

NOTICE (valant conditions générales)



Assurance de Prêt Prévoir

La meilleure protection pour votre projet immobilier



ENTRE NOUS C'EST FACILE DE SE COMPRENDRE



REF CG : PRP 13-06/13

SPECIMEN

PREAMBULE	p.4
1. QUI PEUT ADHERER ET ETRE ASSURE ?	p.5
2. QUE GARANTISSENT LES CONVENTIONS ASSURANCE DE PRET PREVOIR ?	p.5
3. LE CONTENU DE VOS GARANTIES	
3.1. VOTRE GARANTIE DÉCÈS / PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE	p.5
3.2. VOTRE GARANTIE INVALIDITÉ SPÉCIALE PROFESSIONS MÉDICALES	p.7
3.3. VOTRE GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (I.T.T.) / INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (I.P.T.)	p.7
3.4. VOTRE GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P.)	p.8
3.5. VOS OPTIONS CONFORT ET CONFORT +	p.9
3.6. OPTION PRÉVOYANCE	p.10
4. ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES	p.10
5. PARTICULARITES	p.10
6. COMMENT METTRE EN ŒUVRE VOS GARANTIES ?	
6.1. LES DOCUMENTS À NOUS ADRESSER	p.11
6.2. L'EXPERTISE MÉDICALE	p.12
6.3. LES MODALITÉS DE VERSEMENT DE PRESTATIONS	p.13
6.4. FAUSSE DÉCLARATION EN CAS DE SINISTRE	p.13
7. CE QUE VOTRE CONTRAT NE PREND PAS EN CHARGE	p.13
8. A PARTIR DE QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS ETES VOUS GARANTI ?	
8.1. LA PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES	p.15
8.2. LA GARANTIE TEMPORAIRE	p.15
8.3. LE DÉLAI D'ATTENTE	p.15
8.4. LA RENONCIATION	p.15
8.5. LA DURÉE DE VOS GARANTIES	p.15
8.6. LA CESSATION DE VOS GARANTIES	p.16
9. VOTRE COTISATION	
9.1. COMMENT EST DÉTERMINÉE L'ASSIETTE DE VOTRE COTISATION ?	p.16
9.2. PAIEMENT DE VOTRE COTISATION	p.16
9.3. QUE SE PASSE T-IL SI VOUS NE PAYEZ PAS VOTRE COTISATION ?	p.16
9.4. EXONÉRATION DE VOTRE COTISATION	p.17
10. QUELLES INFORMATIONS DEVEZ-VOUS PORTER A LA CONNAISSANCE DE PREVOIR SANTE SERVICE ?	p.17
11. PRESCRIPTION	p.17
12. CONVENTION AERAS («S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVÉ DE SANTÉ»).....	p.18
13. QUE FAIRE EN CAS DE RECLAMATIONS ?	p.18
LEXIQUE	p.19
ANNEXES	p.20
EXTRAITS DES STATUTS ASSOCIATION DES ASSURES APRIL	p.21

PREAMBULE

La présente Notice valant conditions générales a pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre des Conventions d'assurance de groupe souscrites par l'Association des Assurés d'APRIL auprès de PREVOIR Vie (pour le risque Décès – Branche 20) et PREVOIR Risques Divers (pour les risques *Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Invalidité Spéciale Professions Médicales, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente Partielle et Invalidité Permanente Totale* - Branches 1 et 2).

Les organismes assureurs de ces Conventions sont PREVOIR Vie société d'assurance au capital de 45 000 000 euros - RCS Paris 343 286 183 et PREVOIR Risques Divers société d'assurance au capital de 9 000 000 euros - RCS Paris 572 084 051, dont les sièges sociaux sont situés 19 rue d'Aumale, 75306 PARIS Cedex 09, entreprises régies par le Code des assurances et soumises à l'Autorité de Contrôle Prudenciel (ACP) située 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09.

PREVOIR Vie et PREVOIR Risques Divers sont également désignés par le terme « Organisme assureur » dans la présente Notice.

Le souscripteur des Conventions est l'Association des Assurés d'APRIL - association loi 1901, située 69439 LYON Cedex 03, dont l'objet social est d'étudier, de souscrire et de promouvoir au profit de ses adhérents, tout type d'assurance autorisée par la loi, sous la forme d'assurance collective et dont le risque est assuré par des organismes d'assurance habilités, relevant soit du Code des assurances, soit du Code de la mutualité ou encore du Code de la Sécurité sociale.

L'Association des Assurés d'APRIL est également désignée par le terme « Association » dans la présente Notice.

L'organisme gestionnaire des Conventions est, par délégation de l'Organisme assureur, APRIL Santé Prévoyance SA au capital social de 500 000 euros dont le siège social est situé Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 LYON Cedex 03 - RCS Lyon 428 702 419 - N° ORIAS 07 002 609, entreprise soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudenciel (ACP) située 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09, ci-après dénommée Prévoir Santé Service.

Prévoir Santé Service est également désigné par le terme « Nous » dans la présente Notice.

L'adhésion à ces Conventions est constituée par la demande d'adhésion, la présente Notice et le *Certificat d'adhésion*. Ces Conventions sont soumises à la législation française et notamment au Code des assurances.

Le terme « Adhérent » désigne la personne physique ou morale qui adhère aux présentes Conventions. Il est également désigné par le terme « Vous » dans la présente Notice.

Le terme « Assuré » désigne la personne qui bénéficie des garanties des présentes Conventions. L'Assuré est inscrit au *Certificat d'adhésion*.

Pour faciliter votre compréhension, chaque terme ou expression comportant une majuscule en italique est défini(e) au Lexique.

À NOTER :

En adhérant à ce contrat vous devenez membre d'une association pouvant vous venir en aide en cas de détresse à l'aide de son fonds social. Vous pouvez consulter les statuts sur le site www.associationdesassuresapril.fr.

À NOTER :

La gestion de votre contrat par Prévoir Santé Service, c'est la garantie d'un service de qualité. Vos demandes d'indemnisation sont étudiées en 24 heures et vos réclamations en 48 heures.

1. QUI PEUT ADHERER ET ETRE ASSURE ?

Pour adhérer au titre de ces Conventions, vous devez :

- être une personne physique âgée de 18 ans au moins au 31 décembre de l'année de prise d'effet des garanties ou une personne morale,
- résider en France, dans un Etat membre de l'Union Européenne ou de l'Espace Economique Européen ou en Suisse,
- avoir contracté un emprunt ou un crédit bail ou être *Caution* d'un emprunt ou crédit bail libellé en euros et rédigé en français auprès d'un *Organisme prêteur* d'un montant minimum garanti de 18 000 euros si Vous êtes âgé de moins de 55 ans ou de 7 500 euros si Vous êtes âgé de 55 ans et plus.

Pour être assuré au titre de ces Conventions, l'Assuré doit :

- être une personne physique âgée de 18 ans au moins et de 80 ans au plus pour la garantie Décès et de 64 ans au plus pour les autres garanties, au 31 décembre de l'année de prise d'effet des garanties,
- remplir les conditions de résidence définies à l'article 3 « Le contenu de vos garanties »,
- être emprunteur, co-emprunteur ou *Caution* de personne physique ou de personne morale,
- avoir satisfait aux formalités médicales.

Prévoir Santé Service se réserve le droit de solliciter tout renseignement complémentaire nécessaire à l'appréciation du risque et pourra Vous demander de communiquer :

- le tableau d'amortissement de l'emprunt ou celui des loyers ainsi que le montant de l'option d'achat dans le cas d'un crédit-bail,
- l'acte notarié du crédit-vendeur et la déclaration faite au centre des impôts lorsque le prêt est souscrit auprès d'un particulier,
- l'acte de cautionnement lorsque l'Assuré a la qualité de *Caution*.

Attention : Toute omission, réticence, fausse déclaration dans les informations qui seront fournies à Prévoir Santé Service entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.

2. QUE GARANTISSENT LES CONVENTIONS ASSURANCE DE PRET PREVOIR ?

En fonction des garanties et de la *Quotité assurée* que Vous aurez choisies, l'Organisme assureur versera au *Bénéficiaire* :

- un capital en cas de décès, de *Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* (P.T.I.A.) de l'Assuré ou d'*Incapacité Spéciale Professions Médicales*,
- tout ou partie des mensualités du prêt ou des loyers (dans le cadre d'un crédit bail) venant à échéance, en cas d'*Incapacité Temporaire Totale* (I.T.T.), d'*Incapacité Permanente Partielle* (I.P.P.) ou d'*Incapacité Permanente Totale* (I.P.T.) de l'Assuré.

Concernant la garantie *Incapacité Temporaire Totale* (I.T.T.), Vous avez le choix entre la *Franchise* de 30, 60, 90 ou 180 jours si Vous exercez de manière effective une activité professionnelle à l'adhésion.

Si vous n'exercez pas de manière effective une activité professionnelle à l'adhésion ou si Vous résidez dans un Département et Région d'Outre-Mer (Réunion, Guadeloupe, Martinique, Guyane), à Saint Barthélemy ou à Saint Martin, Vous avez le choix entre la *Franchise* de 90 ou 180 jours.

Les garanties dont bénéficie l'Assuré sont mentionnées au *Certificat d'adhésion*.

3. LE CONTENU DE VOS GARANTIES

3.1. VOTRE GARANTIE DÉCÈS / PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE :

Cette garantie peut être souscrite exclusivement par les Assurés résidant en France, dans un Etat membre de l'Union Européenne ou de l'Espace Economique Européen ou en Suisse.

En cas de décès :

Si l'Assuré décède à la suite d'un *Accident* ou d'une *Maladie* garanti(e), il est versé au(x) *Bénéficiaire(s)* désigné(s) le capital restant dû au jour du décès, tel qu'il est indiqué sur le tableau d'amortissement remis

par l'Organisme prêteur dans la limite du *Montant garanti*.

Lorsque l'adhésion porte sur un contrat de crédit-bail, le capital restant dû est égal à la totalité des loyers à échoir toutes taxes comprises et à la valeur résiduelle éventuelle toutes taxes comprises (option d'achat) dans la limite du *Montant garanti*.

Le paiement du capital met fin à l'assurance.

La garantie Décès cesse au plus tard au 31 décembre du 85ème anniversaire de l'Assuré.

Dispositions concernant le(s) Bénéficiaire(s) du capital décès n'ayant pas la qualité d'Organisme prêteur :

Le(s) Bénéficiaire(s) du capital décès :

A l'adhésion, Vous pouvez désigner le(s) *Bénéficiaire(s)* dans votre demande d'adhésion. Vous pouvez modifier à tout moment votre désignation bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée. La désignation bénéficiaire peut être faite sous seing privé (exemple : lettre) ou par acte authentique (exemple : testament chez un notaire) ou par avenant.

Dans tous les cas, Vous devez envoyer à Prévoir Santé Service une lettre datée et signée l'informant de cette nouvelle désignation bénéficiaire.

En l'absence de désignation valable au jour du décès de l'Assuré, les sommes dues seront versées :

- à ses héritiers légaux nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales si l'Assuré a la qualité de *Caution*,
- à son *Conjoint* survivant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, à défaut à ses enfants nés ou à naître vivants ou représentés par parts égales, à défaut à ses ascendants par parts égales, à défaut à ses héritiers par parts égales si l'Option Prévoyance, définie à l'article 3.6, est souscrite.

Lorsque le(s) *Bénéficiaire(s)* sont nommément désigné(s), Vous devez porter sur la demande d'adhésion les coordonnées de ce(s) dernier(s) qui seront utilisées pour le règlement du capital.

Conséquences de l'acceptation du Bénéficiaire :

La personne que Vous avez désignée comme *Bénéficiaire* en cas de décès, peut à tout moment, avec votre accord, accepter le bénéfice de cette désignation faite à son profit en se manifestant expressément auprès de Prévoir Santé Service. Cette acceptation peut prendre la forme d'un avenant signé de Prévoir Santé Service, de l'Adhérent et du *Bénéficiaire*. Elle peut également prendre la forme d'un acte sous seing privé ou authentique signé de l'Adhérent et du *Bénéficiaire* et n'aura alors d'effet à l'égard de l'Organisme assureur que lorsqu'elle aura été notifiée à Prévoir Santé Service. Dans ce cas le *Bénéficiaire* devient bénéficiaire acceptant et son accord devient obligatoire si Vous souhaitez désigner un autre *Bénéficiaire*. A défaut d'accord, l'Organisme assureur ne pourra procéder à aucune modification.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) :

La *Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* consécutive à une *Maladie* ou à un *Accident* garanti(e) est assimilée au Décès.

Si à la suite d'un *Accident* ou d'une *Maladie* garanti(e), l'Assuré est reconnu en état de *Perte Totale et Irréversible d'Autonomie*, il sera versé au(x) *Bénéficiaire(s)* désigné(s) le capital restant dû tel qu'il est indiqué sur le tableau d'amortissement remis par l'*Organisme Prêteur* dans la limite du *Montant garanti*.

Le capital restant dû est déterminé par référence au jour où la P.T.I.A. est reconnue par Prévoir Santé Service.

Pour bénéficier de cette garantie, la P.T.I.A. doit être consolidée avant que l'Assuré ait atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse et au plus tard au 31 décembre de son 70ème anniversaire, même si l'*Accident* ou la *Maladie* qui en est la cause est antérieur.

La garantie P.T.I.A. cesse lorsque l'Assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse et au plus tard au 31 décembre de son 70ème anniversaire.

Le paiement du capital met fin à l'assurance.

À NOTER :

Pour être garanti à 100%, le capital assuré doit être égal à la totalité des loyers TTC et à la valeur de rachat.

À NOTER :

Un état consolidé signifie que votre état de santé doit médicalement ne plus être susceptible d'évoluer vers une aggravation ou une amélioration. Cet état est apprécié par une autorité médicale.

3.2. VOTRE GARANTIE INVALIDITÉ SPÉCIALE PROFESSIONS MÉDICALES :

En complément de la garantie Décès / P.T.I.A, cette garantie peut être souscrite exclusivement :

- par les Assurés exerçant la profession de médecin, de chirurgien, de chirurgien-dentiste, d'interne, de sage-femme, de pharmacien, de kinésithérapeute ou de vétérinaire et résidant en France Continentale.
- au moment de l'adhésion aux Conventions et au plus tard dans les quatre (4) mois qui suivent la date de signature du questionnaire de santé que l'Assuré a renseignée dans la demande d'adhésion.

L'*Invalidité Spéciale Professions Médicales* consécutive à une *Maladie* ou à un *Accident* garanti(e) est assimilée au Décès.

En cas d'invalidité, appréciée par rapport au barème d'invalidité professionnelle permanente à 100% ci-annexé, il sera versé au(x) *Bénéficiaire(s)* désigné(s) le capital restant dû tel qu'il est indiqué sur le tableau d'amortissement remis par l'*Organisme Prêteur* dans la limite du *Montant garanti*.

Le capital restant dû est déterminé par référence au jour où la justification de la date de *Consolidation* de l'*Invalidité Professionnelle Permanente à 100%* a été fournie.

Pour bénéficier de cette garantie, l'invalidité doit être consolidée avant que l'Assuré ait atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse et au plus tard au 31 décembre de son 70ème anniversaire, même si l'*Accident* ou la *Maladie* qui en est la cause est antérieur.

La garantie *Invalidité Spéciale Professions Médicales* cesse lorsque l'Assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse et au plus tard au 31 décembre de son 70ème anniversaire.

Le paiement du capital met fin à l'assurance.

3.3. VOTRE GARANTIE INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE (I.T.T.) / INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE (I.P.T.) :

En complément de la garantie Décès / P.T.I.A, cette garantie peut être souscrite exclusivement par les Assurés résidant en France Continentale, dans un Département et Région d'Outre-Mer (Réunion, Guadeloupe, Martinique, Guyane), à Saint Barthélemy, à Saint Martin, dans un Etat membre de l'Union Européenne ou de l'Espace Economique Européen ou en Suisse.

Cette garantie ne peut pas être souscrite pour les prêts avec différé total de remboursement d'une durée supérieure à trente six (36) mois ainsi que pour les prêts relais quelle que soit la durée de différé total.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale :

Prévoir Santé Service verse selon la *Franchise* souscrite à l'adhésion à compter du 31ème, 61ème, 91ème ou du 181ème jour d'*Incapacité Temporaire Totale*, les arrrages de remboursement ou de loyer venant à échéance tels qu'ils sont mentionnés au tableau d'amortissement remis par l'*Organisme Prêteur* dans la limite du *Montant garanti*.

Les prestations sont versées à l'*Organisme prêteur* ou directement à l'Assuré si ce dernier est *Caution* ou si l'Option *Prévoyance* est souscrite.

La prise en charge de tout ou partie des échéances de remboursement ou de loyer s'applique pendant la durée de l'I.T.T. proportionnellement à cette durée.

Pour donner droit aux versements définis ci-dessus, l'incapacité doit entraîner une interruption réelle et complète des activités professionnelles de l'Assuré ou des *Occupations de la vie quotidienne* pour l'Assuré n'exerçant pas de manière effective d'activité professionnelle au jour du *Sinistre*.

L'Assuré doit suivre le traitement médical qui lui est prescrit et se soumettre au repos nécessaire à sa guérison.

En cas de reprise effective du travail à mi-temps pour raison médicale sur prescription de votre médecin traitant, Prévoir Santé Service versera pendant six (6) mois maximum les arrrages de remboursement ou de loyer venant à échéance à hauteur de 50% du *Montant garanti* sous réserve que l'Assuré ait été indemnisé pendant au moins deux (2) mois au titre de l'*Incapacité Temporaire Totale*.

PRÉCISION :

Arrrage : il s'agit des sommes que vous remboursez à votre banque.

PRÉCISION :

Si votre échéance mensuelle garantie en cas d'incapacité totale est de 800 euros, la prestation versée en cas de reprise à temps partiel est de 400 euros.

Toute *Rechute* dans les deux (2) mois de la reprise du travail ou des *Occupations de la vie quotidienne* sera considérée comme un seul et même *Sinistre* sous réserve que l'incapacité initiale ait été prise en charge par l'Organisme assureur et que votre garantie I.T.T. soit toujours en vigueur à la date de la *Rechute*. Dans cette hypothèse, le service des prestations est repris dès le 1er jour de la cessation des activités, sans nouvelle application du délai de *Franchise*. Toute nouvelle cessation d'activité postérieure à la date de résiliation de votre garantie I.T.T. ne pourra être prise en charge.

À NOTER :
Dans ce cas aucune nouvelle franchise n'est appliquée.

Les prestations cesseront d'être versées :

- en cas de reprise totale ou partielle du travail (sauf si elle est justifiée pour raison médicale sur prescription de votre médecin traitant) ou des *Occupations de la vie quotidienne*,
- en cas d'expertise médicale, s'il est établi que l'Assuré n'est pas dans l'incapacité physique totale de travailler ou d'accomplir les *Occupations de la vie quotidienne*,
- à la date de la *Consolidation* de l'état de santé de l'Assuré,
- et/ou pendant la période de congé légal de maternité pour les Assurées,
- et dans tous les cas, à la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse et au plus tard au 31 décembre de son 70ème anniversaire.

PRÉCISION :
Le congé légal de maternité n'est pas un arrêt maladie, c'est pourquoi il ne peut donner lieu à indemnisation.

En cas d'Invalidité Permanente Totale :

En cas d'I.P.T., la base de calcul des prestations sera identique à celle de l'I.T.T. au jour du *Sinistre*.

Pour qu'il y ait *Invalidité Permanente Totale*, l'Assuré qui exerce de manière effective une activité professionnelle au jour de l'arrêt initial doit présenter une invalidité fonctionnelle physique ou mentale et conjointement une invalidité professionnelle.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème indicatif des incapacités, en vigueur au jour du *Sinistre*, publié par le Concours médical ci-annexé.

Le taux d'invalidité professionnelle est apprécié en tenant compte des répercussions de l'invalidité fonctionnelle sur la profession exercée, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Ces taux étant fixés chacun entre 0 et 100%, le taux d'invalidité permanente « N » est obtenu par le tableau à double entrée ci-annexé.

L'Assuré qui n'exerce pas de manière effective une activité professionnelle au jour de l'arrêt initial doit présenter une invalidité fonctionnelle physique ou mentale.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème d'évaluation médico-légale, en vigueur au jour du *Sinistre*, publié par la Société de Médecine Légale et l'AMEDOC (Editions ESKA).

Le taux d'invalidité permanente doit être supérieur à 66%.

Pour bénéficier de cette garantie, l'I.P.T. doit être consolidée avant que l'Assuré ait atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse et au plus tard au 31 décembre de son 70ème anniversaire, même si l'*Accident* ou la *Maladie* qui en est la cause est antérieur.

La prise en charge des échéances de remboursement ou de loyer s'applique pendant la durée de l'I.P.T. proportionnellement à cette durée.

La garantie I.P.T. cesse lorsque l'Assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse et au plus tard au 31 décembre de son 70ème anniversaire.

Toute modification à la hausse du plan d'amortissement du prêt pendant une période d'I.T.T. ou d'I.P.T. ne peut être prise en compte.

L'Organisme Assureur ne prend jamais en charge au titre de la garantie I.T.T./I.P.T. :

- le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non,
- les échéances de remboursement des prêts ayant un différé total de remboursement d'une durée supérieure à trente six (36) mois,
- les échéances de remboursement des prêts relais avec différé total,
- l'option d'achat prévue au crédit bail si l'état d'I.T.T. ou d'I.P.T. persiste au dernier jour de la durée de la location prévue à l'origine.

3.4. VOTRE GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE (I.P.P.) :

En complément de la garantie I.T.T./I.P.T, cette garantie peut être souscrite exclusivement :

- par les Assurés résidant en France Continentale,
- au moment de l'adhésion aux Conventions et au plus tard dans les quatre (4) mois qui suivent la date de signature du questionnaire de santé que l'Assuré a renseignée dans la demande d'adhésion.

Si à la suite d'un *Accident* ou d'une *Maladie* garanti(e), l'Assuré est reconnu en état d'*Invalidité Permanente Partielle*, Prévoir Santé Service versera les arrérages de remboursement ou de loyer venant à échéance tels qu'ils sont mentionnés au tableau d'amortissement remis par l'*Organisme Prêteur* à hauteur de 50% du *Montant garanti* au titre de la garantie I.T.T./ I.P.T., déterminé au jour du *Sinistre*.

Pour qu'il y ait *Invalidité Permanente Partielle*, l'Assuré qui exerce de manière effective une activité professionnelle au jour de l'arrêt initial doit présenter une invalidité fonctionnelle physique ou mentale et conjointement une invalidité professionnelle.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème indicatif des incapacités, en vigueur au jour du *Sinistre*, publié par le Concours médical ci-annexé.

Le taux d'invalidité professionnelle est apprécié en tenant compte des répercussions de l'invalidité fonctionnelle sur la profession exercée, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Ces taux étant fixés chacun entre 0 et 100%, le taux d'invalidité permanente « N » est obtenu par le tableau à double entrée ci-annexé.

L'Assuré qui n'exerce pas de manière effective une activité professionnelle au jour de l'arrêt initial doit présenter une invalidité fonctionnelle physique ou mentale.

Le taux d'invalidité fonctionnelle est fixé en dehors de toute considération professionnelle d'après le barème d'évaluation médico-légale, en vigueur au jour du *Sinistre*, publié par la Société de Médecine Légale et l'AME-DOC (Editions ESKA).

Le taux d'invalidité permanente doit être compris entre 33% et 66%.

Pour bénéficier de cette garantie, l'I.P.P. doit être consolidée avant que l'Assuré ait atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse et au plus tard au 31 décembre de son 70ème anniversaire, même si l'*Accident* ou la *Maladie* qui en est la cause est antérieur.

La prise en charge des échéances de remboursement ou de loyer s'applique pendant la durée de l'I.P.P. proportionnellement à cette durée.

Les prestations cesseront d'être versées :

- en cas d'évolution de votre état de santé, si votre taux d'invalidité devient inférieur à 33%,
- en cas d'indemnisation au titre de la garantie *Invalidité Permanente Totale*,
- et dans tous les cas, à la date à laquelle l'Assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension vieillesse et au plus tard au 31 décembre de son 70ème anniversaire.

Toute modification à la hausse du plan d'amortissement du prêt pendant une période d'I.P.P ne peut être prise en compte.

L'Organisme assureur ne prend jamais en charge au titre des garanties I.P.P. :

- le remboursement total ou partiel du capital emprunté, anticipé ou non,
- les échéances de remboursement des prêts ayant un différé total de remboursement d'une durée supérieure à trente-six (36) mois,
- les échéances de remboursement des prêts relais avec différé total,
- l'option d'achat prévue au crédit bail si l'état d'I.P.P. persiste au dernier jour de la durée de la location prévue à l'origine.

3.5. VOS OPTIONS CONFORT ET CONFORT + :

Ces options peuvent être souscrites exclusivement par les Assurés résidant en France Continentale en complément de la garantie I.T.T./ I.P.T.

Les options Confort et Confort + ont pour objet de faire bénéficier l'Assuré d'allègements des exclusions en cas d'incapacité et d'invalidité prévues à l'article 7 « Ce que votre contrat ne prend pas en charge - Les exclusions ».

L'option doit être souscrite au moment de l'adhésion aux Conventions et au plus tard dans les quatre (4)

PRÉCISION :

Si votre échéance mensuelle garantie en I.T.T./I.P.T. est de 800 euros, la prestation versée en cas d'invalidité permanente partielle est de 400 euros.

mois qui suivent la date de signature du questionnaire de santé que l'Assuré a renseignée dans la demande d'adhésion.

En cours de contrat, Vous pourrez remplacer l'option Confort + par l'option Confort.

En cas de résiliation de l'option, Vous ne pourrez plus la souscrire.

Option Confort :

En cas d'incapacité ou d'invalidité, l'option Confort permet la prise en charge des *Sinistres* résultant et/ou provenant :

- des affections disco-vertébrales et/ou para-vertébrales (hernie discale, lumbago, sciatique, cruralgie, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie, contusion cervicale) sans condition d'*Hospitalisation*,
- des affections de type psychiatrique, psycho-neurologique, psychosomatique ou névrotique, d'états dépressifs de toute nature, de dépressions, des troubles de la personnalité et/ou du comportement, des troubles de l'alimentation, d'aliénation mentale, fibromyalgie et syndrome de fatigue chronique, ainsi que des suites et conséquences de ces affections, dès lors que l'Assuré fait l'objet d'une *Hospitalisation* continue de dix (10) jours minimum.

Si l'*Hospitalisation* a lieu au cours des six (6) premiers mois du *Sinistre*, l'indemnisation commencera à la fin du délai de *Franchise*.

Si l'*Hospitalisation* a lieu au-delà des six (6) premiers mois du *Sinistre*, l'indemnisation commencera à compter du premier jour l'*Hospitalisation*.

Option Confort + :

En cas d'incapacité ou d'invalidité, l'option Confort + permet la prise en charge des *Sinistres* résultant et/ou provenant :

- des affections disco-vertébrales et/ou para-vertébrales (hernie discale, lumbago, sciatique, cruralgie, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie, contusion cervicale) sans condition d'*Hospitalisation*,
- des affections de type psychiatrique, psycho-neurologique, psychosomatique ou névrotique, d'états dépressifs de toute nature, de dépressions, des troubles de la personnalité et/ou du comportement, des troubles de l'alimentation, d'aliénation mentale, fibromyalgie et syndrome de fatigue chronique, ainsi que des suites et conséquences de ces affections sans condition d'*Hospitalisation*.

3.6. OPTION PRÉVOYANCE :

Cette option permet à l'Adhérent de garantir un emprunt ou un crédit bail en complément du contrat d'assurance emprunteur groupe souscrit par l'*Organisme prêteur*.

La *Quotité assurée* par les présentes Conventions cumulée à celle du contrat d'assurance emprunteur groupe ne doit pas dépasser 100%.

PRÉCISION :

Si vous êtes assuré à 50% par votre contrat groupe, vous pouvez assurer les 50% restants au profit du bénéficiaire de votre choix.

4. ETENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

L'ensemble des garanties décrites à l'article 3 « Le contenu de vos garanties » s'exercent dans le monde entier.

Toutefois, le maintien des garanties dans un pays dont les voyages sont déconseillés par le Ministère des Affaires Etrangères et Européennes est soumis à l'accord préalable de l'Organisme assureur (cf article 10 « Quelles informations devez-vous porter à la connaissance de Prévoir Santé Service ? »).

En cas d'*Accident* ou de *Maladie* atteignant l'Assuré hors de France, le paiement des prestations et le décompte de la période de *Franchise* ne pourra avoir lieu avant le jour de la première constatation médicale en France. L'Assuré sera tenu de faire élection de domicile en France (hors Collectivités d'Outre-Mer et Mayotte) pour les expertises et contestations d'ordre médical. Les frais de déplacement sont à la charge de l'Assuré.

5. PARTICULARITES

En présence de co-emprunteurs et co-cautions :

En cas de décès simultané de co-emprunteurs ou de co-cautions assurés, le capital versé par l'*Organisme*

assureur au titre d'un même prêt ne pourra être supérieur au capital restant dû à l'Organisme prêteur au jour du décès, tel qu'il est mentionné au tableau d'amortissement remis par l'Organisme Prêteur.

En cas d'incapacité ou d'invalidité simultanée de co-emprunteurs ou de co-cautions assurés, le montant total des prestations servies au titre d'un même prêt ne pourra excéder le montant de l'échéance de remboursement ou de loyer due à l'Organisme prêteur, telle qu'elle est mentionnée au tableau d'amortissement remis par l'Organisme Prêteur.

Montant maximum de l'indemnisation :

Pour l'ensemble des garanties, les prestations versées par Prévoir Santé Service au titre d'un même prêt ne peuvent excéder le montant des sommes dues à l'Organisme prêteur dans la limite des montants assurés, déduction faite des éventuelles indemnisations au titre de contrats de même nature souscrits auprès d'autres Organismes assureurs.

Les prestations versées dans le cadre des présentes Conventions sont limitées à :

- 15 000 000 euros au titre de la garanties Décès / P.T.I.A.,
- 1 600 000 euros au titre des garanties I.T.T. / I.P.T. / I.P.P., options Confort/Confort + et Invalidité Spéciale Professions Médicales.

Pour les Assurés résidant dans un Département et Région d'Outre-Mer (Réunion, Guadeloupe, Martinique, Guyane), à Saint Barthélemy ou à Saint Martin, le capital maximum assuré est de 5 000 000 euros au titre de la garantie Décès / P.T.I.A. et de 800 000 euros au titre de la garantie I.T.T. / I.P.T.

Modification de la délégation de bénéfice et avenant de cession :

Toute modification de la délégation de bénéfice ou la mise en place d'un avenant de cession, nécessite au préalable le consentement écrit de l'Organisme prêteur.

6. COMMENT METTRE EN ŒUVRE VOS GARANTIES ?

Sous peine de déchéance telle que prévue à l'article L113-2 du Code des assurances, tout état d'Incapacité Temporaire Totale doit être déclaré à Prévoir Santé Service dans un délai de cent quatre vingt (180) jours suivant la date de début de l'arrêt de travail. De même toute prolongation d'incapacité doit être communiquée à Prévoir Santé Service dans les trente (30) jours.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, d'Invalidité Spéciale Professions Médicales, d'Invalidité Permanente Partielle ou d'Invalidité Permanente Totale, l'Assuré devra nous le déclarer dans les deux (2) mois qui suivent sa survenance.

Passé ces délais, l'Assuré perdra ses droits à indemnisation si la déclaration tardive a causé un préjudice à l'Organisme assureur.

En cas de décès, les Bénéficiaires doivent en informer Prévoir Santé Service dans les plus brefs délais.

Les déclarations doivent être adressées à : Prévoir Santé Service, 69439 Lyon Cedex 03. **Les renseignements ou documents ayant un caractère médical sont à adresser par courrier sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil.**

6.1. LES DOCUMENTS À NOUS ADRESSER :

Dans le cadre de l'exécution des présentes Conventions, le médecin conseil de Prévoir Santé Service pourra demander à l'Assuré, au(x) Bénéficiaire(s) ou à ses ayants droit des informations d'ordre médical. Ces informations sont couvertes par le secret professionnel. L'Assuré, agissant pour son compte et celui de ses Bénéficiaires ou de ses ayants droit, s'engage à faciliter l'accès aux pièces demandées étant entendu que Prévoir Santé Service s'engage à respecter une procédure interne limitant le nombre de personnes ayant accès aux renseignements d'ordre médical ; ces personnes étant toutes habilitées à traiter ces données et sont soumises au respect du secret professionnel.

Pour obtenir le règlement des prestations, l'Assuré, ses ayants droit ou le(s) Bénéficiaire(s) de la garantie (s'ils sont différents de l'Organisme prêteur), devront communiquer à Prévoir Santé Service avec la déclaration de Sinistre, tous les justificatifs (rédigés en français ou en anglais) jugés nécessaires à l'instruction du dossier (les frais qui pourront en résulter seront à leur charge) et notamment :

CONSEIL :

Respectez bien ce délai. C'est à compter de votre déclaration que votre dossier sera étudié et que vous pourrez être indemnisé.

CONSEIL :

Pour une étude rapide de votre demande d'indemnisation, adressez-nous un dossier complet.

En cas de décès :

- L'acte de décès,
- le certificat médical fourni par Prévoir Santé Service , à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel, complété et signé par le médecin traitant ou à défaut par le médecin ayant constaté le décès, accompagné de toutes pièces permettant de justifier les circonstances et les causes du décès,
- une déclaration écrite précisant les circonstances du décès, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s) et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-verbal est dressé,
- une attestation de l'*Organisme prêteur* indiquant le montant du capital restant dû au jour du décès,
- le tableau d'amortissement au jour du décès,
- la copie de l'offre de prêt,
- si le *Bénéficiaire* n'est pas l'*Organisme prêteur*, la copie d'un document officiel permettant la justification de sa qualité (copie de livret de famille, du pacte civil de solidarité...).

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ou d'Invalidité Spéciale Professions Médicales :

- Un certificat médical circonstancié sur la cause, la nature, le début, l'évolution et la durée probable de la *Maladie* ou les conséquences prévisibles de l'*Accident*, ainsi que le degré de l'inaptitude au travail, la date de *Consolidation*, à adresser à notre médecin conseil sous pli confidentiel,
- la notification de la Sécurité sociale de prise en charge de la *Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* avec assistance d'une tierce personne. Si l'Assuré n'est pas assujéti à la Sécurité sociale, il sera nécessaire de fournir toute preuve attestant de cette invalidité,
- en cas d'*Accident*, une déclaration écrite précisant les circonstances du *Sinistre*, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s) et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-verbal est dressé,
- une attestation de l'*Organisme prêteur* indiquant le montant du capital restant dû au jour de la reconnaissance par l'Organisme assureur de la *Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* ou de l'*Invalidité Professionnelle Permanente à 100%*,
- le tableau d'amortissement du prêt concerné,
- la copie de l'offre de prêt,
- toutes autres pièces nécessaires que Prévoir Santé Service sera amené à demander pour la justification de l'état d'invalidité.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale, d'Invalidité Permanente Partielle et d'Invalidité Permanente Totale :

- L'avis d'arrêt de travail initial et les avis de prolongation délivrés par le médecin,
- le certificat médical fourni par Prévoir Santé Service, à retourner à notre médecin conseil sous pli confidentiel, complété et signé par le médecin de l'Assuré indiquant la nature de l'*Accident* ou de la *Maladie* qui justifie l'incapacité ou l'invalidité, la date de début et la durée probable de cet état,
- en cas de *Rechute* un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même *Affection* et/ou d'une nouvelle *Affection* résultant du *Sinistre* initial ainsi que l'arrêt de travail mentionnant la rechute,
- en cas d'*Accident*, une déclaration écrite précisant les circonstances du *Sinistre*, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s) et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-verbal est dressé,
- le tableau d'amortissement du prêt concerné,
- la copie de l'offre de prêt,
- toutes autres pièces nécessaires que Prévoir Santé Service sera amené à demander pour la justification de l'état d'incapacité ou d'invalidité.

6.2. L'EXPERTISE MÉDICALE :

L'état d'*Incapacité Temporaire Totale*, d'*Invalidité Permanente Partielle*, d'*Invalidité Permanente Totale*, de *Perte Totale et Irréversible d'Autonomie* ou d'*Invalidité Spéciale Professions Médicales* peut être contrôlé par expertise médicale réalisée en France (hors Collectivités d'Outre-Mer et Mayotte). **Les décisions prises par les organismes sociaux dont l'Assuré dépend sont inopposables à l'Organisme assureur.**

Prévoir Santé Service se réserve le droit de faire expertiser l'Assuré par un médecin de son choix, à tout moment.

Pour cela, sous peine de déchéance de garantie, le médecin que Nous aurons désigné doit avoir libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état.

À NOTER :

Votre état d'incapacité ou d'invalidité est apprécié par Prévoir Santé Service indépendamment de la prescription d'un arrêt de travail par votre médecin ou de la notification par votre Régime obligatoire d'une invalidité.

Le médecin expert missionné par Prévoir Santé Service sera un médecin indépendant spécialisé dans l'instruction des expertises médicales et Vous aurez la possibilité de Vous faire accompagner lors de cet examen par le médecin de votre choix. Dans ce cas, les frais et honoraires de votre médecin resteront à votre charge.

Les conclusions de l'expertise peuvent amener à la cessation du versement des prestations et, le cas échéant, au remboursement des prestations déjà versées.

En cas de contestation d'ordre médical, une expertise contradictoire pourra être organisée à la demande de l'Assuré. Chacune des parties désignera alors un médecin. Si les médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils pourront s'adjoindre un troisième médecin afin de recourir à un arbitrage. Les trois médecins opèrent en commun accord et à la majorité des voix.

Dans cette hypothèse, les parties attendront que le troisième médecin ait déposé son rapport avant de recourir à une éventuelle action judiciaire pour le règlement du litige.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin et, s'il y a lieu, la moitié des honoraires du troisième médecin et de ses frais de nomination.

6.3. LES MODALITÉS DE VERSEMENT DE PRESTATIONS :

Les sommes dues sont payables après que Prévoir Santé Service ait réceptionné et étudié votre dossier complet. Elles sont toujours versées au profit du(des) Bénéficiaire(s) en euros.

En cas de Sinistre provoqué par un tiers responsable, l'Organisme assureur est subrogé dans vos droits c'est-à-dire qu'il va exercer son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités qui auront été versées.

6.4. FAUSSE DÉCLARATION EN CAS DE SINISTRE :

Toute omission, réticence, fausse déclaration dans les informations qui seront fournies à Prévoir Santé Service vous expose à une déchéance de garanties et à la résiliation de votre adhésion.

À NOTER :

Vous pouvez être en désaccord avec les conclusions de l'expert et demander l'organisation d'une expertise contradictoire en présence du médecin de votre choix.

PRÉCISION :

C'est-à-dire que si les indemnités versées sont la conséquence d'un accident causé par un tiers, nous pourrions agir contre ce dernier pour récupérer les sommes qui vous auront été versées.

7. CE QUE VOTRE CONTRAT NE PREND PAS EN CHARGE - LES EXCLUSIONS

Ne sont pas garantis au titre de l'ensemble des garanties les Sinistres résultant et/ou provenant :

- de records ou tentatives de records, exhibitions avec ou sans engin à moteur,
- des suites ou conséquences d'Affections, Accidents et infirmités dont la première constatation médicale est antérieure à la prise d'effet des garanties. La garantie s'exerce cependant sur les conséquences des Affections, Accidents et infirmités qui ont été déclarés au questionnaire de santé, sauf si elles ont fait l'objet d'une exclusion indiquée au Certificat d'adhésion.

Ne sont pas garantis au titre des garanties Décès, P.T.I.A. et Invalidité Spéciale Professions Médicales, les Sinistres résultant et/ou provenant :

- du suicide pendant la première année qui suit la date d'effet des garanties, l'augmentation éventuelle des garanties ou la remise en vigueur de celles-ci. En cas d'augmentation des garanties en cours d'adhésion, le risque de suicide pour les garanties supplémentaires, est garanti à compter de la deuxième année qui suit la date de prise d'effet de l'augmentation,
- d'une guerre mettant en cause l'Etat français,
- d'Accidents aériens résultant d'acrobaties, exhibitions, essais préparatoires, essais de réception et parachutisme,
- d'Accidents de navigation aérienne sauf si l'Assuré se trouvait à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité, conduit par un pilote possédant un brevet pour l'appareil utilisé et une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'Assuré lui-même.

La pratique d'une forme d'aviation ou d'un sport aérien, en tant que membre d'une fédération ou d'un club et/ou en compétition, est exclue sauf si elle a été déclarée par l'Assuré lors de son adhésion et qu'elle a fait l'objet d'une proposition tarifaire de l'Organisme assureur sur demande de l'Adhérent et acceptée par ce dernier.

Ne sont pas garantis au titre des garanties P.T.I.A., Invalidité Spéciale Professions Médicales, I.T.T., I.P.P. et I.P.T., les Sinistres résultant et/ou provenant :

- des effets directs ou indirects d'explosions, de chaleur ou de radiations provenant d'une transmutation

du noyau de l'atome, de la radioactivité, ainsi que des effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules.

Toutefois, les conséquences d'un fonctionnement défectueux d'instruments de radiologie ou de fausse manœuvre dans leur utilisation sont garanties si elles se produisent à l'occasion d'un traitement médical auquel l'Assuré est soumis par suite de *Maladie* ou d'*Accident* garanti,

- *d'une tentative de suicide, du fait volontaire de l'Assuré ou du Bénéficiaire,*
- *des conséquences de faits de guerre civile ou étrangère, d'émeutes, d'insurrections, de mouvements populaires ou de rixes (sauf légitime défense, assistance à personne en danger ou accomplissement du devoir professionnel),*
- *de la pratique d'un sport exercé à titre professionnel,*
- *des affections de type psychiatrique, psycho-neurologique, psychosomatique ou névrotique, d'états dépressifs de toute nature, de dépressions, des troubles de la personnalité et/ou du comportement, des troubles de l'alimentation, d'aliénation mentale, fibromyalgie et syndrome de fatigue chronique, ainsi que des suites et conséquences de ces affections, sauf si ces cas donnent lieu à une Hospitalisation continue de plus de trente (30) jours.*

Si l'*Hospitalisation* a lieu au cours des six (6) premiers mois du *Sinistre*, l'indemnisation commencera à la fin du délai de *Franchise*.

Si l'*Hospitalisation* a lieu au-delà des six (6) premiers mois du *Sinistre*, l'indemnisation commencera à compter du premier jour d'*Hospitalisation*.

Les Assurés placés sous tutelle ou curatelle sont garantis pour ces *affections* sans condition d'*Hospitalisation*.

Si le placement sous tutelle ou curatelle intervient après le délai de *Franchise*, l'indemnisation commencera à compter de la date du placement.

La période d'*Hospitalisation* continue est réduite à dix (10) jours minimum pour les Assurés ayant souscrit l'option Confort.

Les Assurés ayant souscrit l'option Confort + sont garantis pour ces *affections* sans condition d'*Hospitalisation*.

- *des affections disco-vertébrales et/ou para-vertébrales (hernie discale, lumbago, sciatique, cruralgie, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie, contusion cervicale), sauf si ces cas donnent lieu à une intervention chirurgicale nécessitant une Hospitalisation continue de plus de quinze (15) jours. Cette exclusion ne s'applique pas aux affections fracturaires post-traumatiques ou tumorales liées au dos.*

Si l'*Hospitalisation* a lieu au cours des six (6) premiers mois du *Sinistre*, l'indemnisation commencera à la fin du délai de *Franchise*.

Si l'*Hospitalisation* a lieu au-delà des six (6) premiers mois du *Sinistre*, l'indemnisation commencera à compter du premier jour d'*Hospitalisation*.

Les Assurés ayant souscrit l'option Confort ou l'option Confort + sont garantis pour ces *affections*, sans condition d'*Hospitalisation*.

La pratique des activités suivantes, en tant que membre d'une fédération ou d'un club et/ou en compétition, est exclue sauf si elle a été déclarée par l'Assuré lors de son adhésion et qu'elle a fait l'objet d'une proposition tarifaire de l'Organisme assureur sur demande de l'Adhérent et acceptée par ce dernier :

- les sports de montagne suivants : alpinisme, randonnée en haute montagne (+3 000 mètres), escalade de niveau supérieur à 5, trekking, bobsleigh, skeleton, ski/surf hors pistes, vélo ski, spéléologie, luge sur glace,
- les sports équestres suivants : concours complet, cross country, courses hippiques, endurance à cheval, marathon d'équitation, attelage, débouillage, courses de sauts d'obstacles, courses de plat, courses de trot, manège équestre, polo, rodéo,
- les sports nautiques suivants : plongée en apnée d'une profondeur supérieure à 20 mètres, plongée en scaphandre d'une profondeur supérieure à 40 mètres, navigation au-delà de 20 miles nautiques des côtes, courses de hors-bord, courses d'off-shore, catamaran, voile (longue traversée), canyoning, rafting, pêche au gros,
- les sports automobiles et motocycles suivants : formules 1/3/3000, rallyes, courses de côtes, courses sur circuit, stock car, épreuves sur glace, dragster, hot rod, raid, speed way, épreuves de vitesse, endurance, trial, motoneige en compétition, quad en compétition, karting en compétition, enduro, moto cross,
- les sports de combat suivants : boxe américaine, boxe anglaise, boxe française, boxe thaï (kick boxing), boxe birmane, full contact,
- les sports aériens suivants : aviation, hélicoptère, ULM, deltaplane, parapente, parachutisme, montgol-fière avec compétition, planeur, vol à voile, voltige et autres sports aéronautiques,
- les sports divers suivants : saut à l'élastique, V.T.T de descente en compétition.

8. A PARTIR DE QUAND ET POUR COMBIEN DE TEMPS ETES VOUS GARANTI ?

Votre adhésion aux Conventions est soumise à l'acceptation préalable de Prévoir Santé Service, concrétisée par l'émission d'un *Certificat d'adhésion*. Elle est conditionnée par le paiement de la première cotisation. Le *Certificat d'adhésion* précise la date d'effet de vos garanties, la *Franchise* applicable, le montant initial du capital assuré en cas de décès ou de P.T.I.A., puis les montants successifs du capital restant dû et le cas échéant, le montant et la périodicité des échéances de remboursement ou de loyers garantis.

CONSEIL :
Conservez précieusement ce document, il est la justification de votre adhésion.

8.1. LA PRISE D'EFFET DE VOS GARANTIES :

Sous réserve de l'acceptation préalable de Prévoir Santé Service, les garanties prennent effet à compter de la date d'existence d'un engagement de l'Assuré vis à vis de l'*Organisme prêteur* matérialisé par la signature de l'offre de prêt ou de l'acte de cautionnement et au plus tôt, le lendemain zéro heure de la date de réception de la demande d'adhésion par Prévoir Santé Service.

La date d'effet des garanties est indiquée sur votre *Certificat d'adhésion*.

En cas de décès de l'Assuré postérieurement à la signature de l'offre de prêt mais avant que les fonds ne soient débloqués, la garantie Décès produira tous ses effets, s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération pour laquelle le prêt est consenti, demeure.

8.2. LA GARANTIE TEMPORAIRE :

Vous bénéficiez d'une garantie temporaire en cas de décès de l'Assuré suite à un *Accident* survenant entre la date à laquelle Prévoir Santé Service réceptionne votre demande d'adhésion et la date d'acceptation de votre adhésion concrétisée par l'envoi de votre *Certificat d'adhésion*, pour le cas où une offre de prêt a été remise. Le *Montant garanti* est égal au montant du capital indiqué dans votre demande d'adhésion au titre de la garantie Décès **dans la limite de 310 000 euros**.

À NOTER :
Pendant que nous étudions votre demande d'adhésion, vous êtes déjà assuré en cas de décès accidentel.

Cette garantie prendra fin dès que Prévoir Santé Service Vous aura notifié l'acceptation de votre adhésion concrétisée par l'envoi du *Certificat d'adhésion*, ou le refus de votre adhésion. Elle cessera automatiquement si Vous ne donnez pas suite à votre adhésion et dans tous les cas au plus tard soixante (60) jours à compter de la date à laquelle Prévoir Santé Service réceptionne votre demande d'adhésion.

8.3. LE DÉLAI D'ATTENTE :

Pas de *Délai d'attente* pour les *Accidents* et les *Maladies* sauf pour les prêts déjà en cours et non assurés au moment de l'adhésion. Dans ce cas, le *Délai d'attente* est de trois (3) mois pour toutes les *Maladies* et *Affections*.

8.4. LA RENONCIATION :

Vous avez la possibilité de renoncer à votre adhésion dans les trente (30) jours suivant la date de réception de votre *Certificat d'adhésion* sous réserve de l'accord écrit de l'*Organisme prêteur* (sauf si l'Assuré a la qualité de *Caution* ou si l'Option Prévoyance est souscrite) ou du bénéficiaire acceptant si celui-ci est différent.

Pour cela, il vous suffit d'adresser à Prévoir Santé Service - 69439 LYON Cedex 03) une lettre recommandée avec accusé de réception rédigée sur le modèle ci-dessous :

« Je soussigné(e) M (nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion aux Conventions ASSURANCE DE PRET PREVOIR n° que j'ai signée le à (lieu d'adhésion).

Fait à le signature de l'Adhérent et de l'Organisme prêteur ».

La renonciation fait disparaître rétroactivement votre adhésion qui est considérée comme n'ayant jamais existé. Les cotisations encaissées font l'objet d'un remboursement dans un délai de trente (30) jours à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

La garantie Décès est acquise jusqu'à l'envoi du chèque correspondant au montant de la cotisation restituée et au plus tard, jusqu'au 30ème jour suivant la date d'effet des garanties.

8.5. LA DURÉE DE VOS GARANTIES :

Votre adhésion a une durée annuelle et se renouvelle par tacite reconduction, à chacune de ses

échéances, c'est-à-dire au 31 décembre de chaque année, pour autant que les Conventions soient toujours en vigueur.

En cas de cessation d'activité de l'Association des Assurés d'APRIL, l'Organisme assureur s'engage à maintenir à l'Assuré, l'intégralité des garanties dont il bénéficiera à la date de cette cessation.

À NOTER :

Vous n'avez pas à intervenir, votre contrat se renouvelle automatiquement chaque année.

8.6. LA CESSATION DE VOS GARANTIES :

La cessation de votre adhésion met fin à l'ensemble des garanties et à vos droits à indemnisation.

Votre adhésion cesse :

De plein droit :

- a) au terme du prêt ou de l'acte de cautionnement,
- b) en cas d'exigibilité du prêt avant terme,
- c) dès que Vous avez entièrement remboursé l'emprunt qui a fait l'objet de votre adhésion,
- d) lorsque l'Assuré atteint la limite d'âge aux prestations, c'est-à-dire :
 - au 31 décembre de son 70ème anniversaire pour les garanties P.T.I.A., *Invalidité Spéciale Professions Médicales*, I.T.T., I.P.T., I.P.P., Option Confort et Option Confort +,
 - au 31 décembre de son 85ème anniversaire pour la garantie Décès.

PRÉCISION :

Votre organisme prêteur peut vous demander de rembourser votre prêt par anticipation par exemple si vous ne payez pas vos mensualités. Dans ce cas, votre contrat prend fin à la date de déchéance du terme.

A votre initiative :

- e) à l'échéance annuelle au 31 décembre par l'envoi d'un courrier recommandé adressé à Prévoir Santé Service au plus tard le 31 octobre de chaque année avec l'accord de l'*Organisme prêteur* (sauf si l'Assuré a la qualité de *Caution* ou si l'Option Prévoyance est souscrite) ou du *Bénéficiaire* si ce dernier est bénéficiaire acceptant,

À NOTER :

Une attestation de votre organisme prêteur est nécessaire pour que votre contrat soit résilié.

A l'initiative de l'Assureur :

- f) en cas de non-paiement de vos cotisations selon les modalités prévues à l'article 9 « Votre cotisation ».

En cas de dénonciation des présentes Conventions par l'Association ou par l'Organisme assureur à l'échéance annuelle, vos garanties demeureront acquises jusqu'au terme de votre contrat, dans les mêmes conditions.

9. VOTRE COTISATION

9.1. COMMENT EST DÉTERMINÉE L'ASSIETTE DE VOTRE COTISATION ?

L'assiette de votre cotisation correspond au montant du prêt garanti.

Pour les contrats de crédit-bail, la base de calcul de votre cotisation est le cumul des loyers toutes taxes comprises à l'origine ou de ceux restant dus ainsi que la valeur d'option d'achat éventuelle toutes taxes comprises.

Au 1er janvier de chaque année d'assurance, votre cotisation tient compte du capital restant dû garanti et de votre âge atteint au 31 décembre (l'âge est déterminé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance).

Tout changement du taux des taxes applicables aux Conventions, toute instauration de nouvelles impositions applicables aux Conventions ou toute nouvelle décision législative ou réglementaire applicable aux Conventions entraînera une modification du montant de la cotisation.

9.2. PAIEMENT DE VOTRE COTISATION :

Votre cotisation est payable d'avance annuellement par prélèvement ou chèque tiré sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé dans l'Union Européenne. Elle peut faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel, selon la période de paiement que Vous avez choisi lors de votre adhésion.

9.3. QUE SE PASSE T-IL SI VOUS NE PAYEZ PAS VOTRE COTISATION ?

A défaut du paiement d'une cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, Prévoir Santé Service Vous adressera une lettre recommandée de mise en demeure . Celle-ci entraînera la suspension des garanties trente (30) jours plus tard.

À NOTER :

Si vous ne payez plus votre cotisation, nous informons votre organisme prêteur.

Une lettre d'information sera adressée dans les mêmes délais à l'Organisme prêteur désigné Bénéficiaire.

Après un nouveau délai de dix (10) jours, Prévoir Santé Service résiliera de plein droit votre adhésion et pourra réclamer le paiement des cotisations restant dues.

En cas de mise en demeure pour non-paiement, la cotisation deviendra exigible pour l'année entière, conformément à l'article L 113-3 du Code des assurances.

En cas de paiement du montant qui figure sur la lettre de mise en demeure, après suspension des garanties et avant résiliation, les garanties reprendront effet à midi, le lendemain du jour du paiement.

9.4. EXONÉRATION DE VOTRE COTISATION :

Dès lors qu'un Assuré bénéficie d'une prise en charge par l'Organisme assureur des mensualités du prêt ou des loyers venant à échéance, il bénéficie de l'exonération du paiement des cotisations relatives aux garanties incapacité et/ou invalidité ouvrant droit à l'indemnisation proportionnellement à la durée d'indemnisation.

L'exonération s'applique aux cotisations des garanties I.T.T., I.P.T., I.P.P., Option Confort et Option Confort +.

10. QUELLES INFORMATIONS DEVEZ-VOUS PORTER A LA CONNAISSANCE DE PREVOIR SANTE SERVICE ?

Votre contrat est établi d'après vos déclarations ainsi que celles de chaque Assuré lors de votre adhésion.

En cours de contrat, les changements intervenus dans votre situation ou celle de chaque Assuré n'ont aucune incidence sur les garanties accordées qui sont maintenues aux mêmes conditions.

Toutefois, en cas de changement de lieu de résidence ou de déplacements professionnels dans un pays dont les voyages sont déconseillés par le Ministère des Affaires Etrangères et Européennes, une déclaration préalable auprès de Prévoir Santé Service sera nécessaire afin de déterminer les conditions du maintien des garanties de l'Assuré par l'Organisme assureur.

Afin de procéder à la mise à jour de votre contrat, Vous devez communiquer à Prévoir Santé Service par écrit, dès que vous en avez connaissance, toute modification des caractéristiques de votre prêt ou de l'acte de cautionnement.

En nous communiquant votre adresse électronique personnelle, Vous acceptez que les informations relatives à l'exécution de votre adhésion Vous soient transmises à cette adresse. Vous pouvez à tout moment, par écrit, demander à Prévoir Santé Service de cesser ce mode de communication.

En cas de changement d'adresse postale et/ou électronique, Vous devez en avertir Prévoir Santé Service dans les plus brefs délais. A défaut, les courriers transmis à la dernière adresse connue produiront tous leurs effets.

11. PRESCRIPTION

Conformément aux articles L 114-1, L 114-2 et L 114-3 du Code des assurances, toute action dérivant de l'adhésion aux Conventions est prescrite dans un délai de deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Organisme assureur en a eu connaissance,
- en cas de Sinistre, que du jour où les Assurés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

En cas de décès de l'Assuré, le délai est porté à trente (30) ans pour le(s) Bénéficiaire(s), à compter du jour du décès.

Si l'action de l'Assuré contre l'Organisme 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

À NOTER :

En cas de résiliation, nous ne serons plus en mesure de remettre en vigueur vos garanties.

À NOTER :

Pendant la durée de votre arrêt de travail ou de votre invalidité, vous payez uniquement la cotisation de votre garantie Décès / P.T.I.A

PRÉCISION :

Même en cas de changement de situation, vos cotisations n'augmentent pas.

À NOTER :

Pour connaître les pays déconseillés par le Ministère des Affaires Etrangères et Européennes, consultez le site www.diplomatie.gouv.fr rubrique « conseil aux voyageurs ».

À NOTER :

Pour que votre contrat soit toujours adapté, pensez à nous informer de toute modification concernant vos prêts.

indemnisé par ce dernier.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription, par la désignation d'un expert en cas de Sinistre ou par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé réception adressée par Vous ou le Bénéficiaire à Prévoir Santé Service en ce qui concerne le règlement des prestations et par Nous à Vous en ce qui concerne le paiement des cotisations.

En aucun cas il ne pourra être apporté de modification sur la durée de la prescription ni d'ajouts sur ses causes de suspension ou d'interruption et ce même en cas d'accord entre l'Adhérent et l'Organisme assureur.

12. CONVENTION AERAS («S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVÉ DE SANTÉ»)

Les candidats à l'assurance présentant un risque aggravé de santé et ne pouvant être garantis aux conditions standard de ces Conventions (niveau 1 de la Convention AERAS) peuvent bénéficier, sous réserve de l'acceptation de Prévoir Santé Service d'une tarification spécifique.

Ces demandes d'adhésion sont alors systématiquement examinées individuellement au titre du niveau 2 de la Convention AERAS dans le cadre d'une Convention d'assurance de groupe spécifique souscrite également par l'Association des Assurés d'APRIL.

Pour plus d'informations sur la convention AERAS, vous pouvez consulter le site internet : www.aeras-infos.fr

13. QUE FAIRE EN CAS DE RECLAMATIONS ?

Pour toute réclamation, Vous pouvez contacter votre conseiller habituel, soit par téléphone au 04 78 66 37 72, soit par mail, soit par courrier, soit depuis le formulaire « Une insatisfaction » depuis votre espace assurés. Si la réponse ne Vous satisfait pas, Vous pouvez adresser votre demande à notre Service Réclamation (par mail : reclamation@prevoir-sante.com ou par courrier : Service Réclamations – Prévoir Santé Service – 69439 LYON Cedex 03).

Vos interlocuteurs seront attachés à Vous apporter une réponse sous 48 heures (en jours ouvrés) ; si une analyse plus approfondie de votre dossier est nécessaire et entraîne un dépassement de délai, Nous nous engageons à Vous communiquer, sous 48 heures, le nouveau délai de traitement, qui ne pourra excéder 30 jours.

Si le désaccord persiste et si aucune solution amiable ne peut être trouvée, Vous pouvez, sans préjudice des autres voies de recours légales à sa disposition, faire appel au médiateur dont les coordonnées vous seront communiquées par le Service Réclamation, sur simple demande écrite.

Accident :

Tout dommage corporel non intentionnel de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine, violente, de caractère fortuit et imprévisible d'une cause extérieure.

Toutefois, sont considérés comme des *Maladies* et non comme des *Accidents*, les lésions organiques provoquées par un effort, insulations, congélations et congestions.

Affection :

Toute altération de l'état de santé quelle qu'en soit l'origine (*Accident* ou *Maladie*).

Bénéficiaire :

- L'*Organisme prêteur*, réputé bénéficiaire acceptant, désigné sur la demande d'adhésion et éventuellement pour la garantie Décès, les personnes physiques désignées sur la demande d'adhésion après accord de l'*Organisme prêteur*.
- Lorsque l'Assuré à la qualité de *Caution* : l'Assuré lui-même pour les garanties I.T.T./I.P.T./I.P.P./P.T.I.A., le *Bénéficiaire* désigné à l'adhésion pour la garantie Décès.
- Dans le cadre de l'Option Prévoyance, l'Assuré lui-même pour les garanties I.T.T./I.P.T./I.P.P./P.T.I.A., le *Bénéficiaire* désigné à l'adhésion pour la garantie Décès.

Caution :

Personne physique ou dirigeant de droit ou associé d'une personne morale emprunteuse qui s'engage à rembourser l'*Organisme prêteur* en lieu et place de l'emprunteur lorsque ce dernier ne peut y parvenir.

Conjoint :

L'époux ou l'épouse de l'Assuré, non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif ou le partenaire de l'Assuré bénéficiaire d'un Pacte Civil de Solidarité avec ce dernier, en vigueur à la date du *Sinistre*.

Le concubin notoire de l'Assuré pourra être considéré comme ayant la qualité de *Conjoint*, s'il est désigné comme bénéficiaire en cas de décès sur la demande d'adhésion et si justification de sa qualité est faite.

Certificat d'adhésion :

Document remis à l'Adhérent confirmant l'adhésion au présent contrat et qui précise notamment : les garanties souscrites, leur date d'effet et leur montant ainsi que la durée des *Franchises*.

Consolidation :

Stabilisation durable de l'état de santé de l'Assuré, cet état n'évoluant ni vers une amélioration ni vers une aggravation.

Délai d'attente :

Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date de prise d'effet des garanties mentionnée au *Certificat d'adhésion*.

Toutes Affections ou Maladies et leurs suites apparues pendant ce délai sont définitivement exclues des garanties.

Franchise :

Nombre minimum de jours consécutifs d'incapacité de l'Assuré au-delà duquel l'indemnisation peut commencer. Pendant cette période aucune prestation n'est due.

Hospitalisation :

Fait de recevoir des soins dans un établissement hospitalier nécessitant un séjour minimum de 24 heures ou d'une nuit.

Est considéré comme établissement hospitalier un hôpital ou une clinique habilitée à pratiquer des actes et des traitements médicaux auprès de personnes malades ou accidentées, possédant les autorisations administratives locales autorisant ces pratiques, ainsi que le personnel nécessaire.

Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.) :

- L'Assuré exerçant de manière effective une activité professionnelle au jour du *Sinistre* est considéré en *Incapacité Temporaire Totale* si à la suite d'un *Accident* ou d'une *Maladie* garanti(e), il est temporairement dans l'impossibilité complète et continue d'exercer sa profession.
- L'Assuré n'exerçant pas ou n'exerçant plus une activité professionnelle au jour du *Sinistre* est considéré en *Incapacité Temporaire Totale* s'il est temporairement contraint en raison d'un *Accident* ou d'une *Maladie* garanti(e), d'observer un repos complet l'obligeant à interrompre toutes ses *Occupations de la vie quotidienne*.

Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) :

L'Assuré est considéré comme étant en état d'*Invalidité Permanente Partielle* si, à la suite d'un *Accident* ou d'une *Maladie* garanti(e), il présente avant le 31 décembre de son 70ème anniversaire une invalidité comprise entre 33 et à 66%.

Invalidité Permanente Totale de Travail (I.P.T.) :

L'Assuré est considéré comme étant en état d'*Invalidité Permanente Totale* si, à la suite d'un *Accident* ou d'une *Maladie* garanti(e), il présente avant le 31 décembre de son 70ème anniversaire une invalidité supérieure ou égale à 66%.

Invalidité Spéciale Professions Médicales (Invalidité Professionnelle Permanente à 100%) :

Etat qui place l'Assuré, à la suite d'un *Accident* ou d'une *Maladie* garanti(e), dans l'impossibilité définitive d'exercer sa profession de médecin, de chirurgien, de chirurgien-dentiste, d'interne, de sage-femme, de pharmacien, de kinésithérapeute ou de vétérinaire avant le 31 décembre de son 70ème anniversaire.

L'invalidité est appréciée par rapport au barème spécial figurant en Annexe (Barème invalidité professionnelle permanente à 100%).

Maladie :

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Montant garanti :

Montant du capital emprunté assuré par le présent contrat et calculé à partir de la *Quotité assurée*.

Occupations de la vie quotidienne :

Faculté pour les Assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle d'assurer cumulativement les travaux domestiques ainsi que la gestion des affaires familiales et personnelles.

Organisme prêteur :

Le prêteur, personne physique ou morale, mentionné sur la demande d'adhésion ayant consenti le prêt au titre du présent contrat.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (P.T.I.A.) :

Etat qui place l'Assuré dans l'incapacité totale et irréversible de se livrer à un travail ou à une occupation quelconque, pouvant procurer gain ou profit. De plus, son état doit nécessiter l'assistance d'une tierce personne pour accomplir l'ensemble des actes ordinaires de la vie : se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer.

Quotité assurée :

Pourcentage du capital emprunté choisi par l'Adhérent et assuré par le présent contrat.

Rechute :

Aggravation de l'*Affection* initiale ou apparition d'une nouvelle *Affection* résultant du *Sinistre* initial.

Sinistre :

Evénements donnant lieu à garantie au titre de votre adhésion aux Conventions Assurance de Prêt Prévoir lorsque celles-ci sont en vigueur : Décès, *Perte Totale et Irréversible d'Autonomie*, *Invalidité Spéciale Professions Médicales*, *Incapacité Temporaire Totale*, *Invalidité Permanente Totale*, *Invalidité Permanente Partielle*.

BAREME INVALIDITE PUBLIE PAR LE CONCOURS MEDICAL

TAUX PROFESSIONNEL	TAUX FONCTIONNEL								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

BAREME INVALIDITE SPECIALE PROFESSIONS MEDICALES (INVALIDITE PROFESSIONNELLE PERMANENTE A 100 %) POUR LES PROFESSIONS DE MEDECIN, CHIRURGIEN, CHIRURGIEN-DENTISTE, KINESITERAPEUTE ET VETERINAIRE, INTERNE EN MEDECINE, SAGE-FEMME ET PHARMACIENS

Cécité complète	→ 100 %
Surdité totale des deux oreilles	
Hémiplégie organique complète	
Désarticulation ou ankylose de l'épaule	
Paralysie complète du plexus brachial, du médian du bras, du radial au-dessus du triceps	
Amputation du bras, de l'avant bras, du poignet	
Pseudarthrose lâche du bras, du coude ou de l'avant bras droit	
Perte de la main	
Perte du pouce ou de la phalange terminale	
Perte de l'index	
Perte du m�dus	
Perte de l'auriculaire	
Perte des deux membres inférieurs (au-dessus du tarse)	
Amputation de la cuisse au tiers moyen	
Pseudarthrose lâche de la cuisse ou des deux os de la jambe	

EXTRAIT DES STATUTS ASSOCIATION DES ASSURES D'APRIL

« Association 3A »

Association régie par La loi du 1er juillet 1901 et par le décret du 16 Août 1901
Immatriculée à la Préfecture du Rhône sous le n° W691060414
Siège social : 114 boulevard Marius Vivier Merle – 69439 LYON Cedex 03

Les statuts complets et le règlement intérieur sont consultables à l'adresse suivante : www.associationdesassuresapril.fr.

Article 2. Objet

Cette Association a pour objet :

- d'étudier, rechercher, souscrire, développer tout type de produits d'assurances, d'assistance et de services, notamment dans le domaine de la prévoyance, de la santé, de la retraite, en vue d'optimiser pour ses membres, la souscription de garanties complémentaires ou sur complémentaires, intervenant en tant que de besoin en sus de celles découlant des régimes obligatoires notamment par la signature de contrats collectifs d'assurances à adhésion facultative ou obligatoire ;
- de sensibiliser ses membres aux thèmes essentiels de la prévention dans le but de leur permettre, d'une part, d'entretenir leur capital santé et d'autre part, d'obtenir des organismes d'assurances des conditions préférentielles qui prennent en compte les comportements responsables de ses membres en matière de santé ;
- de réaliser des études statistiques et des analyses sur les comportements de la vie quotidienne dans le domaine de la protection sociale ;
- de mettre en place des actions de prévention, de soutien, d'accompagnement et d'aides aux Assurés à travers un Fonds d'Action Sociale.

Article 5. Composition

L'Association se compose de membres Adhérents qui se distinguent entre :

- les Membres Adhérents Individuels ;
- les Membres Adhérents Collectifs qui sont les entreprises, organismes ou autres personnes morales ayant souscrit à l'une des conventions souscrites par l'Association pour le compte de leurs salariés.

Pour faire partie de l'Association, il faut être admis à l'assurance dans le cadre de l'une des conventions souscrites par l'Association et être en règle de sa cotisation associative.

La qualité de Membre Adhérent est acquise à compter de la date de réception de la demande d'adhésion et du paiement de la cotisation associative sous réserve de l'acceptation de l'adhésion à la convention d'assurance par l'organisme assureur. A défaut d'acceptation le montant de la cotisation associative sera remboursé au plus tard dans les trente jours qui suivront la notification de refus par l'organisme assureur.

Article 6. Perte de la qualité de membre

La qualité de membre se perd :

- par décès, disparition ou absence pour les personnes physiques.
- par la liquidation ou la dissolution amiable ou judiciaire pour les personnes morales.
- par la radiation prononcée par le Conseil d'Administration pour infractions aux présents statuts ou lorsque le comportement se sera avéré contraire aux intérêts financiers et moraux de l'Association.
- par la perte de la qualité d'assuré à l'une des conventions souscrites par l'Association (résiliation, radiation, renonciation).
- par la démission adressée à l'intention du Président au siège de l'Association par courrier recommandé avec accusé de réception. A ce courrier devra être

jointe, la copie du courrier, délivré par l'organisme de gestion du(des) contrat(s), confirmant leur résiliation. Lesdites résiliations devant respecter les conditions définies à la (aux) notice(s) d'information valant conditions générales du (des) contrat(s).

En tout état de cause, la cotisation associative éventuellement appelée au titre de l'année de perte de la qualité de membre reste acquise à l'Association.

Article 8. Opposabilités aux adhérents

Toute adhésion à l'Association s'inscrit dans le cadre de conventions d'assurance conclues entre l'Association et des organismes assureurs. Le contenu de ces conventions, mentionnant notamment les conditions et conséquences d'une résiliation des conventions par l'Association ou l'organisme assureur, est remis aux Adhérents lors de leur adhésion à l'Association et au contrat sous la forme de notice d'information valant conditions générales.

Article 9. Ressource de l'Association

Les ressources de l'Association se composent :

- des cotisations de ses Membres Adhérents ;
- du revenu de ses biens ;
- des sommes perçues en contrepartie des prestations fournies par l'Association,
- des subventions ou versement autorisés par la loi ;
- de toutes autres ressources non interdites par la loi.

Article 11. Fonds d'action social

Il est institué la création d'un Fonds d'Action Sociale destiné au financement des actions de soutien, d'accompagnement et d'aides aux Assurés, prévues ou non aux contrats collectifs d'assurances souscrits par l'Association.

Le montant de la dotation annuelle du Fonds d'Action Sociale est arrêté par le Conseil d'Administration qui en fixe les orientations, les missions et les règles de fonctionnement.

Les différentes Actions Sociales menées par l'Association et leurs conditions d'accès et d'attribution sont définies dans le Règlement Intérieur.

Article 13. Assemblée générale

1.Convocation

Les membres de l'Association tels que définis à l'article 5, adhérents au jour de la décision de la convocation, sont réunis au moins une fois par an en Assemblée Générale Ordinaire et en tant que de besoin en Assemblée Générale Extraordinaire.

Les Assemblées générales se composent de tous les membres de l'Association, en règle de leur cotisation associative.

La convocation est nominative et est valablement faite au choix du Conseil

d'Administration :

- soit par lettre simple ou courrier électronique envoyé au moins soixante jours calendaires avant la date de l'Assemblée Générale ;
- soit par annonce au sein d'une publication destinée à tous les Adhérents.

Les Assemblées se réunissent sur convocation du Président de l'Association, ou pour ce qui concerne les Assemblées Générales Extraordinaires sur la demande d'au moins 10% des adhérents. Dans ce dernier cas, les convocations à l'Assemblée doivent être adressées dans les huit jours du dépôt de la demande et l'Assemblée doit être tenue dans les trente jours suivant l'envoi desdites convocations.

Les convocations doivent mentionner obligatoirement la date, l'heure, le lieu et l'ordre du jour prévu et fixé par les soins du Conseil d'Administration. Elles sont faites au moins soixante jours avant la tenue de l'Assemblée Générale.

Seront également portées à l'ordre du jour, les propositions de résolution signées par au moins cent adhérents dès lors qu'elles aient été communiquées par courrier recommandé au Président du Conseil d'Administration quarante cinq jours au moins avant la date fixée pour la tenue de l'assemblée.

Seules seront valables les résolutions prises par l'Assemblée Générale sur les points inscrits à son ordre du jour.

En outre, les convocations doivent mentionner qu'à défaut de quorum elles tiennent lieu de convocations à une seconde Assemblée Générale.

2. Droit de vote

Tout Adhérent de l'Association dispose d'un droit de vote et d'une voix à l'Assemblée Générale.

Chaque membre Adhérent personne physique, ne peut être représenté que par un autre membre Adhérent personne physique. Les membres Adhérents personnes morales sont représentés par leur représentant légal.

Chaque Adhérent a la faculté de donner mandat à un autre Adhérent ou à son conjoint. Un même Adhérent ne peut disposer de plus de 5% des droits de vote. Le mandat donné vaut pour une seule Assemblée Générale ou deux si lors de la première convocation le quorum n'est pas atteint ou si deux Assemblées - ordinaire et extraordinaire - se tiennent le même jour.

Les pouvoirs en blanc retournés à l'Association sont attribués au Président et donnent lieu à un vote à l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le Conseil d'Administration.

3. Tenue des Assemblées

La Présidence de l'Assemblée Générale appartient au Président du Conseil d'Administration qui peut déléguer ses fonctions au Vice Président et à défaut à un autre Administrateur.

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si au moins mille adhérents sont présents ou représentés. Si, lors de la première convocation, l'Assemblée Générale n'a pas réuni ce quorum, une seconde Assemblée Générale est convoquée. Elle délibère alors valablement quel que soit le nombre des adhérents présents ou représentés.

A défaut de quorum, la seconde Assemblée Générale pourra se tenir à la suite de la première sur le même ordre du jour.

Les délibérations sont consignées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signées par le Président et le Secrétaire. Les procès verbaux

peuvent être consultés au siège de l'Association.

Il est tenu une feuille de présence qui est signée par chaque membre présent et certifiée conforme par le Président et le Secrétaire.

Dans la limite des pouvoirs qui leur sont conférés par les présents statuts, les Assemblées Générales obligent par leurs décisions tous les membres y compris les absents.

SPECIMEN

SPECIMEN

SPECIMEN