

A 3 P

ASSOCIATION DE **P**REVOYANCE ET DE **P**ROTECTION DE LA **P**ERSONNE



NOTICE D'INFORMATION
RÉGIME DE PRÉVOYANCE

C2P

Courtier et conseil
de l'association A3P
Email : contact@c2p.eu
Tél. 04 81 65 18 92



**Malakoff Médéric
Courtage**

Assureur



malakoff médéric
COURTAGE



A 3 P

49, rue de Sèze
69006 Lyon

Madame, Monsieur,

Dès 1976, des professionnels de la santé se sont réunis afin d'étudier et de proposer des contrats de prévoyance qui correspondent aux besoins spécifiques des professions médicales et des professions paramédicales.

Depuis 2001, ces contrats sont suivis et surveillés par l'association A 3 P Association de Prévoyance et de Protection de la Personne, régie par la loi de 1901.

L'association A 3 P a souscrit auprès du groupe Malakoff Médéric des régimes de Prévoyance et de Frais Médicaux, gérés par HENNER.

Le contrat A 3 P permet aux adhérents qui le choisissent de bénéficier des dispositions fiscales de la loi Madelin (déduction du revenu imposable d'une partie des cotisations).

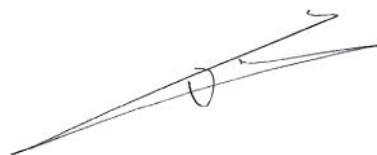
Les cotisations sont indexées sur le plafond mensuel de la sécurité sociale et n'évoluent donc pas avec l'âge.

Une réduction de cotisation est prévue pour les personnes de moins de 36 ans.

Il n'y a pas de délai d'attente, les garanties prennent effet le premier jour du mois suivant l'acceptation, excepté pour le forfait maternité où il y a un délai d'attente de 9 mois.

La garantie invalidité est appréciée selon la profession exercée et selon le barème d'invalidité professionnelle.

Docteur Bruno BALAY
Président de l'association A 3 P





malakoff médéric

PRÉVOYANCE TNS A3P

N° 0029802 / 0029803

Notice d'information



PREAMBULE

Préambule

Lexique

Titre 1 Dispositions générales du contrat

| | |
|-----|--|
| 1.1 | Objet du contrat |
| 1.2 | Fiscalité |
| 1.3 | Prise d'effet, durée, renouvellement et résiliation du contrat |
| 1.4 | Références légales |
| 1.5 | Ajustement du contrat |
| 1.6 | Garanties et montant des prestations proposées au contrat |
| 1.7 | Dispositions diverses |

Titre 2 Dispositions relatives à l'adhésion au contrat

| | |
|-----|---|
| 2.1 | Conditions et formalités d'adhésion au contrat |
| 2.2 | Modification de l'adhésion au contrat |
| 2.3 | Effet, durée et renouvellement de l'adhésion et des garanties |
| 2.4 | Obligations des parties |
| 2.5 | Renonciation |

Titre 3 Dispositions relatives aux cotisations

| | |
|-----|--|
| 3.1 | Montant de la cotisation |
| 3.2 | Modalités de paiement de la cotisation |
| 3.3 | Défaut de paiement |

Titre 4 Dispositions relatives aux garanties en cas de décès et de perte totale et irréversible d'autonomie

Garantie décès toutes causes

| | |
|------|--------------------------|
| 4.1. | Objet de la garantie |
| 4.2. | Prestation |
| 4.3. | Bénéficiaire |
| 4.4. | Exclusions |
| 4.5. | Cessation de la garantie |
| 4.6. | Pièces à fournir |

Garantie perte totale et irréversible d'autonomie

| | |
|-------|--------------------------|
| 4.7. | Objet de la garantie |
| 4.8. | Définition |
| 4.9. | Prestation |
| 4.10. | Exclusions |
| 4.11. | Cessation de la garantie |
| 4.12. | Pièces à fournir |

Garantie décès accidentel

- 4.13. **Objet de la garantie**
- 4.14. **Exclusions**
- 4.15. **Cessation de la garantie**
- 4.16. **Pièces à fournir**

Titre 5 Dispositions relatives aux garanties en cas d'arrêt de travail

Garantie incapacité temporaire totale

- 5.1. **Objet de la garantie**
- 5.2. **Définition**
- 5.3. **Prestation**
- 5.4. **Cessation de la prestation**
- 5.5. **Exclusions**
- 5.6. **Cessation de la garantie**
- 5.7. **Délai de déclaration**
- 5.8. **Pièces à fournir**

Garantie invalidité-incapacité permanente totale ou partielle

- 5.9. **Objet de la garantie**
- 5.10. **Définitions**
- 5.11. **Reconnaissance et détermination du taux d'incapacité permanente par l'assureur**
- 5.12. **Prestation**
- 5.13. **Cessation de la prestation**
- 5.14. **Cessation de la garantie**
- 5.15. **Exclusions**
- 5.16. **Pièces à fournir**

Garantie exonération du paiement des cotisations en cas d'arrêt de travail

- 5.17. **Objet de la garantie**
- 5.18. **Cessation de la garantie**

Dispositions communes aux garanties du contrat

- 5.19. **Contrôle médical**

Titre 6 Dispositions relatives à la garantie invalidité professionnelle totale permanente

- 6.1 **Objet de la garantie**
- 6.2 **Définition**
- 6.3 **Prestation**
- 6.4 **Exclusions**
- 6.5 **Cessation de la garantie**
- 6.6 **Barème d'invalidité professionnelle**
- 6.7 **Pièces A Fournir**

PREAMBULE

Les garanties accordées au titre du présent contrat sont assurées sous les numéros de convention suivants:

- 0029802, PREVOYANCE TNS A3P Eligible Loi Madelin
- 0029803, PREVOYANCE TNS A3P Non Eligible Loi Madelin

LEXIQUE

Dans le présent contrat les termes suivants sont utilisés :

Sauf disposition spécifique prévue à chaque garantie, les définitions ci-après s'entendent au jour de l'évènement considéré.

| | |
|------------------------------|---|
| L'assureur | QUATREM - SA au capital de 380 426 249 euros - régie par le code des assurances - 21 rue Laffitte 75009 Paris - 412 367 724 RCS Paris - Société du groupe Malakoff Médéric |
| Le souscripteur | L'association A3P (Association de Prévoyance et de Protection de la Personne) qui a conclu le contrat d'assurance avec l'assureur. Cette association est une association de la loi de 1901 dont le siège est situé 49 rue de Sèze, 69006 LYON. |
| L'adhérent | La personne physique, travailleur non salarié non agricole, membre de l'association A3P , répondant aux conditions d'adhésion objet de l'article 2.1.1 (Conditions d'adhésion au contrat), adhérant au contrat. |
| L'assuré | L'adhérent admis à l'assurance sur qui repose le risque assuré. |
| Le conjoint | L'époux ou l'épouse de l'assuré, non divorcé et non séparé de corps judiciairement. |
| Le partenaire de PACS | La personne liée à l'assuré par un Pacte Civil de Solidarité (PACS : contrat conclu par deux personnes physiques majeures pour organiser leur vie commune au sens de l'article 515-1 du Code civil). |
| Le concubin | La personne vivant en concubinage avec l'assuré sous réserve que l'assuré et son concubin : <ul style="list-style-type: none">• soient libres de tout lien matrimonial c'est à dire célibataires, veufs ou divorcés,• n'aient pas conclu de PACS, Le concubinage est une union de fait caractérisée par une vie commune présentant un caractère de stabilité et de continuité entre deux personnes physiques majeures qui vivent en couple. |
| Les enfants à charge | Sont considérés comme enfants à charge : ceux de l'assuré, de son conjoint, à défaut, de son partenaire de PACS ou de son concubin tels que définis précédemment, sous réserve: <ul style="list-style-type: none">• qu'ils soient âgés de moins de 18 ans• qu'ils soient âgés de moins de 26 ans sous réserve d'une des conditions suivantes :<ul style="list-style-type: none">- qu'ils poursuivent leurs études et ne disposent pas de ressources propres provenant d'une activité salariée, sauf emplois occasionnels ou saisonniers durant les études ou emplois rémunérés mensuellement moins de 50 % du SMIC,- qu'ils suivent une formation en alternance ou se trouvent sous contrat d'apprentissage,- qu'ils soient inscrits au Pôle emploi comme primo demandeur d'emploi ou effectuent un stage préalablement à l'exercice d'un premier emploi rémunéré, |

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> quel que soit leur âge, qu'ils bénéficient d'une allocation prévue par la législation sociale en faveur des handicapés ou qu'ils soient titulaires de la carte d'invalidité prévue par l'article L241-3 du Code de l'action sociale et des familles, sous réserve que l'invalidité ait été reconnue avant leur 21ème anniversaire ou leur 26ème anniversaire s'ils poursuivent des études. |
| Rémunération | Revenu net fiscal hors dividendes perçu au titre de l'activité déclaré à l'assureur. |
| Plafond Annuel de la Sécurité sociale | <p>Salaire de référence fixé annuellement par arrêté publié au journal officiel. Sa valeur annuelle sert au calcul de la cotisation et au calcul de la base des prestations des garanties en cas de décès - perte totale et irréversible d'autonomie et invalidité professionnelle totale permanente. Sa valeur mensuelle sert au calcul de la base des prestations des garanties en cas d'arrêt de travail.</p> <p>Ces valeurs sont celles de l'exercice précédant celui considéré.</p> <p>Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr.</p> |
| Régime obligatoire | Régime obligatoire de protection sociale des travailleurs non-salariés non agricoles (prévoyance) dont relève l'assuré |
| Hospitalisation | Admission de l'assuré dans un établissement de santé (hôpital ou clinique) afin d'y subir une intervention chirurgicale ou un traitement médical. |
| Maladie | Désigne toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente. |
| Accident | Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré. |
| L'acte authentique | Acte rédigé et reçu par un officier public ayant le droit d'instrumenter dans le lieu où l'acte a été rédigé et avec les solennités requises. |
| L'acte sous seing privé | Acte juridique rédigé par les parties à l'acte ou par un tiers dès lors que celui-ci n'agit pas en tant qu'officier public. |
| Calcul de l'âge | L'âge réel à l'adhésion ou à la date de la demande de modification de l'adhésion. |

TITRE 1 – DISPOSITIONS GENERALES DU CONTRAT

1.1. Objet du contrat

Ce contrat est un contrat d'assurance de groupe à adhésion individuelle et facultative, souscrit par l'Association A3P au profit de ses membres remplissant les conditions d'adhésion définies à l'article 2.1.1 (Conditions d'adhésion au contrat) pour la couverture des risques décès – perte totale et irréversible d'autonomie, incapacité temporaire totale – invalidité-incapacité permanente).

Il est régi par le code des assurances et notamment ses articles L141-1 et suivants et relève des branches 1 (accident), 2 (maladie) et 20 (vie-décès) de l'article R321-1 du code des assurances.

Les garanties de PREVOYANCE TNS A3P sont assurées par QUATREM sous les numéros de convention suivants :

- 0029802 PREVOYANCE TNS A3P Eligible Loi Madelin pour les garanties éligibles à la loi n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative individuelle (dénommée « loi Madelin »).
- 0029803 PREVOYANCE TNS A3P Non Eligible Loi Madelin pour les autres garanties.

1.2. Fiscalité

Seules les garanties assurées au titre de la convention 0029802 PREVOYANCE TNS A3P Eligible Loi Madelin, si elles sont souscrites, sont éligibles à la loi n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative individuelle (dite « loi Madelin »). **Il s'agit des garanties Incapacité temporaire totale et invalidité-incapacité permanente.**

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

1.3. Prise d'effet, durée, renouvellement et résiliation du contrat

Le contrat conclu entre le souscripteur, l'association A3P et l'assureur prend effet le **1^{er} janvier 2018**. Il est souscrit pour une période se terminant le 31 décembre de l'année au cours de laquelle il a pris effet.

Le contrat se renouvelle ensuite par tacite reconduction le premier janvier de chaque année pour des périodes successives d'un an, sauf dénonciation, par l'une des parties, (souscripteur ou assureur) notifiée par lettre recommandée adressée DEUX MOIS au moins avant chaque date de renouvellement.

Il prend fin en cas de résiliation conformément aux dispositions prévues ci-dessus ainsi qu'à celles de l'article 1.5 (Ajustement du contrat).

1.4. Références légales

1.4.1 OBLIGATIONS DE DECLARATION

Les déclarations du souscripteur et de l'adhérent servent de base à l'application des garanties.

Toute réticence ou fausse déclaration modifiant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour l'assureur entraînerait l'application des articles L113-8 et L113-9 du code des assurances qui prévoient :

- Article L113-8 « Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts. Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. »
- Article L113-9 « L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus. Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. »

1.4.2 PRESCRIPTION

Toute action dérivant du présent contrat est irrecevable au terme d'un délai de DEUX ANS à compter de l'évènement qui lui a donné naissance, selon les dispositions des articles L114-1 et L114-2 du code des assurances qui prévoient :

- Article L114-1 « Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement 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 et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré ».
- Article L114-2 « La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription [reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil), acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil), citation en justice, même en référé (article 2241 du Code civil)] et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité».

1.5. Ajustement du contrat

Si une décision législative, réglementaire, une évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs garanties ou une aggravation du risque viennent à entraîner une modification des engagements de l'assureur, celui-ci se réserve la possibilité de :

- Modifier le contrat,
- Réviser le tarif,
- Résilier le contrat en dehors de l'échéance annuelle, dans les conditions prévues par l'article L 113-4 du code des assurances.

Jusqu'à la date de prise d'effet de cette modification ou de cette révision, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer au contrat sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

1.6. Bases et montants des garanties proposées au contrat

Montant des garanties proposées en pourcentage de la base des garanties

| Niveau de garanties proposé | Contrat classique Franchise 3 / 30 jours | Contrat classique Franchise 90 jours | Contrat réduit |
|--|--|---|--|
| Garanties en cas de décès – Perte totale et irréversible d'autonomie | | | |
| Base des garanties | 3 Plafonds Annuels de la Sécurité Sociale de l'année précédant celle considérée | | |
| • Décès toutes causes / Perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes | Base : Quelle que soit la situation matrimoniale de l'assuré : 200 % Majoration par enfant à charge : 50 % | Base : Quelle que soit la situation matrimoniale de l'assuré : 200 % Majoration par enfant à charge : 50 % | Base : Quelle que soit la situation matrimoniale de l'assuré : 100 % Majoration par enfant à charge : 25 % |
| • Décès accidentel | 50 % | 50 % | 25 % |
| Garanties en cas d'arrêt de travail | | | |
| Base des garanties | 1 Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale du mois précédant l'année considérée | | |
| • Incapacité temporaire totale | Indemnité journalière égale à : <u>Jusqu'au 90^{ème} jour :</u> 3 / 30 ^{ème} <u>A partir du 91^{ème} jour :</u> 2 / 30 ^{ème} | 2/30 ^{ème} | Indemnité journalière égale à : <u>Jusqu'au 90^{ème} jour :</u> 2 / 30 ^{ème} <u>A partir du 91^{ème} jour :</u> 0,7 / 30 ^{ème} |
| Franchise | 30 jours, ramenée à 3 jours en cas d'accident ou d'hospitalisation > 24h ou d'hospitalisation en ambulatoire avec chirurgie et anesthésie. | 90 jours | 30 jours, ramenée à 3 jours en cas d'accident ou d'hospitalisation > 24h ou d'hospitalisation en ambulatoire avec chirurgie et anesthésie. |
| • Incapacité permanente | | | |
| - Rente invalidité-incapacité permanente totale | 200 % | 200 % | 70 % |
| - Rente invalidité-incapacité permanente partielle | 200 % x n/66 | 200 % x n/66 | 70 % x n/66 |
| Base des garanties | 1 Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale de l'année en cours | | |
| • Maternité | 100 % | 100 % | 50 % |
| Garantie Invalidité professionnelle totale permanente | | | |
| Base des garanties | 3 Plafonds Annuels de la Sécurité Sociale de l'année précédant celle considérée | | |
| • Invalidité professionnelle totale permanente | 100 % | 100 % | 50 % |
| Il est précisé que seules les garanties Incapacité temporaire totale et Invalidité-incapacité permanente sont éligibles à la loi n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative individuelle (dite « loi Madelin »). | | | |

1.7. Dispositions diverses

1.7.1 COMMUNICATIONS

Toutes les communications relatives à l'assurance et incombant au souscripteur, aux assurés ou aux ayants droit, doivent être adressées à Quatrem (TSA 20002 – 78075 Saint Quentin en Yvelines cedex)

Toutes les communications incombant à l'assureur seront valablement faites au dernier domicile connu en France indiqué par le souscripteur et / ou les assurés et / ou les ayants droit.

1.7.2 DROIT D'ACCES ET DE RECTIFICATION

Conformément à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée (dite « loi Informatique et Libertés »), l'assuré reconnaît avoir été informé par l'organisme assureur, responsable de traitement des données à caractère personnel collectées que :

1. Ses données à caractère personnel peuvent être collectées et traitées au titre de :

- la souscription, la gestion y compris commerciale et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que la gestion ou l'exécution des autres contrats souscrits auprès de l'organisme assureur ou d'autres sociétés du groupe Malakoff Médéric auquel l'organisme assureur appartient ; et ce y compris, en sa qualité d'assureur, l'utilisation du NIR de l'assuré pour la gestion de ses risques d'assurance complémentaire santé, retraite supplémentaire, responsabilité civile et gestion des rentes (conformément à l'Autorisation unique de la CNIL du 23 janvier 2014 - Pack conformité assurance)
- la mise en œuvre d'opérations de prospection, commerciales ou promotionnelles, et de fidélisation, à destination de l'assuré,
- la gestion des avis de l'assuré sur les produits, services ou contenus proposés par l'organisme assureur ou tout partenaire de l'organisme assureur ;
 - l'exercice des recours à la gestion des réclamations et des contentieux ;
 - l'exercice du devoir de conseil compte tenu des besoins exprimés par l'assuré ;
 - l'élaboration de statistiques y compris commerciales, d'études actuarielles ou autres analyses de recherche et développement,
 - la proposition à l'assuré de produits, de services et/ou d'outils permettant de réduire la sinistralité ou d'offrir un contrat ou une prestation complémentaire par l'organisme assureur ou tout partenaire de l'organisme assureur ;
 - l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur ; y compris celles relatives à la lutte contre la fraude, pouvant conduire à son inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude ; et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme.

L'assuré reconnaît que la collecte et le traitement de ses données à caractère personnel (en ce compris des données d'identification, des données relatives à sa situation familiale, économique, patrimoniale et financière, professionnelle, à sa vie personnelle, à la santé, à l'appréciation du risque, à la gestion de son contrat...) sont nécessaires à la gestion et à l'exécution de son contrat d'assurance.

Les destinataires des données de l'assuré sont, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : les personnels de l'organisme assureur, ainsi que les sous-traitants, les délégataires de gestion, les intermédiaires, les réassureurs, les organismes professionnels habilités, les partenaires et les sociétés extérieures, les souscripteurs du contrat.

Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré sont traitées dans des conditions garantissant leur sécurité, et ainsi, sont destinées au Service médical de l'organisme assureur et à toute personne placée sous la responsabilité du Service Médical. Les données à caractère personnel relatives à la santé de l'assuré ne sont en aucun cas utilisées à des fins commerciales.

L'organisme assureur s'engage à ce que ces données à caractère personnel ne soient en aucun cas transmises à des tiers non autorisés.

2. En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, l'assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification et le cas échéant de suppression des données le concernant et peut s'opposer à leur traitement pour des motifs légitimes. Ces droits peuvent être exercés, en justifiant de son identité, sur simple demande écrite adressée à sgil.assurances@malakoffmederic.com ou par courrier à Pôle Informatique et libertés Assurance, 21 rue Laffitte, 75009 Paris.

3. L'assuré dispose également du droit de s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique gérée par la société Opposetel. Pour plus d'informations : www.bloctel.gouv.fr

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

1.7.3 ORGANISME DE CONTROLE DE L'ASSUREUR

L'autorité chargée du contrôle de Quatrem est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout, 75009 Paris.

1.7.4 RECLAMATIONS - MEDIATION – JURIDICTION COMPETENTE

En cas de difficultés dans l'application du contrat, le souscripteur, l'assuré et les bénéficiaires peuvent contacter dans un premier temps leur conseiller habituel ou contact habituel.

Si la demande ne trouve pas satisfaction, la réclamation peut être adressée à l'adresse suivante :

reclamations.quatrem@malakoffmederic.com ou à l'adresse du service :

Quatrem
Pôle réclamations
TSA 20002
78075 Saint Quentin en Yvelines cedex

Lorsqu'aucune solution à un litige relatif aux garanties n'a pu être trouvée, l'assuré, le souscripteur et / ou les bénéficiaires peuvent, sans préjudice du droit d'agir en justice, s'adresser à la Médiation de l'assurance par voie électronique à l'adresse suivante : www.mediation-assurance.org ou par courrier à l'adresse suivante :

La Médiation de l'Assurance
TSA 50110
75441 PARIS Cedex 09.

A défaut de règlement amiable, toute difficulté entre les parties liée à l'exécution ou à l'interprétation du contrat sera portée devant le tribunal compétent.

TITRE 2 – DISPOSITIONS RELATIVES A L'ADHESION AU CONTRAT

2.1. Conditions et formalités d'adhésion au contrat

2.1.1 CONDITIONS D'ADHESION AU CONTRAT

Sont admissibles au contrat les personnes physiques, membres de l'association A3P, remplissant les conditions cumulatives suivantes:

- ayant le statut de travailleur non salarié non agricole, pratiquant leur activité de manière indépendante sans être soumises à un lien de subordination :
 - Relevant de la CARMF, CARCDSF, CARPIMKO
ET
 - dont le régime d'imposition afférent à leur activité professionnelle relève, selon leur statut, soit de l'article 62 du Code Général des Impôts, soit de l'impôt sur le Revenu dans la catégorie des Bénéfices Industriels et commerciaux (BIC) ou des Bénéfices Non Commerciaux (BNC)
ET
 - affiliées au régime obligatoire de protection sociale des travailleurs non-salariés non agricole (prévoyance) dont ils relèvent, sous réserve d'être à jour du paiement des cotisations auprès dudit régime.

2.1.2. FORMALITES D'ADHESION AU CONTRAT

L'adhérent remplit une demande d'adhésion par laquelle, notamment, il :

- choisit le niveau des garanties au titre de la convention 0029802 PREVOYANCE TNS A3P Eligible Loi Madelin et / ou au titre de la convention 0029803 PREVOYANCE TNS A3P Non Eligible Loi Madelin.
- désigne le ou les bénéficiaires en cas de décès,
- déclare son activité professionnelle et le montant de la rémunération qu'il a perçu à ce titre au cours des deux dernières années qui précèdent l'adhésion,
- justifie de son état de santé dans les conditions fixées à l'article 2.1.3 (Formalités médicales).

L'acceptation du risque par l'assureur est constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion au titre de la convention 0029802 PREVOYANCE TNS A3P Eligible Loi Madelin et/ou au titre de la convention 0029803 PREVOYANCE TNS A3P Non Eligible Loi Madelin.

Le certificat d'adhésion qui confère à l'adhérent la qualité d'assuré mentionne les caractéristiques propres à l'adhésion, notamment, l'identité de l'assuré, la date d'effet de l'adhésion, le niveau de garanties souscrit, leur montant et la base y afférent, les cotisations ainsi que les dérogations éventuelles aux dispositions du contrat, étant précisé que les garanties non mentionnées au certificat d'adhésion ne s'appliquent pas.

Seules les pièces contractuelles portant la signature d'un représentant habilité de la compagnie engagent l'assureur.

2.1.3. FORMALITES MEDICALES

A la date d'effet de l'adhésion au contrat

L'adhérent s'engage à compléter un questionnaire médical à l'attention du médecin conseil de l'assureur, sous pli confidentiel. Ce dernier peut demander des examens médicaux complémentaires ou une visite médicale auprès d'un médecin délégué par l'assureur.

En fonction des conclusions du médecin conseil, l'assureur peut :

- accepter l'adhésion dans les conditions normales du contrat,
OU
- proposer un aménagement des conditions tarifaires et/ou de garanties, voire exclure une ou plusieurs garanties,
OU
- refuser l'adhésion.

Les conditions d'adhésion deviennent effectives après acceptation par l'adhérent, dans un délai de TRENTE jours qui suivent la proposition faite par l'assureur.

En cours d'adhésion au contrat

En cas de modification du niveau de garanties souscrit dans les conditions mentionnées à l'article 2.2 (Modification de l'adhésion au contrat), l'assuré s'engage à effectuer les formalités médicales décrites ci-avant.

En fonction des conclusions du médecin conseil, l'assureur peut :

- accorder les nouvelles garanties à l'assuré dans les conditions normales du contrat,
- OU
- accorder les nouvelles garanties à l'assuré en lui proposant par lettre recommandée un aménagement des conditions tarifaires et/ou de garanties,
- OU
- refuser la modification de l'adhésion.

Si l'assuré n'accepte pas les nouvelles conditions d'adhésion proposées dans un délai de TRENTE jours qui suivent leur date d'envoi ou si l'assureur refuse la modification de l'adhésion, l'assuré reste garanti dans les conditions prévues antérieurement à sa demande de modification.

2.2. Modification de d'adhésion au contrat

Au 1er jour de chaque trimestre, sous réserve d'en faire la demande à l'assureur au moins DEUX mois avant cette date, l'assuré peut modifier le niveau de garanties souscrit.

La modification de l'adhésion peut engendrer l'accomplissement des formalités médicales dans les conditions prévues à l'article 2.1.3 (Formalités médicales).

La modification de l'adhésion prend effet après accord exprès de l'assureur matérialisé par l'établissement d'un avenant au certificat d'adhésion qui indique notamment la date de prise d'effet de la modification, les nouvelles garanties souscrites, leur montant, la base y afférent et la cotisation à cette date. Celle-ci sera calculée conformément aux critères mentionnés à l'article 3.1 (Montant de la cotisation).

Si l'assuré ne retourne pas signé l'avenant au certificat d'adhésion à l'assureur dans les TRENTE jours qui suivent sa date d'émission accompagné du paiement de la cotisation correspondante, l'assuré reste garanti dans les conditions prévues antérieurement à sa demande de modification.

2.3. Effet, durée et renouvellement de l'adhésion et des garanties

2.3.1 DATE D'EFFET, DUREE, RENOUVELLEMENT DE L'ADHESION

L'adhésion au présent contrat prend effet à la date mentionnée au certificat d'adhésion sous réserve :

- du versement de la première cotisation,
- qu'un exemplaire du certificat d'adhésion soit retourné signé à l'assureur dans les TRENTE jours qui suivent sa date d'émission.

L'adhésion est souscrite à l'origine pour une période comprise entre la date d'effet indiquée au certificat d'adhésion et le 31 décembre suivant.

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année pour une durée d'un an, sauf dénonciation par l'assuré, par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au moins DEUX mois avant cette date.

Sous réserve du paiement des cotisations, et, sauf déclaration fautive faite par l'assuré, au-delà des DEUX premières années d'assurance, celui-ci ne peut être radié de l'assurance contre son gré tant qu'il répond aux conditions d'adhésion mentionnées à l'article 2.1.1 (Conditions d'adhésion au contrat).

2.3.2 CESSATION DE L'ADHESION

L'adhésion au contrat prend fin pour l'assuré :

- **en cas de non-paiement de la cotisation,**
- **à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions d'adhésion objet de l'article 2.1.1 (Conditions d'adhésion au contrat);**
- **le jour de la liquidation normale ou anticipée de sa pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif, sauf dans le cadre d'un cumul emploi retraite,**
- **à la date à laquelle il n'est plus membre de l'association souscriptrice,**
- **en cas de non renouvellement de l'adhésion dans les conditions mentionnées à l'article 2.3.1 (Effet, durée, renouvellement de l'adhésion),**
- **A la date de résiliation du contrat dans les conditions prévues à l'article 1.3 (Prise d'effet, Durée, renouvellement et résiliation du contrat)**

2.3.3 DATE D'EFFET ET DUREE DES GARANTIES

Les garanties prennent effet à la même date que celle de l'adhésion mentionnée sur le certificat d'adhésion **sauf pour la garantie Maternité qui prend effet à l'issue d'un délai de carence de 9 mois décompté à partir de la date d'affiliation de l'assuré.**

Le délai de carence est une période pendant laquelle l'assurée n'est pas garantie, il est décompté à partir de la date d'effet de l'adhésion mentionnée au certificat d'adhésion.

En cas de modification de l'adhésion dans les conditions mentionnées à l'article 2.2 (Modification de l'adhésion au contrat), à la date mentionnée sur l'avenant à l'adhésion.

Les garanties cessent, sauf en cas d'application des dispositions prévues à la garantie exonération du paiement des cotisations en cas d'arrêt de travail, dans les cas prévus à l'article 2.3.2 (Cessation de l'adhésion) et au terme fixé à chacune d'elle.

2.4. Obligations des parties

2.4.1 OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR

Le certificat d'adhésion est remis à l'assuré conformément à l'article 2.1.2 (Formalités d'adhésion au contrat).

Le souscripteur doit conformément à l'article L 141-4 du code des assurances :

- Remettre aux assurés une notice établie par l'assureur qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas d'évènement ouvrant droit aux prestations,
- Informer par écrit les assurés des modifications apportées à leurs droits et obligations TROIS mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

D'un commun accord entre l'assureur et le souscripteur, il a été convenu que le souscripteur donnait expressément mandat à l'assureur d'accomplir les formalités légales précitées.

2.4.2 OBLIGATIONS DE L'ASSURE

2.4.2.1 OBLIGATIONS LIEES A LA TERRITORIALITE DU CONTRAT

Sauf stipulations contraires précisées au certificat d'adhésion, l'activité de l'assuré est réputée s'exercer en France Métropolitaine.

2.4.2.2. AUTRES OBLIGATIONS

L'assuré s'oblige :

- **à l'adhésion:**
 - à transmettre :
 - la demande d'adhésion complétée et signée ;
 - une photocopie de sa carte nationale d'identité ;
 - une copie de l'attestation d'affiliation au régime de protection sociale obligatoire des travailleurs non-salariés, en vigueur à la date de la souscription et précisant que l'adhérent est à jour de ses cotisations.
 - toute pièce que l'assureur jugerait nécessaire à l'adhésion ;
 - à accomplir les formalités médicales prévues à l'article 2.1.3 (Formalités médicales).
- **à la date d'effet de l'adhésion**
 - à transmettre un exemplaire du certificat d'adhésion dûment signé dans les TRENTE jours qui suivent sa date d'émission.
- **chaque année au 1er janvier, lors du renouvellement de l'adhésion au contrat :**
 - à justifier à l'assureur qu'il est à jour du paiement des cotisations dues au titre du régime obligatoire de protection sociale des travailleurs non-salariés non agricoles (prévoyance) dont il relève, par la production d'une attestation délivrée par les caisses d'assurance obligatoires concernées.
- **en cours d'adhésion**
 - à régler les cotisations à l'assureur ;
 - à communiquer à l'assureur toutes circonstances nouvelles ayant pour conséquence de modifier la nature ou l'importance des risques, ou d'en créer de nouveaux, et de rendre inexacts ou caduques les déclarations faites à l'assureur lors de l'adhésion et notamment :
 - le changement d'activité professionnelle exercée déclarée lors de l'adhésion ;
 - la date de prise d'effet de la liquidation normale ou anticipée de sa pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif.
 - la poursuite de son activité dans le cadre d'un cumul emploi retraite ;

- à transmettre à l'assureur, le cas échéant, sa demande de modification de l'adhésion au contrat dans les conditions fixées à l'article 2.2 (Modification de l'adhésion au contrat) complétée des formalités médicales objet de l'article 2.1.3 (Formalités médicales).
 - **en cas d'évènement ouvrant droit aux prestations**
 - les pièces nécessaires au règlement des prestations, tels qu'elles sont énumérées dans le texte spécifique à chaque garantie;
- L'assureur ne peut se trouver engagé que par les déclarations et pièces qui lui sont transmises par le souscripteur et l'adhérent au contrat.

2.5. Renonciation

2.5.1. CAS GENERAL

Conformément à l'article L132-5-1 du code des assurances, l'assuré peut renoncer à son adhésion dans un délai de TRENTE jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que le contrat est conclu. Ce délai expire le dernier jour à VINGT-QUATRE (24) heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

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

Dans ce cas, le versement effectué par l'assuré lui sera intégralement remboursé dans les TRENTE (30) jours calendaires révolus suivant la date de réception de la lettre recommandée.

Les garanties du contrat cessent de produire effet à compter du jour d'envoi de la lettre recommandée de renonciation.

2.5.2. CAS PARTICULIERS

- **DEMARCHAGE A DOMICILE**

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

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

- **CONCLUSION DE L'ADHESION A DISTANCE**

En vertu de l'article L112-2-1 du code des assurances, l'assuré dispose d'un délai de QUATORZE (14) jours calendaires révolus pour exercer son droit de renonciation, par lettre recommandée avec avis de réception, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités, ce délai commençant à courir à compter du jour de la signature du certificat d'adhésion

2.5.3 MODELE DE LETTRE DE RENONCIATION

Pour exercer son droit de renonciation, l'assuré peut utiliser le modèle de lettre suivant :

« Je soussigné (nom, prénom), demeurant (adresse complète), déclare renoncer à mon adhésion au contrat numéro (indiquer ledit numéro), souscrit le (date du certificat d'adhésion), par l'intermédiaire de (nom du conseiller en assurance), en application des dispositions de l'article L 132-5-1 du code des assurances (cas général) ou de l'article L 112-9 du code des assurances (cas de démarchage à domicile) ou de l'article L 112-2-1 du code des assurances (cas d'adhésion à distance).

TITRE 3 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX COTISATIONS

3.1. Montant de la cotisation

La cotisation annuelle est exprimée en pourcentage de 3 plafonds annuels de la Sécurité sociale et calculée en fonction du niveau de garanties souscrit, de l'âge de l'assuré, des dispositions réglementaires en vigueur et le cas échéant des conditions d'acceptation de l'assureur conformément à l'article 2.1.3 (Formalités médicales).

La cotisation est déterminée selon ces critères à la date d'effet de l'adhésion au contrat et indiquée sur le certificat d'adhésion. Elle suit l'évolution du plafond annuel de la Sécurité sociale.

En cas de modification de l'adhésion dans les conditions mentionnées à l'article 2.2 (Modification de l'adhésion au contrat), un avenant à l'adhésion indiquera la nouvelle cotisation, calculée selon les mêmes critères à la date de modification.

3.2. Modalités de paiement de la cotisation

La cotisation annuelle mentionnée au certificat d'adhésion est payable à terme d'avance par l'assuré.

Le cas échéant, lorsque l'assuré exerce son activité dans le cadre d'une entreprise soumise à l'impôt sur les sociétés, l'entreprise a la faculté de payer la cotisation.

La cotisation est exigible dans les 10 jours de son échéance selon la périodicité de paiement choisie par l'assuré : mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle.

Le payeur de cotisation est seul responsable de son paiement à l'égard de l'assureur.

Toute taxe ou contribution applicable ou qui deviendrait applicable au contrat et dont la récupération ne serait pas interdite serait mise à la charge de l'adhérent et payable en même temps que la cotisation.

3.3. Défaut de paiement

L'assureur ne peut se trouver engagé que par le paiement régulier des cotisations aux échéances fixées.

En cas de non-paiement d'une cotisation mentionnée au certificat d'adhésion, au terme du délai de 10 jours suivant son échéance, l'assureur mandataire du souscripteur à cet effet, adresse une lettre recommandée de mise en demeure de payer.

Conformément aux articles L141-3 et L 132-20 du code des assurances, le non-paiement d'une cotisation à l'expiration d'un délai de 40 jours suivant l'envoi de la lettre de mise en demeure, entraîne de plein droit l'exclusion de l'adhérent au contrat dont l'adhésion se trouve alors résiliée.

D'un commun accord entre l'assureur et le souscripteur, il a été convenu que le souscripteur donnait expressément mandat à l'assureur d'accomplir les formalités légales prévues en cas de non-paiement d'une cotisation.

TITRE 4 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES EN CAS DE DECES ET DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE

Garantie décès toutes causes

4.1. Objet de la garantie

La garantie, **assurée par la convention 0029803 PREVOYANCE TNS A3P Non Eligible Loi MADELIN**, a pour objet de verser au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), en cas de décès de l'assuré, une prestation sous forme de capital dont le montant est indiqué au certificat d'adhésion de l'assuré.

4.2. Prestation

Le montant de la prestation garantie est déterminée quelle que soit la situation matrimoniale de l'assuré au jour de son décès (base) auquel peut s'ajouter une majoration pour enfant à charge, sous réserve que les personnes prises en compte pour le calcul de la prestation répondent aux définitions du lexique. Le partenaire de PACS et le concubin, tels que défini au Lexique sont assimilés au conjoint.

Tant la prestation de base que la majoration pour enfants à charge sont versées au(x) bénéficiaire(s) indiqué(s) à la demande d'adhésion.

MODALITES DE REVALORISATION DE LA PRESTATION

A compter de la date du décès de l'assuré et jusqu'à la date de réception par l'assureur des pièces nécessaires au paiement de la prestation [(article 4.6 – Pièces à fournir)], la prestation mentionnée au certificat d'adhésion – qu'elle soit versée sous forme de capital ou de rente – est revalorisée dans les conditions prévues à l'article R132-3-1 du Code des assurances.

4.3. Bénéficiaire

Sauf stipulation contraire faite par l'assuré valable au jour du décès, la prestation (capital de base et le cas échéant majoration pour enfant(s) à charge) est versée selon la clause type ci-après :

- à son conjoint survivant non divorcé ni séparé de corps judiciairement ;
- à défaut, à son partenaire de PACS ;
- à défaut, à son concubin ;
- à défaut, par parts égales à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés comme en matière de succession ;
- à défaut, à ses autres héritiers conformément à la dévolution successorale.

L'assuré a la faculté de modifier sa désignation de bénéficiaire à tout moment et notamment lorsque celle-ci n'est plus appropriée, sur un formulaire fourni par l'assureur ou sur demande écrite datée et signée de sa main.

Lorsque l'assuré désigne nommément le bénéficiaire, il doit mentionner les coordonnées de celui-ci (nom d'usage, nom de famille (de naissance), prénom(s), sexe, adresse, date et lieu de naissance (commune, code postal, pays), adresse complète). Elles seront utilisées par l'assureur pour le paiement de la prestation.

Cette désignation peut également faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

Toute désignation devient irrévocable dès qu'elle a fait l'objet d'une acceptation expresse de la part du bénéficiaire désigné, dans les conditions prévues à l'article L132-9 du Code des assurances, à savoir notamment, par :

- avenant signé par l'assureur, le bénéficiaire et l'assuré,
- acte authentique ou sous seing privé, signé de l'assuré et du bénéficiaire, qui n'aura d'effet à l'égard de l'assureur que lorsqu'il lui aura été notifié par écrit.

Toute désignation, acceptation ou changement de désignation de bénéficiaire non porté à la connaissance de l'assureur avant paiement des sommes prévues au contrat lui est inopposable.

4.4. Exclusions

Ne sont pas garanties les suites et conséquences des événements ci-après :

- le suicide survenu au cours de la première année d'adhésion de l'assuré,
- les faits de guerres étrangères, guerres civiles sauf accomplissement du devoir professionnel,
- les mouvements populaires, mouvements de grève, attentats, actes de terrorisme ou de sabotage, émeutes, insurrections, complots, si l'assuré y prend une part active sauf en cas d'accomplissement du devoir professionnel.

4.5. Cessation de la garantie

La garantie cesse pour l'assuré, sous réserve des dispositions prévues à la garantie exonération du paiement des cotisations en cas d'arrêt de travail :

- en cas de non-paiement de la cotisation,
- à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions d'adhésion objet de l'article 2.1.1 (Conditions d'adhésion au contrat);
- le jour de la liquidation normale ou anticipée de sa pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif, sauf dans le cadre d'un cumul emploi retraite ou en cas de poursuite de la garantie dans les conditions mentionnées à l'article 2.4.2.2 (Autres obligations)
- à la date à laquelle l'assureur paie le capital prévu en cas de perte totale et irréversible d'autonomie,
- à la date à laquelle il n'est plus membre de l'association souscriptrice,
- en cas de non renouvellement de l'adhésion dans les conditions mentionnées à l'article 2.3.1 (Effet, durée, renouvellement de l'adhésion),
- à la date de résiliation du contrat dans les conditions prévues à l'article 1.3 (Prise d'effet, Durée, renouvellement et résiliation du contrat)

Et en tout état de cause, le jour de son SOIXANTE QUINZIEME (75) anniversaire.

4.6. Pièces à fournir

Le décès doit être déclaré dans les meilleurs délais en adressant à l'assureur les pièces justificatives suivantes :

- la déclaration de décès fournie par l'assureur dûment complétée ;
- un extrait d'acte de décès de l'assuré indiquant les mentions marginales ;
- un extrait d'acte de naissance de l'assuré datant de moins de TROIS mois comportant les mentions marginales et établi postérieurement au décès de l'assuré ;
- un certificat médical détaillé fourni par l'assureur, complété par le médecin traitant de l'assuré ou celui ayant constaté le décès, à retourner sous pli confidentiel avec la mention secret médical au médecin conseil de l'assureur,
- une copie de la carte nationale d'identité des bénéficiaires, datée et signée;
- un relevé d'identité bancaire des bénéficiaires,
- toute pièce nécessaire à l'appréciation du droit à la prestation.

Garantie perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) toutes causes

4.7. Objet de la garantie

La garantie, assurée par la convention 0029803 PREVOYANCE TNS A3P Non Eligible Loi MADELIN, a pour objet de verser, par anticipation, à la demande de l'assuré atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie reconnue par l'assureur, une prestation sous forme de capital mentionnée au certificat d'adhésion.

Son versement met fin à la garantie décès toutes causes.

4.8. Définition

Est considéré comme atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie, l'assuré qui remplit l'ensemble des conditions cumulatives suivantes :

- est reconnu par le médecin conseil de l'assureur définitivement incapable de se livrer à une activité quelconque pouvant lui procurer gain ou profit,
- est dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie courante : se déplacer, faire sa toilette, s'habiller, s'alimenter, satisfaire ses besoins naturels.

Son état de santé doit en outre avoir un caractère définitif et non susceptible d'amélioration.

Il est précisé que l'assureur se réserve la possibilité de soumettre l'assuré à un contrôle médical dans les conditions prévues à l'article 5.19 (Contrôle médical).

4.9. Prestation

La prestation est exigible à la date reconnue par l'assureur comme début de la perte totale et irréversible d'autonomie.

REMARQUE

Le cas échéant, la majoration pour enfant à charge est obligatoirement réglée à l'enfant qui y ouvre droit ou pour son compte à son représentant légal. En présence de plusieurs enfants, les majorations propres à chacun sont totalisées pour être réparties entre ces enfants par parts égales.

La majoration est versée sous forme de capital.

4.10. Exclusions

- **Les exclusions sont celles prévues à l'article 4.4 (Exclusions) de la garantie décès toutes causes**

4.11. Cessation de la garantie

La garantie cesse pour l'assuré, sous réserve des dispositions prévues à la garantie exonération des cotisations en cas d'arrêt de travail :

- **en cas de non-paiement de la cotisation,**
- **à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions d'adhésion objet de l'article 2.1.1 (Conditions d'adhésion au contrat);**
- **le jour de la liquidation normale ou anticipée de sa pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif, sauf dans le cadre d'un cumul emploi retraite,**
- **à la date à laquelle l'assureur paie le capital prévu en cas de décès,**
- **à la date à laquelle il n'est plus membre de l'association souscriptrice,**
- **en cas de non renouvellement de l'adhésion dans les conditions mentionnées à l'article 2.3.1 (Effet, durée, renouvellement de l'adhésion),**
- **à la date de résiliation du contrat dans les conditions prévues à l'article 1.3 (Prise d'effet, Durée, renouvellement et résiliation du contrat)**

Et en tout état de cause, le jour de son SOIXANTE SEPTIEME (67) anniversaire.

4.12. Pièces à fournir

La déclaration de perte totale et irréversible d'autonomie incombe à l'assuré qui est tenu d'en apporter la preuve à l'assureur au moyen des pièces justificatives suivantes :

- toute preuve établissant la nécessité d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie courante (le cas échéant la notification d'attribution d'une prestation pour tierce personne par son régime obligatoire)
- un certificat établi par le médecin traitant à adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'assureur,
- une copie de la carte nationale d'identité de l'assuré, datée et signée ;
- un extrait d'acte de naissance de l'assuré datant de moins de TROIS (3) mois comportant les mentions marginales,
- le questionnaire fourni par l'assureur dûment complété;
- un relevé d'identité bancaire de l'assuré,
- toute pièce nécessaire à l'appréciation du droit à la prestation.

Garantie décès accidentel

4.13. Objet de la garantie

La garantie a pour objet de verser une prestation supplémentaire en cas de décès de l'assuré consécutif à un accident tel que défini au Lexique **sous réserve que le décès survienne au plus tard dans les DOUZE mois qui suivent cet accident.**

Cette prestation dont le montant est mentionné au certificat d'adhésion revient au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) au titre de la garantie décès toutes causes. Elle est versée dans les mêmes conditions que celles objet de l'article 4.2 (Prestation) de la garantie décès toutes causes.

Conformément à l'article 1315 du Code civil, il appartient au(x) bénéficiaire(s), d'apporter la preuve de l'accident et du lien de causalité direct entre celui-ci et le décès de l'assuré.

Remarque

Les dispositions de l'article 4.2.3 (Modalités de revalorisation de la prestation) de la garantie décès toutes causes sont applicables à la présente garantie, les pièces nécessaires au paiement de la prestation sont mentionnées à l'article 4.36 (Pièces à fournir)

4.14. Exclusions

Outre les exclusions prévues à l'article 4.4 (Exclusions) de la garantie décès toutes causes, ne sont pas garanties les suites et conséquences des événements ci-après :

- L'action intentionnelle de l'assuré,
- Les acrobaties, exhibitions, paris, tentatives de record,
- La pratique de tous les sports et/ou compétition à titre professionnel,
- Les vols sur prototype
- L'utilisation d'Ultra léger Motorisé,
- La pratique du parapente et du parachutisme ascensionnel,
- L'usage de stupéfiants non prescrits médicalement,
- Les faits de participation active de l'assuré à des opérations militaires, à des émeutes ou rixes (sauf en cas de légitime défense ou d'accomplissement du devoir professionnel).

4.15. Cessation de la garantie

La garantie cesse pour l'assuré, sous réserve des dispositions prévues à la garantie exonération des cotisations en cas d'arrêt de travail :

- en cas de non-paiement de la cotisation,
- à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions d'adhésion objet de l'article 2.1.1 (Conditions d'adhésion au contrat);
- le jour de la liquidation normale ou anticipée de sa pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif, sauf dans le cadre d'un cumul emploi retraite,
- à la date à laquelle il n'est plus membre de l'association souscriptrice,
- en cas de non renouvellement de l'adhésion dans les conditions mentionnées à l'article 2.3.1 (Date d'effet, durée, renouvellement de l'adhésion),
- à la date de résiliation du contrat dans les conditions prévues à l'article 1.3 (Prise d'effet, Durée, renouvellement et résiliation du contrat)

Et en tout état de cause, le jour de son SOIXANTE SEPTIEME (67) anniversaire.

4.16. Pièces à fournir

Outre les pièces prévues à la garantie décès toutes causes, doivent être adressés à l'assureur les justificatifs suivants :

- toute pièce officielle relatant les circonstances particulières dans lesquelles est survenu le décès et prouvant l'origine accidentelle de celui-ci (notamment : procès-verbal de police, de gendarmerie, du procureur de la république près le tribunal de grande instance) ;
- le cas échéant, une coupure de presse relatant l'accident ;
- toute pièce nécessaire à l'appréciation du droit à la prestation.

TITRE 5 – DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL

Garantie incapacité temporaire totale

5.1. Objet de la garantie

La garantie a pour objet de verser une indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire totale de l'assuré telle que définie à l'article 5.2 (Définition).

5.2. Définition

Est considéré en état d'incapacité temporaire totale, l'assuré qui par suite d'une maladie ou d'un accident tels que définis au Lexique, est dans l'impossibilité complète, constatée médicalement, d'exercer son activité professionnelle déclarée à l'assureur.

5.3. Prestation

L'indemnité journalière choisie par l'assuré et mentionnée au certificat d'adhésion ainsi que la base y afférent, est versée par l'assureur à l'issue d'une durée d'arrêt de travail dite « franchise » prévue au certificat d'adhésion.

L'indemnité journalière, acquise jour par jour, est payable mensuellement sur présentation des justificatifs d'arrêt de travail du médecin traitant.

Elle n'est pas versée pendant le congé légal de maternité, de paternité ou d'adoption.

RACHAT DE FRANCHISE

La durée de la période de franchise est ramenée à TROIS (3) jours en cas d'accident, d'hospitalisation supérieure à 24h ou d'hospitalisation en ambulatoire avec chirurgie et anesthésie.

5.4. Cessation de la prestation

Le service des indemnités journalières cesse pour l'assuré :

- le jour de sa date de reprise du travail à temps plein ;
- au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail ;
- à la date de reconnaissance de l'invalidité-incapacité permanente;
- à la date de son refus de se soumettre au contrôle médical demandé par l'assureur conformément à l'article 5.19 (Contrôle médical) sauf cas fortuit ou de force majeure ;
- lorsque le médecin conseil de l'assureur le reconnaît apte à reprendre son activité à temps plein;
- le jour de la liquidation normale ou anticipée de sa pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif ;
- le jour de son SOIXANTE SEPTIEME (67) anniversaire

Et en tout état de cause, le jour de son décès.

Reprise partielle du travail

Si consécutivement à une période d'incapacité temporaire totale de l'assuré, le médecin traitant de l'assuré et / ou le médecin conseil de l'assureur le reconnaissent apte à reprendre partiellement son activité professionnelle, le versement des indemnités journalières est poursuivi par l'assureur pour un montant réduit de moitié.

Rechute

Lorsque l'assuré ayant commencé à bénéficier des prestations prévues à la présente garantie reprend son activité et doit l'interrompre moins de SOIXANTE (60) jours après cette reprise pour la même cause médicale, sous réserve de l'accord du médecin conseil de l'assureur, les prestations sont à nouveau versées dans les conditions du contrat, sans application de la franchise.

5.5. Exclusions

Les exclusions sont celles prévues à l'article 4.14 (Exclusions) de la garantie décès accidentel.

5.6. Cessation de la garantie

La garantie cesse pour l'assuré sous réserve des dispositions de la garantie exonération des cotisations en cas d'arrêt de travail,

- en cas de non-paiement de la cotisation,
- à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions d'adhésion objet de l'article 2.1.1 (Conditions d'adhésion au contrat),
- le jour de la liquidation normale ou anticipée de sa pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif, sauf dans le cadre d'un cumul emploi retraite,
- à la date à laquelle il n'est plus membre de l'association souscriptrice,
- en cas de non renouvellement de l'adhésion dans les conditions mentionnées à l'article 2.3.1 (Effet, durée, renouvellement de l'adhésion),
- à la date de résiliation du contrat dans les conditions prévues à l'article 1.3 (Prise d'effet, Durée, renouvellement et résiliation du contrat),
- le jour de son décès,

Et en tout état de cause, le jour de son SOIXANTE SEPTIEME (67) anniversaire.

5.7. Délai de déclaration

Tout arrêt de travail total ou partiel doit être déclaré à l'assureur par l'intermédiaire du souscripteur dès qu'il en a eu connaissance et au plus tard dans les QUATRE VINGT DIX (90) jours qui suivent l'expiration de la franchise, accompagné des pièces énumérées à l'article 5.8 (Pièces à fournir). Après ce délai, l'arrêt de travail est considéré avoir débuté à la date d'envoi de la déclaration à l'assureur le cachet de la poste faisant foi, sous réserve des dispositions relatives à la prescription mentionnées à l'article 1.4 (Références légales). La période antérieure à la déclaration ne fera l'objet d'aucun paiement, la franchise sera décomptée à partir de la date de déclaration.

5.8. Pièces à fournir

L'assuré doit déclarer l'arrêt de travail conformément à l'article 5.7 (Délai de déclaration), en adressant à l'assureur les pièces justificatives suivantes :

A l'ouverture du dossier:

- le formulaire de déclaration de sinistre fourni par l'assureur,
- un certificat médical d'incapacité de travail, dont le modèle est fourni par l'assureur, dûment rempli par un médecin choisi par l'assuré, à retourner au médecin conseil de l'assureur sous pli confidentiel avec la mention secret médical,
- un avis d'arrêt de travail délivré par le médecin traitant,
- en cas d'hospitalisation, le bulletin de situation indiquant les dates d'entrée et de sortie,
- en cas d'accident, les circonstances détaillées,
- un relevé d'identité bancaire.

Tant que l'assuré ne peut pas reprendre son activité :

- un avis de prolongation d'arrêt de travail délivré par le médecin traitant.

En cas de reprise totale ou partielle de travail :

- un courrier mentionnant la date de la reprise du travail totale ou partielle.

En cas de rechute au sens du contrat

- un certificat médical du médecin traitant indiquant que les arrêts sont liés à la même pathologie, adressé sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'assureur

En cas de liquidation de la retraite :

- la notification délivrée par l'organisme obligatoire concerné.

Dans tous les cas :

- toute pièce nécessaire à l'appréciation du droit à la prestation.

Garantie invalidité-incapacité permanente totale ou partielle

5.9. Objet de la garantie

La garantie a pour objet de verser, une rente annuelle en cas d'invalidité-incapacité permanente totale ou partielle de l'assuré, telle que définie ci-après.

Le montant de la rente est mentionné au certificat d'adhésion ainsi que la base y afférent.

5.10. Définitions

Après consolidation de son état de santé, l'assuré qui par suite d'une maladie ou d'un accident tels que définis au Lexique répond aux critères ci-après, est considéré en :

- **Invalidité-incapacité permanente totale**
 - s'il est reconnu atteint d'un taux d'invalidité permanente « N » égal ou supérieur à 66%, déterminé selon les dispositions mentionnées à l'article 5.11 (reconnaissance et détermination du taux d'invalidité permanente par l'assureur).
 - ET
 - sous réserve qu'il n'exerce aucune activité professionnelle, même de surveillance ou de direction susceptible de lui procurer salaire, gain ou profit.
- **Invalidité-incapacité permanente partielle**
 - s'il est reconnu atteint d'un taux d'invalidité permanente « N » compris entre 33% et 66%, déterminé selon les dispositions mentionnées à l'article 5.11 (reconnaissance et détermination du taux d'invalidité permanente par l'assureur).

5.11. Reconnaissance et détermination du taux d'invalidité permanente par l'assureur

L'invalidité-incapacité permanente est déterminée par voie d'expertise médicale indépendamment des décisions prises par le régime obligatoire de l'assuré, à la date de consolidation de son état de santé et au plus tard au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail.

Pour les assurés qui exercent leur activité en Plateau Technique Lourd (chirurgiens, anesthésistes, spécialistes), le médecin expert de l'assureur détermine un taux d'invalidité permanente (N) conformément au barème d'invalidité professionnelle totale permanente objet de l'article 6.8 de la garantie Invalidité professionnelle totale permanente.

Pour les autres assurés ou pour les assurés qui exercent leur activité en Plateau Technique Lourd (chirurgiens, anesthésistes, spécialistes) dont le type d'invalidité n'est pas énuméré au barème précité, l'invalidité est évaluée de 0 % à 100 % d'après le taux et la nature de l'invalidité par rapport à la profession exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de la profession et des possibilités d'exercices restantes, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Le taux d'invalidité permanente « N » évolue en fonction de l'état de santé de l'assuré. A cet effet, l'assureur se réserve le droit de faire contrôler ce dernier périodiquement dans les conditions prévues à l'article 5.19 (Contrôle médical).

5.12. Prestation

La rente, dont le montant est mentionné au certificat d'adhésion, est versée à la date reconnue par l'assureur comme début de l'invalidité-incapacité permanente. Elle est payable mensuellement à terme échu. Le premier paiement est effectué au prorata du temps écoulé entre le jour de la reconnaissance et la fin du mois civil en cours.

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

Lorsque l'assuré est reconnu atteint d'une invalidité-incapacité permanente partielle, le montant de la rente mentionné au certificat d'adhésion est réduit par l'application d'un coefficient égal à $N/66$, N étant le taux d'invalidité permanente déterminé conformément à l'article 5.11 (Reconnaissance et détermination du taux d'invalidité permanente par l'assureur)

En cas d'évolution du taux d'invalidité N, les prestations évoluent à la date reconnue par l'assureur comme début de l'évolution de l'état de l'assuré.

En tout état de cause, aucune rente n'est due lorsque le taux d'invalidité permanente « N » est inférieur à 33 %

5.13. Cessation de la prestation

Le service de la rente cesse pour chaque assuré :

- en cas de refus de se soumettre au contrôle médical demandé par l'assureur conformément à l'article 5.19 (Contrôle médical) sauf cas fortuit ou de force majeure ;
- si le taux d'invalidité N devient inférieur à 33 %
- le jour de sa date de reprise du travail à temps plein ;
- lorsque le médecin conseil de l'assureur le reconnaît apte à reprendre son activité à temps plein ;
- le jour de la liquidation normale ou anticipée de sa pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif ;
- le jour de son SOIXANTE SEPTIEME (67) anniversaire

Et en tout état de cause, le jour de son décès.

5.14. Cessation de la garantie

La garantie cesse pour l'assuré sous réserve des dispositions de la garantie exonération des cotisations en cas d'arrêt de travail),

- en cas de non-paiement de la cotisation,
- à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions d'adhésion objet de l'article 2.1.1 (Conditions d'adhésion au contrat) ;
- le jour de la liquidation normale ou anticipée de sa pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif, sauf dans le cadre d'un cumul emploi retraite,
- à la date à laquelle il n'est plus membre de l'association souscriptrice,
- en cas de non renouvellement de l'adhésion dans les conditions mentionnées à l'article 2.3.1 (Date d'effet, durée, renouvellement de l'adhésion),
- à la date résiliation du contrat dans les conditions prévues à l'article 1.3 (Prise d'effet, Durée, renouvellement et résiliation du contrat)
- le jour de son décès

Et en tout état de cause, le jour de son SOIXANTE SEPTIEME (67) anniversaire.

5.15. Exclusions

Les exclusions prévues à l'article 5.5 (Exclusions) de la garantie incapacité temporaire totale

5.16. Pièces à fournir

Outre les pièces prévues à la garantie incapacité temporaire totale, doivent être adressés à l'assureur les justificatifs suivants :

- en cas d'évolution de l'état de santé de l'assuré, le certificat médical du médecin traitant à adresser sous pli confidentiel au médecin conseil de l'assureur,
- en cas de liquidation de la retraite, la notification délivrée par l'organisme obligatoire concerné ;
- en cas de reprise du travail totale ou partielle, un courrier mentionnant la date de la reprise du travail totale ou partielle;
- un relevé d'identité bancaire,

Et le cas échéant, toute pièce nécessaire à l'appréciation du droit à la prestation.

Garantie exonération du paiement des cotisations des garanties en cas d'arrêt de travail

5.17. Objet de la garantie

En cas d'arrêt de travail ou d'incapacité-invalidité permanente d'un assuré consécutivement à une maladie ou un accident, la cotisation relative aux garanties retenues cesse d'être due à l'issue de la franchise, sous réserve que les conditions contractuelles d'ouverture du droit aux garanties en cas d'arrêt de travail soient remplies qu'elles soient souscrites ou non. Les garanties du présent contrat sont maintenues pendant toute la période d'exonération.

En cas de reprise du travail partielle pour raison de santé ou d'invalidité-incapacité permanente partielle, la cotisation exonérée est réduite de 50 %.

5.18. Cessation de la garantie

La garantie exonération cesse pour l'assuré :

- le jour de sa date de reprise du travail à temps plein
- à la date de son refus de se soumettre au contrôle médical demandé par l'assureur conformément à l'article 5.19 (Contrôle médical) sauf cas fortuit ou de force majeure ;
- lorsque le médecin conseil de l'assureur le reconnaît apte à reprendre son activité à temps plein ;
- le jour de la liquidation normale ou anticipée de sa pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif, sauf dans le cadre d'un cumul emploi retraite,
- à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions d'adhésion objet de l'article 2.1.1 (Conditions d'adhésion au contrat);
- en cas de non renouvellement de l'adhésion dans les conditions mentionnées à l'article 2.3.1 (Effet, durée, renouvellement de l'adhésion),
- à la date de résiliation du contrat dans les conditions prévues à l'article 1.3 (Prise d'effet, Durée, renouvellement et résiliation du contrat)
- le jour de son SOIXANTE SEPTIEME (67) anniversaire

Et en tout état de cause, le jour de son décès.

Garantie Maternité

5.19. Objet de la garantie

La garantie maternité a pour objet de verser une allocation en cas d'accouchement à l'assurée dont le versement des prestations au titre de la garantie incapacité temporaire totale est suspendu pendant le congé légal de maternité.

Conformément à l'article 2.3.3. (Date d'effet et durée des garanties), la garantie prend effet à l'issue d'un délai de carence de 9 mois décompté à partir de la date d'affiliation de l'assuré.

Le montant de l'allocation est mentionné au certificat d'adhésion.

5.20. Prestation

L'allocation est versée au plus tôt le lendemain de la date de l'accouchement sur présentation des pièces mentionnée à l'article 5.22 (Pièces à fournir).

5.21. Cessation de la garantie

La garantie cesse pour l'assurée sous réserve des dispositions de la garantie exonération des cotisations en cas d'arrêt de travail,

- en cas de non-paiement de la cotisation,
- à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions d'adhésion objet de l'article 2.1.1 (Conditions d'adhésion au contrat),
- le jour de la liquidation normale ou anticipée de sa pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif, sauf dans le cadre d'un cumul emploi retraite,
- à la date à laquelle il n'est plus membre de l'association souscriptrice,
- en cas de non renouvellement de l'adhésion dans les conditions mentionnées à l'article 2.3.1 (Effet, durée, renouvellement de l'adhésion),
- à la date de résiliation du contrat dans les conditions prévues à l'article 1.3 (Prise d'effet, Durée, renouvellement et résiliation du contrat),

Et en tout état de cause, le jour de son décès.

5.22. Pièces à fournir

L'accouchement doit être déclaré dans les meilleurs délais en adressant à l'assureur les pièces justificatives suivantes:

- L'acte de naissance du ou des enfants ;
- La copie du livret de famille de l'assurée ;
- Toute pièce que l'assureur jugerait nécessaire pour le paiement de l'allocation.

Dispositions communes à l'ensemble des garanties du contrat

5.23. Contrôle médical

L'assureur n'est pas tenu par les décisions prises par le régime obligatoire de l'assuré. A cet effet et **sous peine de déchéance de garantie et/ou d'interruption du paiement des prestations** en cours de service en faveur de l'assuré, l'assureur se réserve le droit d'apprécier et de contrôler l'état de santé de l'assuré en lui demandant à tout moment :

- Tout justificatif qui lui paraîtrait nécessaire afin de contrôler les déclarations qui lui sont faites,
- De se soumettre à un examen médical ayant pour objet de contrôler son état de santé ainsi que les avis et pièces justificatives qu'il aura transmis et ce, indépendamment des décisions prises par le régime obligatoire dont il relève.

Lors de l'examen médical, l'assuré a la faculté de se faire assister par son médecin traitant ou tout autre médecin de son choix.

En cas de contestation, l'assuré peut, le cas échéant, mettre en œuvre une procédure d'arbitrage dans le cadre d'un protocole signé par l'assureur et l'assuré.

Faute d'entente, la désignation d'un tiers expert sera faite à la demande de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. Les frais et honoraires du tiers expert seront dans tous les cas supportés par moitié par les deux parties.

5.24. Revalorisation des prestations en cours de service

Les prestations périodiques versées au titre des garanties rente éducation, rente de conjoint, en cas d'arrêt de travail de l'assuré sont revalorisées à compter du 1er janvier de l'année qui suit le 365ème jour qui suit la date anniversaire du décès ou l'arrêt de travail de l'assuré, puis à chaque 1er janvier, en fonction de l'évolution du point AGIRC dans la limite du fonds de revalorisation de Quatrem.

En cas de résiliation de l'adhésion au contrat, l'ensemble des revalorisations versé est maintenu à son niveau atteint au jour de la résiliation.

TITRE 6 – DISPOSITIONS RELATIVES A LA GARANTIE INVALIDITE PROFESSIONNELLE TOTALE PERMANENTE

6.1 Objet de la garantie

La garantie, **assurée par la convention 0029803 PREVOYANCE TNS A3P Non Eligible LOI MADELIN**, a pour objet de verser une prestation sous forme de capital en cas d'invalidité professionnelle totale permanente de l'assuré consécutive à un accident ou une maladie tels que définis au Lexique.

6.2 Definition

Est considéré comme atteint d'une invalidité professionnelle totale permanente, l'assuré qui remplit l'ensemble les conditions cumulatives suivantes :

- A subi un dommage corporel entraînant une incapacité fonctionnelle physique,
- dont l'état de santé a un caractère définitif et non susceptible d'amélioration,
- est reconnu par le médecin expert de l'assureur atteint d'une Invalidité professionnelle totale permanente supérieure ou égale à 66 % dont il fixe le taux conformément aux dispositions de l'article 6.3. (Prestation).

6.3 Reconnaissance et détermination du taux d'invalidité professionnelle par l'assureur

L'invalidité professionnelle totale permanente est déterminée par voie d'expertise médicale indépendamment des décisions prises par le régime obligatoire de l'assuré, à la date de consolidation de son état de santé et au plus tard au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail.

Pour les assurés qui exercent leur activité en Plateau Technique Lourd (chirurgiens, anesthésistes, spécialistes), le médecin expert de l'assureur détermine un taux d'invalidité permanente (N) conformément au barème d'invalidité professionnelle totale permanente objet de l'article 6.8 (barème d'invalidité professionnelle).

Pour les autres assurés ou pour les assurés qui exercent leur activité en Plateau Technique Lourd (chirurgiens, anesthésistes, spécialistes) dont le type d'invalidité n'est pas énuméré au barème précité, l'invalidité est évaluée de 0 % à 100 % d'après le taux et la nature de l'invalidité par rapport à la profession exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de la profession et des possibilités d'exercices restantes, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Sauf cas fortuit ou de force majeure tout refus de l'assuré de se soumettre à une expertise médicale entraîne la déchéance de la garantie.

En cas de contestation, l'assuré peut, le cas échéant, mettre en œuvre la procédure d'arbitrage dans les conditions prévues à l'article 5.23 (Contrôle médical) du contrat.

6.4 Prestation

Le capital, payable à l'assuré, est exigible à la date de reconnaissance par l'assureur, de l'invalidité professionnelle totale permanente de l'assuré.

Il est défini en fonction du taux d'invalidité professionnelle reconnu par le médecin conseil de l'assureur et en fonction d'une franchise mentionnés au certificat d'adhésion.

6.5 Exclusions

Les exclusions sont celles prévues à l'article 4.14 (Exclusions) de la garantie décès accidentel.

6.6 Cessation de la garantie

La garantie cesse pour chaque assuré, sauf en cas d'application des dispositions de la garantie exonération des cotisations en cas d'arrêt de travail :

- en cas de non-paiement de la cotisation,
- à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions d'adhésion objet de l'article 2.1.1 (Conditions d'adhésion au contrat),
- le jour de la liquidation normale ou anticipée de sa pension d'assurance vieillesse d'un régime obligatoire quel qu'en soit le motif, sauf dans le cadre d'un cumul emploi retraite,
- à la date à laquelle il n'est plus membre de l'association souscriptrice,

- en cas de non renouvellement de l'adhésion dans les conditions mentionnées à l'article 2.3.1 (Date d'effet, durée, renouvellement de l'adhésion),
- à la date de résiliation du contrat dans les conditions prévues à l'article 1.3 (Prise d'effet, durée, renouvellement et résiliation du contrat),
- le jour de son décès,

Et en tout état de cause, le jour de son SOIXANTE SEPTIEME (67) anniversaire.

6.7 Pièces A Fournir

La déclaration d'invalidité professionnelle totale permanente incombe à l'assuré au moyen des pièces justificatives suivantes :

- l'imprimé « certificat médical » délivré par l'assureur et dûment rempli par le médecin traitant à adresser sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'assureur,
- un extrait d'acte de naissance de l'assuré,
- toute pièce que l'assureur jugerait nécessaire pour le paiement du capital.

6.8 Barème d'invalidité professionnelle

Modalités d'application du barème

Ce barème s'applique pour les assurés qui exercent leur activité en Plateau Technique Lourd (chirurgiens, anesthésistes, spécialistes) et dont le type d'invalidité est énuméré au barème ci-après.

Si l'assuré est gaucher, les taux prévus au barème ci-dessous pour les différentes invalidités du membre supérieur droit et du membre supérieur gauche sont intervertis.

En cas d'invalidités multiples, chaque invalidité partielle sera appréciée isolément sans que, toutefois, l'addition des taux d'invalidité partielle concernant le même membre ou organe puisse excéder le taux résultant de sa perte totale, en tout état de cause, la somme globale des invalidités partielles est limitée à 100 %.

| TÊTE | |
|---|----------|
| * Paralysie complète | 100% |
| * Aliénation mentale incurable et totale | 100% |
| * Perte complète de la vision des deux yeux | 100% |
| * Perte complète de la vision d'un oeil | 50% |
| * Surdité totale et incurable des deux oreilles | 100% |
| * Surdité totale et incurable d'une oreille | 20% |
| MEMBRES SUPERIEURS DIRECTEURS | |
| * Amputation ou perte fonctionnelle totale du bras, de l'avant-bras, du poignet | 100% |
| * Ankylose de l'épaule | 100% |
| * Ankylose complète du coude (en position favorable, c'est-à dire telle que le bras forme avec l'avant-bras un angle fixe compris en 70  et 110 ) | 80% |
| * Ankylose complète du coude (en position défavorable, c'est- à-dire telle que le bras forme avec l'avant-bras un angle fixe compris en dehors des limites précédentes) | 100% |
| * Perte fonctionnelle partielle du poignet | 80% |
| MAINS | |
| * Amputation ou perte fonctionnelle totale de la main | 100% |
| * Amputation ou perte fonctionnelle totale du pouce | 100% |
| * Amputation ou perte fonctionnelle totale de l'index | 100% |
| * Amputation ou perte fonctionnelle totale du médius | 50% |
| * Amputation ou perte fonctionnelle totale de l'annulaire ou auriculaire | 30% |
| MEMBRES INFERIEURS | |
| * Amputation au-dessus du genou ou perte fonctionnelle | 100% |
| * Amputation du pied | 100% |
| * Raccourcissement d'une jambe d'au moins un centimètre | 5% |
| * Raccourcissement d'une jambe d'au moins cinq centimètres | 15% |
| * Ankylose totale de la hanche | 100% |
| * Ankylose totale du genou | 100% |
| * Ankylose totale du cou de pied | 80% |
| * Amputation ou perte fonctionnelle totale d'un gros orteil | 10% |
| * Amputation ou perte fonctionnelle totale d'un orteil | 5% |
| TRONC | |
| * Fracture d'un corps vertébral (selon les séquelles non neurologiques) | 10 à 50% |
| * Fracture de côtes avec déformation thoracique et troubles fonctionnels | 20 à 50% |
| * Fracture du bassin (selon les séquelles) | 5 à 50% |
| * Eclatement de la rate (selon les séquelles en particulier hématologiques) | 15   30% |



ASSOCIATION DE PRÉVOYANCE ET DE PROTECTION DE LA PERSONNE

A 3 P

Assureur du Contrat
Malakoff Médéric Courtage

Quatrem SA au capital de 510 426 261 euros
régie par le Code des assurances
Siège social : 21 rue Laffitte - 75009 Paris.
Une société du groupe Malakoff Médéric
412 367 724 RCS Paris
Quatrem – Pôle Réclamations – TSA 20002 –
78075 Saint-Quentin-en-Yvelines Cedex –
reclamations.quatrem@malakoffmederic.com

POUR TOUTES QUESTIONS, CONTACTER
C2P - Courtier et conseil de l'association A3P
6 rue des Aulnes
69410 CHAMPAGNE AU MONT D'OR
email : contact@c2p.eu
Tél. : 04 81 65 18 92

CONSEIL EN PROTECTION DES PERSONNES – SAS de courtage d'assurance au capital de 3000 € dont le siège social est situé 5 rue du Pré Félin à ANNECY LE VIEUX (74940) - RCS ANNECY n°538209685 - Etablissement secondaire : 6 rue des Aulnes à CHAMPAGNE AU MONT D'OR (69410) - Immatriculée à l'ORIAS en qualité de courtier d'assurance sous le numéro n°12064743 (vérifiable sur le site www.orias.fr). Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes aux articles L 512-6 et L 512-7 du code des assurances – Intermédiaire d'assurance sous le contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout 75009 Paris (www.acpr.banque-france.fr) – C2P travaille, en application des dispositions de l'article L 520-1 II b C. Ass., avec un nombre restreint de fournisseurs sans obligation contractuelle (la liste des partenaires est disponible sur simple demande)
Service réclamation : service.reclamation@c2p.eu