - ethnologues, les personnes qui travaillent en haute montagne, qui manipulent des explosifs, artificiers, marins pêcheurs, personnel d'usine d'armements, laveurs de carreaux sur échafaudages, dockers, sapeurs pompiers y compris bénévoles, puisatiers, mineurs de fonds et travaux souterrains ou sous-marins, travail sur plateforme off shore, ouvrages d'art et de BTP d'une hauteur supérieure à 15 mètres, les personnes qui sont chargées du maintien de l'ordre, de surveillance, de sécurité, les convoyeurs de fonds, bûcherons, exploitants forestiers, les sportifs professionnels, moniteurs de ski, professeurs de sport, les personnes exerçant des emplois saisonniers, professionnels du cirque, du spectacle, intermittents du spectacle, artistes de music-hall ou de variétés, artistes peintre, écrivains, détectives, marchands forains, voyance, les femmes de ménage et les employés de maisons.

Sont aussi exclues les personnes sans domicile fixe.

Les personnes sans activité professionnelle (chômeurs) ou ne travaillant pas à temps complet, ne peuvent souscrire des garanties applicables en cas d'arrêt de travail.

d) Date d'effet - renouvellement de l'adhésion

L'adhésion prend effet pour chaque Assuré à la date indiquée sur le Certificat d'Adhésion et au plus tôt le lendemain de la date de réception de la Demande d'Adhésion par l'Assureur ou à la date d'acceptation médicale par l'Assureur.

Cependant, les garanties ne sont acquises qu'à réception par l'Assureur du Certificat d'Adhésion signé par l'Adhérent et après paiement de la première cotisation sous réserve de son encaissement.

L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours. Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction, pour un an, à chaque échéance annuelle.

e) Modification du risque

L'Adhérent qui bénéficie de garanties autres que celles prévues en cas de décès doit avertir l'Assureur 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 différentes de celles signalées à la souscription.

Le changement de profession ou d'occupation entraîne le classement de l'Adhérent dans le groupe professionnel correspondant à sa nouvelle activité, et l'application du tarif propre à ce groupe.

Une activité sportive aggravante pourra entraîner, le cas échéant, un aménagement ou une limitation des garanties.

L'assuré a l'obligation de déclarer s'il se met ou se remet à fumer en cours de contrat. Il y aura alors application des tarifs fumeurs lors du prochain paiement des cotisations.

f) Modification des garanties

L'Adhérent peut demander l'augmentation du niveau de ses garanties, une fois au cours de l'année, par lettre recommandée, avec un préavis de 2 mois, sous réserve d'acceptation par l'Assureur.

Pour une demande de diminution des garanties, sauf si cette diminution

fait suite à un changement de profession ou de conditions d'exercice de sa profession, celle-ci doit se faire par un courrier recommandé, avec un préavis de 2 mois, pour une date d'effet au 1er janvier uniquement.

Dans le cas d'une demande d'augmentation des prestations, l'assuré doit remplir une nouvelle Demande d'Adhésion et un questionnaire de santé et se soumettre aux éventuelles formalités médicales demandées par l'Assureur.

Il devra en outre justifier cette augmentation pour la garantie Incapacité Invalidité.

Toute modification de garanties donne lieu à l'émission d'un nouveau Certificat d'Adhésion.

Article 11 - RENONCIATION

Dans tous les cas où il n'a pas fait l'objet d'un démarchage à domicile, l'Adhérent dispose d'un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception du Certificat d'Adhésion pour renoncer à l'assurance, par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception à l'Assureur, conformément au modèle figurant dans la Demande d'Adhésion.

L'exercice de cette faculté entraîne la restitution par l'Assureur de l'intégralité des sommes versées par l'Adhérent, dans un délai de 30 jours calendaires révolus à partir de la réception de la lettre recommandée.

Toutes les garanties cessent dès réception de la lettre de demande de renonciation.

Article 12 - RESILIATION

L'adhésion prend fin :

- A l'échéance annuelle de l'adhésion qui suit le 66ème anniversaire de l'Assuré.
- En cas de résiliation par l'Adhérent, au 31 décembre d'un exercice, sous réserve que la demande ait été faite par lettre recommandée avec un préavis de deux mois.
- En cas de résiliation par l'Assureur, dans un délai de deux ans suivant l'adhésion au présent contrat, avec un préavis de deux mois.
- En cas de non paiement de la cotisation.

A défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours suivant son échéance, l'Adhérent sera informé, par lettre recommandée adressée à son dernier domicile connu, que le défaut de paiement de cotisations ou fractions de cotisation échues entraînera la résiliation de l'adhésion 40 jours après l'envoi de la lettre recommandée, à moins que les cotisations dues n'aient été versées entre-temps.

En cas de décès ou de constatation de l'Invalidité Absolue et Définitive de l'Assuré survenant alors qu'il y a défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation ou pendant le délai de 40 jours après l'envoi de la lettre recommandée, le capital versé par l'Assureur sera diminué du montant des cotisations arriérées.

A la demande de l'Adhérent, l'adhésion résiliée pourra être remise en vigueur dans les 60 jours qui suivent la résiliation, sous réserve du paiement des cotisations arriérées, de la production de résultats d'examen médicaux de l'Assuré jugés satisfaisants par l'Assureur et du paiement des cotisations échues et à échoir. Le coût des examens médicaux sera à la charge de l'Adhérent. **L'Assureur prendra expressément position sur la remise en vigueur et un avenant sera délivré.**

Article 13 - CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent de produire leurs effets :

- Au 60ème anniversaire de l'assuré pour les garanties Invalidité et Invalidité Absolue et Définitive,
- Au 66ème anniversaire de l'assuré pour la garantie Incapacité,
- A l'échéance annuelle de l'adhésion qui suit le 66ème anniversaire de l'Assuré pour la garantie décès,
- En cas de non-paiement des cotisations,
- En cas de résiliation de l'adhésion notifié par lettre recommandée deux mois avant la date de l'échéance annuelle fixée au 1er janvier de chaque année,
- En cas d'omission ou d'inexactitude dans les déclarations à la souscription ou en cours de contrat, conformément aux dispositions des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances.

Article 14 - COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance selon la périodicité choisie par l'Adhérent - annuelle, semestrielle, trimestrielle ou mensuelle. Le prélèvement automatique est obligatoire si l'Adhérent opte pour un

paiement mensuel.

L'encaissement de la première cotisation ne préjuge pas de la position ultérieure de l'Assureur qui se réserve la possibilité de limiter ou de refuser l'assurance des personnes qui lui paraîtraient constituer un risque aggravé. En cas de refus d'assurance, la partie de cotisation éventuellement encaissée sera intégralement remboursée.

Les cotisations sont calculées en tenant compte de l'âge de l'Assuré à la date d'exigibilité du paiement de la cotisation, du montant des garanties souscrites et du tarif en vigueur à cette date.

Le tarif peut évoluer annuellement en fonction des résultats du contrat et de l'évolution de la mortalité de la population assurée.

Article 15 - CHANGEMENT DE DOMICILE

Pour tout changement de domicile, en France ou hors de France, l'Adhérent devra, par lettre recommandée avec avis de réception, informer l'Assureur de son changement d'adresse pour y recevoir toutes communications. A défaut, les lettres recommandées adressées à son dernier domicile connu produiront tous leurs effets.

Article 16 - REGLEMENT DES PRESTATIONS ASSUREES

Les sommes dues par l'Assureur sont payables dans les 30 jours qui suivent la réception par l'Assureur :

- du Certificat d'Adhésion
- des avenants éventuels,
- de la copie du livret de famille de chaque bénéficiaire, auxquels s'ajoutent :

En cas de Décès :

- une déclaration de sinistre,
- un acte de naissance du décédé,
- un extrait d'acte de décès,
- un certificat de notoriété ou un acte de notaire,
- les justificatifs de paiement des prestations en espèce de la sécurité sociale,
- une copie du livret de famille tenu à jour,
- les justificatifs des personnes « à charge »,
- un certificat médical indiquant la nature de l'affection ayant entraîné le décès,
- le cas échéant, la preuve que le décès est accidentel (P.V. de gendarmerie par exemple)

Pour la Rente de Conjoint :

- L'attestation d'engagement établie par le greffe du tribunal pour le partenaire lié par un PACS, bénéficiaire de la garantie.

Pour la garantie Rente Education :

- un certificat de scolarité pour chacun des enfants bénéficiaires,
- la copie du livret de famille du tuteur des enfants mineurs,
- l'extrait de délibération du conseil de famille ayant nommé les tuteurs des enfants mineurs et de la décision du juge des tutelles.

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive :

- la déclaration d'invalidité doit être faite par l'Assuré (ou ses proches) dès qu'il a eu connaissance de son état. Cette déclaration doit comporter toutes les justifications nécessaires. Elle peut se faire par la production de la notification de la sécurité sociale ou de toutes pièces justifiant de l'état de l'Assuré, en particulier un certificat médical. L'Assureur se réserve le droit de demander, le cas échéant, toute pièce complémentaire nécessaire à l'instruction du dossier.

En cas d'incapacité temporaire totale ou d'invalidité permanente :

1) Déclaration de sinistre :

Sauf cas de force majeure, l'Assuré doit déclarer tout arrêt de travail au cours des 30 premiers jours de l'incapacité.

A défaut, les Franchises contractuelles seront décomptées à partir du jour de réception de la déclaration par l'Assureur.

Cette déclaration doit être accompagnée d'un certificat médical précisant :

- La date de début de l'incapacité et sa durée prévisible,
- La nature exacte des lésions, des blessures ou de l'affection, les antécédents éventuels et l'évolution probable de la pathologie.
- Les répercussions de l'affection sur l'activité professionnelle de l'Assuré,
- Une copie du décompte de la sécurité sociale.

Ultérieurement, l'Assuré fournira :

- Un certificat de prolongation de l'arrêt de travail ou au contraire un certificat indiquant la date de reprise, même partielle de l'activité.

Cette liste n'est pas limitative et peut être modifiée en fonction de l'évolution de la législation.

2) Contrôle :

Pour justifier son arrêt de travail l'Assuré s'oblige à fournir à l'Assureur tous les éléments du dossier qui peuvent lui être demandés, il doit également se soumettre aux examens de contrôle effectués par le médecin missionné par l'Assureur.

Dans le cas où l'Assuré ne peut se déplacer, le médecin de l'Assureur doit avoir accès à son lieu de résidence pour pouvoir constater médicalement son état.

L'Assuré doit toujours indiquer à l'Assureur l'adresse où il peut être valablement joint et signaler par courrier recommandé tout changement d'adresse.

A défaut, ses droits contractuels sont suspendus jusqu'à ce qu'il soit soumis à l'examen de contrôle demandé par l'Assureur.

Après ceci et si l'état de santé de l'Assuré le justifie, le droit à indemnité ne s'applique qu'à la période consécutive au contrôle.

Les mêmes limitations s'appliquent à l'Assuré qui ne se présente pas à la convocation du médecin de l'Assureur.

3) Rechute :

En cas de rechute dans les deux mois suivant la reprise d'activité, aucun délai de Franchise n'est appliqué.

4) Procédure d'arbitrage :

En cas de désaccord sur l'appréciation de l'état de santé de l'Assuré, les parties choisissent un médecin tiers arbitre.

Faute d'entente sur son choix, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Adhérent. Les frais sont supportés par moitié entre l'Assureur et l'Adhérent.

Article 17 - REVALORISATION DES PRESTATIONS

Les prestations en cas de décès au titre des garanties rente éducation et rente de conjoint ainsi que les prestations en cas d'arrêt de travail, servies depuis plus d'un an, sont revalorisées chaque année, au 1er janvier de l'année N en fonction de l'évolution du point AGIRC entre le 31 décembre de l'année N-1 et le 31 décembre de l'année N-2, dans la limite des disponibilités des fonds de revalorisation définis ci-après.

Le Fonds Non Vie est alimenté par :

- un prélèvement égal à 3 % des cotisations hors taxes, encaissées dans un exercice au titre des garanties Incapacité temporaire totale et Invalidité permanente,
- les produits financiers générés par le fonds.

Le Fonds Vie est alimenté par :

- 90 % des bénéfices techniques et financiers conformément à l'article A 331-3 et suivants du Code des Assurances,
- les produits financiers générés par le fonds.

A défaut d'alimentation par la participation aux bénéfices, le Fonds Vie est également alimenté par un prélèvement égal à 3 % des cotisations hors taxes, encaissées dans un exercice au titre des garanties en cas de décès.

Le montant de ces deux fonds sera limité à 5 ans de revalorisation sur la base de la dernière revalorisation connue, et ce, appliqué au montant des provisions techniques.

Article 18 - PRESCRIPTION

Conformément à l'article L 114-1 du Code des Assurances, toutes actions dérivant de l'adhésion à ce contrat sont prescrites par 2 ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Ce délai est porté à 10 ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

La prescription est interrompue par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception :

- à l'Assureur, adressée par l'Adhérent, l'Assuré ou le bénéficiaire, en ce qui concerne le règlement des prestations.
- à l'Adhérent, par l'Assureur, en ce qui concerne le paiement des cotisations.

Article 19 - RECLAMATIONS - AUTORITE DE CONTROLE

Les éventuelles réclamations sont à adresser à l'Assureur à l'adresse suivante :

**APICIL ASSURANCES
Service Qualité Clients
69300 CALUIRE ET CUIRE**

Si un désaccord persistait après la réponse donnée par l'Assureur, le différend pourra être soumis au Tribunal compétent.

L'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM) est située au 61 rue Taitbout 75009 PARIS (Tél : 01 55 50 41 00).

Article 20 - EFFET - DUREE ET RENOUVELLEMENT DU CONTRAT COLLECTIF

Le présent contrat prend effet au 01/07/2009. Il est souscrit pour une période se terminant le 31 décembre 2007. Il se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année sauf dénonciation par le Souscripteur ou par l'Assureur, par lettre recommandée avec avis de réception, moyennant préavis de 2 mois.

En cas de dénonciation du contrat collectif, les adhésions en cours sont maintenues, sur demande de l'Adhérent, au plus tard jusqu'au terme des garanties, c'est à dire :

- jusqu'au 31 décembre de l'année du 66^{ème} anniversaire de l'Assuré pour les garanties décès, Incapacité temporaire totale et invalidité permanente,
- jusqu'au 60^{ème} anniversaire de l'Assuré pour la garantie Invalidité Absolue et Définitive.

Article 21 - MEDIATION

Tous les litiges auxquels l'interprétation, l'exécution ou la résiliation du présent contrat donnerait lieu entre le Contractant et l'Assureur, pourront faire, sous réserve de l'accord des parties, l'objet d'une tentative de médiation entre les parties ou d'un arbitrage dans les conditions prévues aux Titres II, III, IV du livre IV du Code de Procédure Civile.

Si les parties choisissent la procédure arbitrale, chaque partie désignera son arbitre, le tribunal arbitral étant complété par un troisième arbitre nommé soit par les arbitres désignés, soit à défaut d'accord entre ces derniers par le Président du Tribunal de Grande Instance de Lyon, saisi par voie de référé sur requête de la partie la plus diligente.

Si le défendeur ne choisissait pas son arbitre dans les 15 jours suivant une sommation faite par lettre recommandée avec accusé de réception, ce dernier serait nommé par le Président du Tribunal de Grande Instance de Lyon, saisi par voie de référé.

Article 22 - DEMARCHAGE A DOMICILE

Lorsque l'Adhérent, personne physique, a fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail les dispositions suivantes du code de la consommation s'appliquent :

Article L. 121-23

Les opérations visées à l'article L. 121-21 doivent faire l'objet d'un contrat dont un exemplaire doit être remis au client au moment de la conclusion de ce contrat et comporter, à peine de nullité, les mentions suivantes :

- 1° Noms du fournisseur et du démarcheur ;
- 2° Adresse du fournisseur ;
- 3° Adresse du lieu de conclusion du contrat ;
- 4° Désignation précise de la nature et des caractéristiques des biens offerts ou des services proposés ;
- 5° Conditions d'exécution du contrat, notamment les modalités et le délai de livraison des biens, ou d'exécution de la prestation de services ;
- 6° Prix global à payer et modalités de paiement ; en cas de vente à tempérament ou de vente à crédit, les formes exigées par la réglementation sur la vente à crédit, ainsi que le taux nominal de l'intérêt et le taux effectif global de l'intérêt déterminé dans les conditions prévues à l'article L. 313-1 ;
- 7° Faculté de renonciation prévue à l'article L. 121-25, ainsi que les conditions d'exercice de cette faculté et, de façon apparente, le texte intégral des articles L. 121-23, L. 121-24, L. 121-25 et L. 121-26.

Article L. 121-24

Le contrat visé à l'article L. 121-23 doit comprendre un formulaire détachable destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation dans les conditions prévues à l'article L. 121-25. Un décret en Conseil d'Etat précisera les mentions devant figurer sur ce formulaire. Ce contrat ne peut comporter aucune clause attributive de compétence.

Tous les exemplaires du contrat doivent être signés et datés de la main même du client.

Article L. 121-25

Dans les sept jours, jours fériés compris, à compter de la commande ou de l'engagement d'achat, le client a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec accusé de réception. Si ce délai expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant. Toute clause du contrat par laquelle le client abandonne son droit de renoncer à sa commande ou à son engagement d'achat est nulle et non avenue. Le présent article ne s'applique pas aux contrats conclus dans les conditions prévues à l'article L.121-27.

Article L. 121-26

Avant l'expiration du délai de réflexion prévu à l'article L. 121-25, nul ne peut exiger ou obtenir du client, directement ou indirectement, à quelque titre ni sous quelque forme que ce soit une contrepartie quelconque ni aucun engagement ni effectuer des prestations de services de quelque nature que ce soit. Toutefois, la souscription à domicile d'abonnement à une publication quotidienne et assimilée, au sens de l'article 39 bis du code général des impôts, n'est pas soumise aux dispositions de l'alinéa précédent dès lors que le consommateur dispose d'un droit de résiliation permanent, sans frais ni indemnité, assorti du remboursement, dans un délai de quinze jours, des sommes versées au prorata de la durée de l'abonnement restant à courir.

En outre, les engagements ou ordres de paiement ne doivent pas être exécutés avant l'expiration du délai prévu à l'article L. 121-25 et doivent être retournés au consommateur dans les quinze jours qui suivent sa rétractation.

Les dispositions du deuxième alinéa s'appliquent aux souscriptions à domicile proposées par les associations et entreprises agréées par l'Etat ayant pour objet la fourniture de services mentionnés à l'article L. 129-1 du code du travail sous forme d'abonnement.

Le présent document est complété par une annexe tarifaire Réf. APICIL PREVENTIEL+ Salariés, en vigueur en 2009. Ce tarif est révisable conformément à l'article 14

Fait le 02/07/2009, à Caluire

APICIL UPESE ASSOCIATION

APICIL ASSURANCES