

NOTICE D'INFORMATION

Contrats d'assurance de groupe à adhésion individuelle
et facultative

Zen Prev Pro Premium

SOMMAIRE

LEXIQUE	4
TITRE 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES DU CONTRAT	8
1.1. Objet du contrat	8
1.2. Fiscalité	8
1.3. Prise d'effet, durée, renouvellement et résiliation du contrat	9
1.4. Références légales	9
1.5. Ajustement du contrat	11
1.6. Base de référence et montants des garanties proposées au contrat	11
1.7. Délais d'attente applicable à la garantie « arrêt de travail »	14
1.8. Exclusions	14
1.9. Dispositions diverses	16
TITRE 2. DISPOSITIONS RELATIVES À L'ADHÉSION AU CONTRAT	18
2.1. Conditions et formalités d'adhésion au contrat	18
2.2. Modification de l'adhésion au contrat	20
2.3. Effet, durée et renouvellement de l'adhésion et des garanties	21
2.4. Obligations des parties	22
2.5. Renonciation	23
TITRE 3. DISPOSITIONS RELATIVES AUX COTISATIONS	24
3.1. Montant de la cotisation	24
3.2. Modalités de paiement de la cotisation	24
3.3. Défaut de paiement	24
TITRE 4. DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS ET DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE	25
Garantie décès toutes causes	25
4.1. Objet de la garantie	25
4.2. Prestation	25
4.3. Bénéficiaire	25
4.4. Exclusions	26
4.5. Cessation de la garantie	26
Garantie perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) toutes causes	26
4.6. Objet de la garantie	26
4.7. Prestation	27
4.8. Exclusions	27
4.9. Cessation de la garantie	27
Option doublement accident	27
Garantie double effet	27
4.10. Objet de la garantie	27
4.11. Exclusions	28
4.12. Cessation de la garantie	28
Garantie rente éducation	29

4.13.	Objet de la garantie	29
4.14.	Cessation de la garantie	29
TITRE 5. DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL ET EN CAS D'INVALIDITE.....		29
Garantie incapacité temporaire totale.....		29
5.1.	Objet de la garantie.....	29
5.2.	Définition	30
5.3.	Prestation	30
5.4.	Cessation de la prestation	30
5.5.	Cessation de la garantie	31
5.6.	Exclusions	31
5.7.	Délai de déclaration	31
Garantie exonération du paiement des cotisations en cas d'arrêt de travail		32
5.8.	Objet de la garantie.....	32
5.9.	Cessation de la garantie	32
La rente relais		32
Les indemnités journalières enfant hospitalisé		33
Garantie invalidité permanente totale ou partielle.....		33
5.10.	Objet de la garantie.....	33
5.11.	Définitions	33
L'option IPPRO 15 %		33
5.12.	Reconnaissance et détermination du taux d'invalidité permanente par l'organisme assureur	34
5.13.	Prestation	34
5.14.	Cessation de la prestation	35
5.15.	Cessation de la garantie	35
5.16.	Exclusions	35
L'option Psy.....		35
5.17.	Objet de la garantie	35
TITRE 6. GARANTIE FRAIS GENERAUX PERMANENTS (FGP)		36
6.1.	Objet de la garantie	36
6.2.	Définitions	36
6.3.	Prestations	36
6.4.	Exclusions	36
6.5.	Cessation de prestation	36
6.6.	Cessation de la garantie	37
TITRE 7. DISPOSITIONS COMMUNES À L'ENSEMBLE DES GARANTIES DU CONTRAT		37
7.1	Contrôle médical.....	37
7.2	Paiement des prestations	38
7.3	Modalités d'ouverture du droit à prestation et délai de transmission des pièces justificatives	38
7.4	Pièces justificatives.....	39

LEXIQUE

Dans la présente notice d'information, les termes suivants sont utilisés :

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

Accident	Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure à l'assuré. Ne sont donc pas des <i>Accidents</i> : les maladies et leurs conséquences, ainsi que les interventions chirurgicales et leurs suites directes ou indirectes. À titre d'exemple, les « <i>Accidents</i> vasculaires » ou les « <i>Accidents</i> cardiovasculaires et cérébraux », « les efforts de soulèvements », « les infarctus » ne sont pas considérés comme un <i>Accident</i> .
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.
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.
Activités exclusives de direction	Activités de gestion d'entreprise sans aucune activité manuelle.
Adhérent	La personne physique ou personne morale, membre de l'Association CARE, répondant aux conditions d'adhésion objet de l'article 2.1.1 (Conditions d'adhésion au contrat), adhérant au contrat.
Affection dorsale	Affections disco-vertébrales et/ou paravertébrales (y compris hernie discale, lumbago, sciatique, cruralgie, cervicalgie, dorsalgie, lombalgie).
Affection psychique	Affections de type psychiatrique, psycho-neurologique, psychosomatique ou névrotique, d'états dépressifs de toute nature, de dépressions, de burn out, des troubles de la personnalité et/ou du comportement, des troubles de l'alimentation, d'aliénation mentale, d'une fibromyalgie, d'un syndrome polyalgique idiopathique diffus et d'un syndrome de fatigue chronique.
Assuré	La personne physique sur qui repose le risque assuré hors l' <i>Enfant Hospitalisé</i> .
Base de Référence	La base de référence est constituée de la somme du <i>Revenu Annuel Garanti</i> et des <i>Dividendes</i> .
Cas fortuit et/ou force majeure	Cela s'entend d'un événement échappant au contrôle du débiteur, qui ne pouvant être raisonnablement prévu lors de la conclusion du contrat et dont les effets ne peuvent être évités par des mesures appropriées, empêche l'exécution de son obligation par le débiteur (article 1218 du Code civil).
Conjoint	L'époux ou l'épouse de l' <i>Assuré</i> , non divorcé et non séparé de corps judiciairement.
Consolidation	Stabilisation durable et présumée définitive de l'état de santé de l' <i>Assuré</i> n'évoluant plus, ni vers une amélioration ni vers une dégradation.
Créateur d'entreprise	L' <i>Assuré</i> au contrat dont l'activité professionnelle exercée s'agissant d'une création d'entreprise a débuté depuis moins d'un an, à la date d'effet de l'adhésion.
Délai d'attente	Période de carence qui suit la date d'effet de l'adhésion pendant laquelle la survenance d'une <i>Maladie</i> ou d'une Affection ne donne lieu à aucune indemnisation, et ce, de façon définitive.

Délai de franchise	Période fixée au certificat d'adhésion à la fin de laquelle débute l'indemnisation en cas de sinistre ouvrant droit à prestations.
Dividendes	<p>Sommes prélevées sur les bénéfices de l'exercice de l'entreprise que l'assemblée générale ordinaire des associés ou toute autre assemblée décide de répartir sous forme de revenus mobiliers.</p> <p>Les dividendes garantis sont ceux perçus par l'<i>Adhérent</i> défini ci-avant dans le cadre de l'entreprise dans laquelle il exerce l'activité garantie au titre du contrat et pour la période contractuellement définie, dans la limite de 50% du revenu annuel déclaré.</p>
Enfants à charge	<p>Sont considérés comme enfants à charge : ceux de l'assuré, de son <i>Conjoint</i>, à défaut, de son <i>Partenaire de PACS</i> tels que définis précédemment, sous réserve qu'ils remplissent les conditions cumulatives suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Qu'ils soient âgés de moins de 21 ans, ○ Qu'ils bénéficient d'un régime de sécurité sociale (du fait de l'affiliation de l'<i>Assuré</i>, de celle de son <i>Conjoint</i> ou d'une affiliation personnelle), ○ Qu'ils soient fiscalement à charge de l'assuré, c'est-à-dire pris en compte pour l'application du quotient familial ou qu'ils perçoivent une pension alimentaire que l'<i>Assuré</i> déduit fiscalement de son revenu global. <p>Cette limite d'âge est portée à 26 ans pour les enfants à charge qui remplissent l'une des conditions suivantes :</p> <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 65 % 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. <p>Pour l'application des dispositions prévues à la garantie rente éducation, si elle est souscrite, seuls sont pris en compte les enfants à charge au sens du contrat déclarés à l'<i>Organisme assureur</i> tant à l'adhésion qu'en cours d'adhésion et mentionnés sur les documents contractuels établis par l'assureur, sous réserve du paiement de la cotisation correspondante.</p>
Enfant Hospitalisé	Enfant assuré au titre de la garantie Indemnités Journalières enfant hospitalisé. Pour avoir le statut d'enfant assuré au titre de cette garantie, l'enfant doit être né au plus tôt 9 mois après la date d'effet du contrat, avoir moins de 16 ans et être fiscalement à la charge de l' <i>Assuré</i> .
France Continentale	Il s'agit du territoire de France métropolitaine à l'exclusion de la Corse.
Hospitalisation	<p>Tout séjour pour une durée minimale d'une (1) nuitée, sauf si l'<i>Assuré</i> a subi un acte de chirurgie et une anesthésie qu'elle soit générale ou locale, dans un établissement de santé ayant pour but le traitement médical ou chirurgical d'une <i>Maladie</i> ou d'un <i>Accident</i>. Les hospitalisations à domicile ne sont pas couvertes. Ne sont pas considérées comme des hospitalisations les séjours en maison de repos, d'hébergement, de convalescence, de retraite, d'établissement thermaux et climatiques, hospices, instituts médico-pédagogiques, service de gériatrie, les établissements de cures ainsi que les séjours en service de réadaptation ou rééducation fonctionnelle.</p> <p>À l'étranger, on entend par établissement hospitalier, un établissement sous la surveillance permanente d'un personnel médical qualifié dirigé de jour et de nuit par un médecin. L'établissement doit posséder un fichier médical où chaque patient est enregistré et auquel le médecin-conseil de l'<i>Organisme assureur</i> (ou de ses mandataires) peut avoir accès.</p>
Maladie	Désigne toute altération de la santé, quelle qu'en soit l'origine, reconnu par une autorité médicale compétente exerçant en France continentale.

Médecin Traitant	Le médecin, y compris spécialiste, qui traite médicalement l'assuré.
Non-fumeur	L'assuré est considéré comme « non-fumeur » à condition de ne pas fumer de cigarette, cigare, pipe ou cigarette électronique ou avoir arrêté de fumer depuis au moins 24 mois, sans que cet arrêt soit à la demande expresse du corps médical. L'Assuré est considéré comme « fumeur » s'il ne remplit pas les conditions précitées.
Organisme assureur	<p>PREPAR-VIE Entreprise régie par le Code des assurances, filiale de la BRED Banque Populaire. Société Anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 182 183 792 euros - 323 087 379 RCS Nanterre. Siège social : Immeuble Le Village 1 - Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 90241 - 92981 Paris La Défense cedex.</p> <p>PREPAR-IARD Entreprise régie par le Code des assurances, filiale de la BRED Banque Populaire. Société Anonyme au capital de 800 000 euros - 343 158 036 RCS Nanterre. Siège social : Immeuble Le Village 1 - Quartier Valmy - 33 Place Ronde - CS 20243 - 92981 Paris La Défense cedex.</p>
Organisme gestionnaire	L'organisme gestionnaire par délégation conventionnelle de l' <i>Organisme assureur</i> est la société Multi-Impact, SAS au capital de 54 852 €, immatriculée au Registre du commerce et des sociétés de Reims sous le numéro B 402 502 108, dont le siège social est situé 41/43 Avenue Hoche - CS 110002 - 51687 REIMS CEDEX. Courtier en assurance immatriculé à l'ORIAS sous le n° 07 004 884 (www.orias.fr).
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).
Plafond Annuel de la Sécurité sociale (PASS)	Salaire de référence fixé annuellement par arrêté publié au journal officiel de la République française. Sa valeur annuelle sert au calcul de la cotisation et de la base des prestations. Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr
Rechute	Aggravation de l'affection initiale ou apparition d'une nouvelle affection résultant du Sinistre initial provoquant un nouvel arrêt de travail.
Régime obligatoire	<p>Il s'agit du régime obligatoire d'assurance maladie de l'Assuré. L'Assuré est affilié à l'un des régimes suivants obligatoires suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la Sécurité sociale des Indépendants (SSI), • la Caisse Nationale des Barreaux Français (CNBF) ou la Prévoyance des Avocats (LPA), • la Caisse Autonome de Retraite des Chirurgiens-Dentistes et des Sages-Femmes (CARCDSF), • la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF), • la Caisse Autonome de Retraite et de Prévoyance des Infirmiers, Masseurs Kinésithérapeute, Pédicure-podologues, Orthophonistes et Orthoptistes (CARPIMKO), • la Caisse de Retraite et de Prévoyance des Vétérinaires libéraux (CARPV), • la Caisse d'Allocation Vieillesse des agents généraux et des Mandataires non-salariés d'assurance et de capitalisation (CAVAMAC), • la Caisse d'Assurance Vieillesse des Experts Comptables (CAVEC), • la Caisse d'Assurance Vieillesse des Pharmaciens (CAVP), • la Caisse de Prévoyance et de Retraite des Notaires (CPRN), • la Caisse Interprofessionnelle de Prévoyance et d'Assurance Vieillesse des professions libérales (CIPAV), • la Caisse d'Assurance Vieillesse des Officiers Ministériels, Officiers Publics et des

	<p>Compagnies Judiciaires (CAVOM)</p> <ul style="list-style-type: none"> les mandataires sociaux, présidents ou dirigeants de SA, SAS, SASU, SELAS ou SELAFA affilié au régime général de la sécurité sociale (SS).
Repreneur d'entreprise	L' <i>Adhérent</i> au contrat dont l'activité professionnelle exercée, s'agissant d'une reprise d'entreprise, a débuté depuis moins d'un an à la date d'effet de l'adhésion.
Revenu annuel garanti	<p>Désigne la part de revenu que l'<i>Adhérent</i> souhaite assurer. Son montant est, déterminé librement par l'<i>Adhérent</i>, et il est au maximum égal à :</p> <p>soit la moyenne des revenus nets professionnels déclarés à l'administration fiscale lors de 3 années précédant la date de l'adhésion ou la date de renouvellement du contrat (hors dividendes) et issus de l'activité professionnelle déclarée lors de l'adhésion.</p> <p>soit les revenus déclarés l'année précédant l'adhésion ou le renouvellement du contrat à l'administration fiscale.</p> <p>Pour les repreneurs :</p> <p>Désigne les revenus annuels nets votés en assemblée générale ou alloués par une décision écrite de vos associés dans la limite des montants de garanties maximum prévus par le contrat ; limité au revenu moyen évalué dans le business plan lors du financement de la reprise de la société.</p> <p>Pour les créateurs :</p> <p>Désigne les revenus professionnels établis dans votre compte de résultat prévisionnel dans la limite des montants de garanties maximum prévus par le contrat.</p>
Souscripteur (aussi dénommé association souscriptrice)	Association CARE (Collectif Associatif pour la Retraite et Epargne) qui a conclu le contrat d'assurance avec l' <i>Organisme assureur</i> . Cette association est une association de la loi de 1901 dont le siège est situé 11 cité Malesherbes, 75009 Paris.

TITRE 1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES DU CONTRAT

1.1. Objet du contrat

Le contrat, objet de la présente notice d'information, est un contrat d'assurance de groupe à adhésion individuelle et facultative, souscrit par l'association CARE 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, frais généraux permanents.

Il est régi par le Code des assurances et notamment ses articles L. 141-1 et suivants et relève des branches 1 (*Accident*), 2 (*maladie*) et 20 (*vie-décès*) de l'article R. 321-1 du Code des assurances.

Les garanties de ZEN PREV PRO PREMIUM sont distribuées par Zenioo et assurées par PREPAR VIE et PREPAR IARD sous les numéros de convention suivants : CP 30/034, CP 30/035, 1/064 et 1/065.

PREPAR-VIE et PREPAR-IARD délèguent la gestion de ces garanties à la société Multi-Impact, SAS au capital de 54 852 €, immatriculée au Registre du commerce et des sociétés de Reims sous le numéro B 402 502 108, dont le siège social est situé 41/43 Avenue Hoche - CS 110002 - 51687 REIMS CEDEX. Courtier en assurance immatriculé à l'ORIAS sous le n° 07 004 884 (www.orias.fr).

L'Organisme assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) : 4 place de Budapest – CS 92459 – 75436 PARIS cedex 09.

Le détail des garanties applicables au contrat est défini au Certificat d'adhésion. Les garanties qui ne sont pas mentionnées au certificat d'adhésion ne sont pas applicables au contrat.

Pour les garanties en cas d'arrêt de travail, l'Assuré choisit son niveau de franchise.

1.2. Fiscalité

Seules les cotisations versées au titre de la convention CP 30/035 et 1/064 sont éligibles à la « loi Madelin » n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative individuelle.

Il s'agit des cotisations finançant les garanties ci-dessous, si l'assuré souhaite en bénéficier :

- Décès toutes causes (en rente)
- PTIA toutes causes (en rente)
- Incapacité temporaire totale,
- Invalidité professionnelle
- Invalidité permanente totale et invalidité permanente partielle.
- Indemnité journalière pour enfant hospitalisé
- Rente Education
- Option Psy

Les cotisations versées au titre de la convention CP 30/034 et 1/065 sont non éligibles à la « loi Madelin » n°94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative individuelle :

Il s'agit des cotisations finançant les garanties ci-dessous, si l'assuré souhaite en bénéficier :

- Décès toutes causes (en capital)
- PTIA toutes causes (en capital)
- Double effet
- Frais généraux Permanents

Il appartient à l'Adhérent 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* et l'*Organisme assureur* prend effet le 1^{er} décembre 2021.

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 l'*Organisme assureur*) notifiée SIX (6) MOIS au moins avant chaque date de renouvellement.

Si le *Souscripteur* ou l'*Organisme assureur* résilie le contrat, les *Adhérents* en seront avisés au moins TROIS (3) MOIS avant la date d'échéance, par l'Association CARE, par tout moyen à sa convenance.

Les prestations immédiates ou différées des *Adhérents*, acquises ou nées durant l'exécution du contrat, continueront à être gérées par l'*Organisme gestionnaire* délégataire de l'*Organisme assureur*, à moins qu'ils ne soient transférés à un autre organisme d'assurance. Aucune nouvelle adhésion n'est possible au-delà de la date d'effet de la résiliation du contrat, ce dernier n'étant plus distribué.

Les assurés qui souhaitent dénoncer leur adhésion peuvent le faire conformément aux dispositions de l'article 2.3.1. (Date d'effet, durée, renouvellement de l'adhésion).

L'*Organisme assureur* dispose d'un droit de résiliation annuel uniquement pendant les deux premières années d'adhésion conformément à la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques (dite « loi Evin »). Celle-ci doit être signifiée par lettre recommandée avec avis de réception moyennant un délai de préavis qui ne peut être inférieur à DEUX (2) MOIS avant chaque échéance annuelle.

Le contrat 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 déclaration

Les déclarations de l'*Adhérent* servent de base à l'application des garanties.

Toute réticence, erreur ou fausse déclaration modifiant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour l'*Organisme assureur* entraînerait l'application des articles L. 113-8, L. 113-9, et L. 132-26 du Code des assurances qui prévoient :

- Article L. 113-8 : « *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 L. 113-9 : « *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. »*
- Article L. 132-26 : « *L'erreur sur l'âge de l'Assuré n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les*

tarifs de l'assureur.

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

L'Organisme assureur doit justifier par tous moyens le caractère intentionnel de la fausse déclaration.

1.4.2. Prescription

Aucune action ni réclamation concernant l'adhésion ne pourra être entreprise au-delà du délai de prescription.

Selon l'article L. 114-1 du Code des assurances, « *Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance.*

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent 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. »

Au titre de l'article L. 114-2 du Code des assurances : « *La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressés 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. »*

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait prévue à l'article 2240 du Code civil,
- la demande en justice, même en référé prévue de l'article 2241 à l'article 2243 de ce même Code,
- un acte d'exécution forcée prévu de l'article 2244 à l'article 2246 de ce même Code.

Article L. 141-3 du Code des assurances : « *Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci ».*

1.4.3. Subrogation

L'Organisme assureur est subrogé de plein droit à l'Assuré victime d'un Accident contre les tiers responsables, que la responsabilité du tiers soit entière ou partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses exposées par l'Organisme assureur à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

Les Assurés atteints de blessures imputables à un tiers doivent en informer l'Organisme assureur lors des formalités de demande de prestations.

L'Assuré doit informer l'Organisme assureur et/ou ses mandataires de l'exercice d'un recours, d'une procédure pénale ou civile, dont il a connaissance, contre l'auteur présumé du dommage dont il a été victime.

1.4.4. Déchéance

Le bénéficiaire qui a été condamné pour avoir donné volontairement la mort à l'Assuré est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci produisant leur effet au profit des autres bénéficiaires.

L'Assuré ou le bénéficiaire de la prestation est déchu de tout droit à indemnisation au titre du sinistre concerné :

- **s'il fait volontairement une fausse déclaration de sinistre ou à l'occasion d'un sinistre, portant sur la date, la nature, les causes, les circonstances ou les conséquences du sinistre, s'il fournit ou utilise sciemment des renseignements ou des documents inexacts, fabriqués ou falsifiés comme justificatifs ou use d'autres moyens frauduleux en vue d'obtenir le versement des prestations.**

Il s'expose également à des poursuites pénales de la part de l'Organisme assureur.

1.5. Ajustement du contrat

Le contrat peut être modifié en cas d'évolution réglementaire, d'évolution des résultats ou d'évolution du risque assuré.

1.5.1. Évolutions réglementaires

En cas d'évolution législative, réglementaire et/ou de l'intervention du régime obligatoire de l'Assuré, l'adhésion peut être modifiée en cours d'année. Les nouvelles conditions de garanties et/ou de cotisations prennent alors effet à la date d'effet mentionnée sur la **notification de la modification**, cette notification s'effectuant dans les conditions de l'article L 141-4 du Code des assurances. **L'Adhérent peut toujours refuser la proposition selon les modalités prévues à l'article 1.5.3. de la présente notice.**

Jusqu'à la date d'effet de cette notification, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

1.5.2. Évolutions des résultats ou du risque assuré

L'Organisme assureur peut être amené à réévaluer le montant des cotisations en fonction des résultats du groupe assuré. La composition du groupe assuré tient compte des critères détaillés à l'article 3.1. (Montant de la cotisation). Le cas échéant, les cotisations pourront évoluer en fonction de l'année d'adhésion.

Les augmentations de cotisations ont lieu au 1er janvier de chaque année. Le nouveau montant de cotisation sera communiqué sur la lettre d'information annuelle.

L'Adhérent pourra refuser cette modification en résiliant l'adhésion dans le mois qui suit la réception de l'avis d'échéance, selon les modalités décrites à l'article 1.5.3 ci-dessous.

1.5.3. Modification du contrat

En cas de modification des garanties et/ou de révision des cotisations telle que mentionnée aux articles précédents, l'adhérent peut toujours refuser la proposition de l'Organisme assureur dans les trente jours qui suivent la réception dudit courrier **en envoyant sa demande de dénonciation par l'un des moyens exposés à l'article 2.3.1 (Date d'effet, durée, renouvellement de l'adhésion)**. L'adhésion est alors résiliée dans les dix (10) jours suivants.

En cas d'absence de réponse dans les trente (30) jours de l'envoi de la notification de l'Organisme assureur, l'Organisme assureur considérera que l'Adhérent a accepté les nouvelles conditions. Elles prendront effet à la date de modification mentionnée sur le courrier.

Jusqu'à la date d'effet de la modification du contrat, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer à l'adhésion.

1.6. Base de référence et montants des garanties proposées au contrat

1.6.1. Base de référence

La base de référence servant au calcul des cotisations et des garanties est déclarée par l'Adhérent à l'Organisme assureur au moment de son adhésion ou lors du renouvellement du contrat. Il appartient à l'Adhérent de vérifier chaque année l'exactitude des déclarations à l'Organisme assureur concernant la *base de référence*, en fonction de ses déclarations fiscales.

La base de référence est constituée :

- du dernier *Revenu Annuel Garanti*
- et des *Dividendes*

La base de référence est exprimée en euros.

Dans tous les cas, la base de référence ne peut excéder les plafonds ci-dessous :

- 1 PASS (*Plafond Annuel de la Sécurité Sociale*) pour les *créateurs/repreneurs*
- 9 PASS pour les autres professions

1.6.2. Limites des prestations

Les prestations dues au titre de garanties incapacité et invalidité, indiquées au Certificat d'Adhésion, sont versées sous déduction des prestations du Régime obligatoire et d'un éventuel régime facultatif.

Le cumul des prestations versées par l'Assureur et tout autre organisme social obligatoire ou facultatif (sous forme d'indemnités journalières ou de rentes) ne peut excéder les prestations prévues au Certificat d'Adhésion.

Si l'Assuré n'est pas indemnisé par son Régime Obligatoire pour des raisons administratives qui ne remettent pas en cause l'affiliation au régime (exemple : déclarations tardives), l'indemnité journalière versée par l'Assureur sera calculée sous déduction de l'indemnité journalière qu'aurait dû percevoir l'Assuré de la part de son Régime obligatoire dans des conditions normales.

Sur la base des éléments susvisés, l'indemnité journalière en cas d'incapacité est déterminée par l'application d'un coefficient égal à 1/365.

Si en outre, **pour tous les sinistres survenus dans les deux premières années suivant la date d'adhésion :**

- **le montant de la base de référence dépasse 2 PASS**, et/ou
- **l'Adhérent relève du régime obligatoire CARPIMKO**,

alors, le cumul des prestations versées par l'Assureur et tout autre organisme social obligatoire ou facultatif (sous forme d'indemnités journalières ou de rentes) est au maximum égal à : 115% multiplié par le plus haut des deux montants ci-dessous :

- **les revenus professionnels déclarés à l'administration fiscale au cours de l'année civile qui précède la date du sinistre ;**
- **la moyenne de la rémunération déclarée à l'administration fiscale au cours des trois années civiles qui précèdent la date du sinistre,**

auxquels s'ajoutent, le cas échéant, les dividendes déclarés à l'administration fiscale, découlant de l'activité professionnelle mentionnée sur le certificat d'adhésion.

1.6.3. Montant des garanties proposées au contrat

	Garanties	Plafond créateurs / repreneurs	Plafond autres professions
	Base de référence⁽¹⁾ ⁽¹⁾ La base de référence est déterminée dans à l'article 1.6.1. de la notice d'information.		
	Base de référence ⁽¹⁾	Max 1 PASS	Max 9 PASS
	Garantie en cas de Décès toutes causes / Perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes		
<i>Obligatoire</i>	Capital Décès ou PTIA ou de son équivalent en rente en cas de prestation Madelin	Entre 275% et 400% de la base de référence	
<i>Obligatoire</i>	Double effet	100% du capital Décès toutes causes	
<i>Facultatif</i>	Doublément Décès <i>Accidentel</i>	100% du capital Décès toutes causes	
<i>Facultatif</i>	Rente éducation	8% / 10% / 12% (12/18/26 ans) de la base de référence	
	Garanties en cas d'arrêt de travail		

Facultatif	Incapacité temporaire totale	Indemnité journalière = Base de référence / 365 Sous déduction des prestations versées ou dues par le Régime obligatoire et de la franchise choisie Dans la limite de 1460 jours d'arrêt de travail,
	Temps Partiel Thérapeutique	50 % de l'indemnité journalière garantie au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail Sous déduction des prestations versées ou dues par le Régime obligatoire Dans la limite de 6 mois maximum consécutifs au titre d'un même sinistre quelle que soit la pathologie. Sans condition préalable d'incapacité temporaire totale.
	Indemnités Journalières pour Enfant Hospitalisé	Indemnité journalière - Garantie déclenchée à partir de 5 jours d'hospitalisation de l'enfant puis indemnisation sur une durée 1095 jours maximum.
	Exonération des cotisations	Elle s'applique à l'ensemble des cotisations dès que l'assuré est en incapacité – invalidité à 100%
	Rente relais	Elle s'applique si après 1095 jours d'arrêt de travail continu au titre d'un même Sinistre, l'Assuré est toujours en Incapacité Temporaire Totale de Travail sans que son état de santé ne soit consolidé
Garantie Invalidité Permanente Totale ou Partielle (IPT ou IPP)		
Option	Invalidité – IPP (33% - 66%) / IPT (> 66%)	Rente trimestrielle = Base de référence / 4 x Taux d'invalidité Sous déduction des prestations versées ou dues par le Régime obligatoire et de la franchise choisie Pour les professions médicales, le taux d'invalidité sera celui de la seule invalidité professionnelle. Pour les autres professions (y compris paramédicales), elle sera déterminée par le barème croisé.
	Option IPPro (15%)	Option qui peut être souscrite par l'ensemble des professions médicales et des professions libérales réglementées du conseil, du droit et de l'expertise.
	Option Psy	la prise en charge des Sinistres résultant et/ou provenant des Affections de type psychiatrique, psycho-neurologique, psychosomatique... ainsi que des suites et conséquences de ces Affections sans condition d'Hospitalisation.
Frais Généraux Permanents		
	En cas d'arrêt de travail	Remboursement des frais généraux de l'assuré dans la limite de 18 mois. Vérification des frais réels au sinistre sur le déclaratif N-1 Max 50% des IJ
Franchises		
	En cas d'arrêt de travail, y compris les « affection disco-vertébrales »	<ul style="list-style-type: none"> • 90/90/90 : franchise de 90 jours en cas de maladie, d'hospitalisation ou d'Accident • 30/3/0 : franchise de 30 jours en cas de maladie, 3 jours en cas d'hospitalisation et 1 jour en cas d'Accident • 15/3/0 : franchise de 15 jours en cas de maladie, 3 jours en cas d'hospitalisation et 1 jour en cas d'Accident • 90/3/3 : franchise de 90 jours en cas de maladie, 3 jours en cas d'hospitalisation et 3 jours en cas d'Accident

		<ul style="list-style-type: none"> • 30/3/3 : franchise de 30 jours en cas de maladie, 3 jours en cas d'hospitalisation et 3 jours en cas d'<i>Accident</i> • 15/3/3 : franchise de 15 jours en cas de maladie, 3 jours en cas d'hospitalisation et 3 jours en cas d'<i>Accident</i>
--	--	--

	Garantie Exonération du paiement des cotisations en cas d'arrêt de travail	<ul style="list-style-type: none"> • 90 jours N.B. La garantie n'est pas applicable au temps partiel thérapeutique ainsi que l'IPP IPPRO
	Délai d'attente Arrêt de travail et frais généraux	
	<i>Accident</i>	<ul style="list-style-type: none"> • 0 jours
	Toute maladie y compris les affections du dos, à l'exclusion des affections du psychisme	<ul style="list-style-type: none"> • 90 jours
	Affection psychique	<ul style="list-style-type: none"> • 365 jours. 90 jours en cas de rachat de l'option psy
	Indemnité journalière pour enfant hospitalisé et grossesse	<ul style="list-style-type: none"> • 9 mois
<i>Les délais d'attente sont abrogeables en cas de reprise à la concurrence pour les contrats assurant les mêmes garanties</i>		

1.7. Délais d'attente applicable à la garantie « arrêt de travail »

Le délai d'attente est un délai de carence suivant l'adhésion au contrat au cours duquel la garantie « arrêt de travail » ne s'applique pas. Il n'y a pas de délai d'attente lorsque l'arrêt de travail est consécutif à un *Accident*.

Un délai d'attente de :

- 90 jours est applicable lorsque l'arrêt de travail est dû à une Maladie, y compris une « *affection disco-vertébrale* » telle que définie au Lexique.
- 365 jours est applicable lorsque l'arrêt de travail est dû à une « *Affection psychique* » telle que définie au Lexique, sauf souscription de l'option rachat psy, auquel cas le délai d'attente est ramené à 90 jours.
- 9 mois est applicable lorsque l'arrêt de travail résulte d'un état de grossesse et pour la garantie Indemnité journalière pour enfant hospitalisé.

Toutefois, ce délai peut être abrogé dans l'hypothèse où l'Assuré peut justifier avoir bénéficié de garanties antérieures de même nature, résiliées depuis moins de TROIS (3) mois décomptés à partir de la date d'effet de l'adhésion.

Dans cette hypothèse, en cas de sinistre, l'indemnité qui sera versée à l'Assuré pendant toute la durée de ce sinistre correspondra au montant garanti par le contrat précédent dans la limite des garanties souscrites lors de la présente adhésion.

1.8. Exclusions

1.8.1. Exclusions générales

Ne sont pas garanties au titre de votre adhésion :

- Les suites ou conséquences de *Maladies*, *Accidents* et infirmités dont la date de survenance ou de la première constatation médicale est antérieure à la date d'acceptation de l'adhésion concrétisée par l'émission du Certificat d'adhésion, (sauf si ces *Accidents* ou *Maladies* ont été déclarés à l'Assureur lors de l'adhésion et qu'ils n'ont donné lieu à aucune restriction et/ou exclusion de garantie).
- Les Sinistres survenus antérieurement à la date de prise d'effet des garanties ou antérieurement à l'expiration du Délai d'attente.

- La durée des congés légaux de maternité, de paternité ou d'adoption prévus par le Code du travail, et les congés pathologiques (14 jours avant le congé légal).
- Les faits de guerre, civile ou étrangère, et la guerre mettant en cause l'Etat français.
- La participation de l'assuré à des émeutes, insurrections, mouvements populaires, rixes, attentat, crimes, délits, actes de sabotage ou de terrorisme, manipulation d'armes à feu, d'explosifs ou de feux d'artifices, paris de toute nature.
- La désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes, quelles qu'en soient l'origine et l'intensité, sauf conséquences d'un fonctionnement défectueux d'instruments de radiologie ou de fausse manœuvre dans leur utilisation produit à l'occasion d'un traitement médical ou pour les médicaux et paramédicaux dans le cadre de leur activité professionnelle.
- Le suicide pendant la première année qui suit la date d'effet de l'adhésion.
- Les faits intentionnels de l'Assuré ou du bénéficiaire.
- Les accidents de navigation aérienne sauf si l'Assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote tiers possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé et une licence non périmée,
- Les *Accidents* d'un véhicule à moteur (terrestre, aérien ou nautique) où l'Assuré est conducteur, s'il a un taux d'alcoolémie supérieur au taux légal en vigueur, ou bien s'il conduisait sous l'emprise de drogues, stupéfiants ou produits toxiques ou médicaments, ou bien s'il n'est pas titulaire d'un permis en état de validité tel qu'exigé par la réglementation lorsque celle-ci l'impose.
- Les conséquences de l'usage de produits toxiques, ainsi que de stupéfiants, de psychotropes et plus généralement de toutes substances médicamenteuses, en l'absence ou en dehors des limites de la prescription médicale délivrée à l'assuré et valable à la date de l'évènement.
- Les séjours ou déplacements professionnels pour une durée de plus de trois (3) mois par année civile Hors Union Européenne, Angleterre, Suisse, Principauté d'Andorre, Monaco, Liechtenstein, Norvège, Islande, Etats-Unis, Canada, Japon, Australie, Nouvelle-Zélande (sauf déclaration et acceptation à l'adhésion) et tout déplacement ou séjour dans une zone, une région ou un pays « formellement déconseillé » ou « déconseillé sauf raison impérative » par le ministère des Affaires étrangères, sauf accord exprès de l'*Organisme assureur* sur la base des déclarations de l'Assuré dans les conditions exposées au contrat.
- Ne sont pas pris en charge au titre des garanties PTIA, IPT, IPP et ITT : les affections psychiatriques et leurs conséquences sauf en cas d'Hospitalisation de plus de cinq jours continus (six nuits d'hôpital).
- Les traitements et opérations à but esthétique (sauf si le traitement et /ou l'opération font suite à un *Accident* ou une maladie garantie), diététiques, de rajeunissement, marines, d'héliothérapie, de thalassothérapie, de sommeil, de désintoxication, de sevrage.

La garantie s'exerce cependant sur les conséquences :

- Des Affections, *Accidents* et infirmités qui ont été déclarés lors de la sélection médicale à l'adhésion ou en cours d'adhésion en cas d'ajout ou d'augmentation de garantie(s), sauf si elles ont fait l'objet d'une exclusion indiquée au Certificat d'adhésion.

1.8.2. Exclusions sports non rachetables

Les exclusions suivantes ne peuvent pas faire l'objet d'un rachat :

- Sports non représentés par une fédération reconnue par le ministère français.
- Base jump, sky flying, sky surfing, saut à l'élastique, zorbing.
- Les sports exercés à titre professionnel ou sous contrat rémunéré.
- Participations à des paris, essais, tentatives de records, exhibitions, acrobaties aériennes.
- Les sports en compétition, raids, concours, expéditions.
- Sport de neige hors-piste.

- Sport nécessitant l'utilisation d'un quelconque engin aérien privé (à moteur, à aile ou à voile) en qualité de pilote ou passager.

1.8.3. Exclusions sports rachetables (sports exclus par défaut et pouvant faire l'objet d'une demande de rachat)

Les exclusions suivantes peuvent faire l'objet d'un rachat, c'est-à-dire d'une suppression d'exclusion moyennant le versement d'une surprime et dans la limite d'un capital de 1 million et 1 euros :

- Sport nautique avec engin maritime à moteur.
- Les sports de neige ou de glace (autre que la pratique amateur sur piste ouverte de ski alpin ou de fond, du monoski et du surf ainsi que du patinage).
- VTT de descente, bicross, freeride.
- Tout sport ou activité nécessitant un VTM (véhicule terrestre à moteur).
- Rafting.
- Canyoning.
- Alpinisme, trekking et randonnée au-delà de 3 000 mètres d'altitude.
- Escalade, au-delà du niveau 5 selon la cotation française en vigueur au jour du sinistre
- Spéléologie.

Les baptêmes ou initiations encadré(e)s par un professionnel habilité des sports rachetables sont couverts.

1.9. Dispositions diverses

1.9.1. Communications

Toutes les communications relatives à l'assurance et incombant à l'*Adhérent*, aux *Assurés* ou aux Bénéficiaires, doivent être adressées à MULTIIMPACT - 41/43 Avenue Hoche - CS 110002 - 51687 REIMS CEDEX.

Toutes les communications incombant à l'*Organisme assureur* seront valablement faites au dernier domicile connu en France indiqué par l'*Adhérent* et / ou les *Assurés* et / ou les Bénéficiaires.

1.9.2. Protection des données à caractère personnel

- Les informations recueillies par ZENIOO, en qualité de responsable du traitement, font l'objet d'un traitement informatique destiné à :
 - la préparation et la conclusion du contrat d'assurance,
 - la gestion, le suivi et l'exécution du contrat d'assurance,
 - l'application de la réglementation prévue par le Code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme,
 - la lutte contre la fraude. Ce traitement est réalisé dans l'intérêt de ZENIOO, les tentatives de fraude devant être détectées afin d'éviter une prise en charge injustifiée et de maintenir un niveau de cotisation adapté aux risques et d'engager, le cas échéant, des poursuites,
 - la réalisation d'études statistiques et actuarielles. Ce traitement est réalisé dans l'intérêt de ZENIOO, afin d'améliorer et construire de nouveaux produits.

Ces données sont collectées directement auprès de l'*Adhérent*, de l'*Assuré* ou de son courtier en assurance.

LA DUREE DE CONSERVATION DES DONNEES :

Les données sont conservées pendant :

- toute la durée du contrat pour sa gestion et pendant la durée de leurs sinistres, le cas échéant. Elles sont ensuite conservées durant les délais légaux de prescription,
- 3 ans en cas de devis non suivi d'une souscription,

- 5 ans en cas de fraude à l'assurance ou de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

LES DESTINATAIRES DES DONNEES :

Zenioo traite les données pour les finalités précitées. Seules les personnes ayant besoin d'en connaître dans le cadre de leurs missions y ont accès.

Les données de l'*Adhérent* et de l'*Assuré* peuvent également être transmises :

- aux assureurs, aux réassureurs, aux intermédiaires d'assurance, et éventuellement à leurs sous-traitants, qui interviennent dans le cadre de l'exécution ou de la gestion du contrat, de la lutte contre la fraude ou de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme,
- aux autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires en vigueur,
- au médiateur compétent et aux autorités légalement autorisées pour le traitement de leurs réclamations,
- à toute personne intervenant au contrat, tels que des professionnels de santé, des médecins-conseils et des organismes sociaux lorsqu'ils interviennent dans le règlement des prestations.

Enfin, des informations vous concernant peuvent être transmises à toute personne intéressée au contrat (souscripteur, assuré(s)).

LOCALISATION DU TRAITEMENT :

Le traitement des données de l'*Adhérent/Assuré* se fait sur le territoire de l'Union Européenne. Elles peuvent toutefois faire l'objet, sous contrôle, de transferts hors de ce territoire. Ces règles peuvent être transmises sur demande du Délégué à la Protection des Données dont les coordonnées sont ci-dessous.

ZENIOO – 75 bis rue de Sèze- 69006 Lyon - Société par Actions Simplifiée au capital de 1.267.431 euros, Immatriculée au RCS de Lyon sous le numéro SIRET 884 782 582 00016, Courtier en assurances inscrit au registre des intermédiaires d'assurance (ORIAS) sous le numéro 20 005 879. www.orias.fr

LES DROITS DE L'ADHERENT/ASSURE :

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978 et au règlement européen (UE) n°2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, ils bénéficient d'un droit d'accès, de portabilité (dans les cas prévus par la loi uniquement), de rectification, de limitation (dans les cas prévus par la loi uniquement), d'opposition et de suppression (uniquement des données inexactes, incomplètes, équivoques, périmées ou dont le traitement est illicite) concernant les informations qui les concernent ainsi que du droit de définir des directives relatives à la conservation, l'effacement et à la communication de ces données après leur décès.

Ils peuvent exercer leurs droits en adressant un courrier (avec copie d'une pièce d'identité) au Délégué à la Protection des Données à l'adresse postale suivante 75 bis rue de Sèze - 69006 LYON (DPO de ZENIOO) ou par email à l'adresse suivante dpo@zenioo.com. Une copie de la pièce d'identité (recto-verso) devra être transmise lors de la demande.

Concernant le traitement de surveillance ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières, ils peuvent exercer leur droit auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) dont les coordonnées figurent ci-dessous.

L'*Adhérent/Assuré* a la faculté d'introduire une réclamation relative au traitement de leurs données personnelles :

- Sur le site de la CNIL en remplissant un formulaire de plainte en ligne ;
- Par courrier postal en écrivant à : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Le traitement des données de santé aux fins de l'exécution de leur contrat sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale.

- L'organisme gestionnaire agit en qualité de sous-traitant :

Toutes les informations collectées lors de l'adhésion au contrat, de même que celles recueillies ultérieurement, sont enregistrées par l'*Organisme assureur*, responsable du traitement. Elles sont indispensables pour traiter la demande de l'Adhérent. Elles ont vocation à être utilisées pour : (i) la contractualisation, le suivi et l'exécution des contrats d'assurance, ainsi que pour la résiliation de l'ancien contrat de l'Assuré auprès de l'ancien *Organisme assureur*, si par exemple l'Assuré mandate l'*Organisme assureur* pour faire usage de son droit à résiliation infra annuelle - dans le cadre de certains contrats d'assurance santé complémentaire - (ii) la mise en œuvre des

obligations légales et/ou réglementaires de l'*Organisme assureur* notamment en matière d'Echange Automatique d'Information en matière fiscale ou de lutte contre le blanchiment d'argent et de financement du terrorisme et (iii) l'amélioration des produits ou des prestations. Les données collectées sont transmises : (i) aux équipes ou sous-traitants de l'*Organisme assureur*, (ii) au prêteur le cas échéant (pour les données médicales, uniquement si l'*Assuré* renonce à la confidentialité), (iii) aux membres du groupe BPCE, (iv) aux organismes professionnels habilités, (v) aux partenaires commerciaux de l'*Organisme assureur*, comme des intermédiaires, mandataires ou réassureurs, (vi) au médecin conseil le cas échéant pour ce qui concerne les données médicales et (vii) aux autorités publiques conformément à la loi. Il n'existe aucune prise de décision entièrement automatisée par l'*Organisme assureur*, sur la base des données personnelles de l'*Adhérent/Assuré*. Les données personnelles collectées sont stockées à l'intérieur de l'Union européenne ou dans des pays dont la protection des données personnelles a été jugée adéquate par la Commission européenne. Elles sont conservées, par l'*Organisme assureur*, de manière sécurisée et conformément à la réglementation et, pour la durée réglementaire correspondant soit à la prescription légale, soit à la réglementation des assurances. Les données personnelles de santé de l'*Assuré* sont particulièrement protégées, accessibles et traitées uniquement par des professionnels spécifiquement formés et soumis à une confidentialité réglementaire. L'*Adhérent* dispose d'un droit d'accès, de rectification, de limitation, de suppression, d'opposition pour motif légitime, d'un droit à la portabilité de vos données, du droit de définir des directives post-mortem relatives au sort de vos données personnelles et, le cas échéant, de retirer votre consentement à tout moment, hormis les cas où la réglementation ne permet pas l'exercice de ces droits. Pour exercer un ou plusieurs de ces droits il convient de contacter le délégué à la protection des données de l'*Organisme assureur* par mél (dpo@prepar-vie.com) ou le médecin conseil de l'*Organisme assureur* (service.medical@prepar-vie.com) pour les données de santé de l'*Assuré*, ou par courrier : PREPAR-VIE, Immeuble Le Village 1, Quartier Valmy, 33 Place Ronde, CS 90241, 92981 Paris La Défense cedex ou PREPAR IARD Immeuble Le Village 1, Quartier Valmy, 33 Place Ronde, CS 20243, 92981 Paris La Défense cedex pour les informations figurant dans ses propres fichiers ou ceux de ses mandataires. En cas de doute sur l'identification de la personne concernée, une pièce justificative d'identité peut être demandée. En cas de réclamation, l'*Adhérent* peut contacter la CNIL par mel (www.cnil.fr) ou par courrier postal en écrivant à : CNIL - Service des Plaintes - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07. L'*Adhérent/Assuré* peut s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage par mel (www.bloctel.gouv.fr) ou par courrier postal en écrivant à : OPPOSETEL- Service Bloctel- 6 rue Nicolas Siret – 10000 TROYES. Pour plus d'informations, il peut se reporter, à tout moment, à notre Politique de données personnelles, susceptible d'évoluer au fil du temps, sur notre site internet www.prepar-vie.fr.

1.9.3. Organisme de contrôle des organismes *Organisme assureurs*

L'autorité chargée du contrôle de PREPAR IARD ET PREPAR VIE est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest, CS92459, 75436 Paris Cedex 9.

1.9.4. Réclamations - Médiation – Juridiction compétente

On entend par réclamation, toute déclaration, sous quelle que forme que ce soit (lettre, courriel, appel téléphonique) faisant état d'une insatisfaction ou d'un mécontentement.

L'*Adhérent* peut à tout moment s'adresser à son interlocuteur habituel afin de résoudre tout problème relatif à la bonne exécution de son adhésion. Si le litige éventuel demeure, il peut adresser une réclamation écrite. Selon l'objet de cette réclamation, le service en charge de son traitement différera.

- Réclamation lors de la conclusion de l'adhésion :

Pour toute réclamation relative aux circonstances de la conclusion de l'adhésion (manquements et/ou mauvaises pratiques lors de la vente, défaut d'information et/ou de conseil ...), l'*Adhérent* peut formuler une première réclamation auprès de son interlocuteur habituel.

Le destinataire de la réclamation s'engage à accuser réception de la demande dans les dix (10) jours ouvrables suivant sa réception (en l'absence de réponse à la réclamation apportée dans ce délai), et à y apporter une réponse au maximum dans les deux (2) mois suivant sa date de réception (sauf circonstances particulières dont l'*Adhérent* sera alors informé). Si la réponse apportée à cette première réclamation ne satisfait pas l'*Adhérent*, il peut formuler une deuxième (2ème) réclamation auprès de Zenioo :

- par courrier à l'adresse : ZENIOO, Service Réclamations, 75 bis rue de Sèze – 69006 Lyon
- par email : reclamation@zenioo.com

ZENIOO s'engage à accuser réception de la demande dans les DIX (10) jours ouvrables suivant sa réception (en l'absence de réponse à la réclamation apportée dans ce délai), et à apporter une réponse au maximum dans les deux (2) mois suivant sa date de réception (sauf circonstances particulières dont il sera alors informé).

En cas d'insatisfaction de l'*Adhérent* quant à la réponse qui lui sera apportée, ce dernier disposera de la faculté de faire appel au Médiateur compétent :

- le Médiateur de l'Assurance (La Médiation de l'Assurance, TSA 50 110 - 75441 PARIS cedex 09 ou le saisir en ligne sur le site www.mediation-assurance.org), pour toute réclamation.

Et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Le recours au Médiateur ne peut être fait parallèlement à la saisine des tribunaux.

Cependant, ce recours ne porte pas atteinte à une éventuelle procédure contentieuse ultérieure : le délai de prescription de l'action en justice est interrompu à compter de la saisine du Médiateur compétent et pendant le délai de traitement de la réclamation par le Médiateur.

- Réclamation sur la gestion de l'adhésion ou d'un sinistre :

Pour toute autre réclamation, l'*Adhérent* peut formuler une première (1ère) réclamation auprès de l'*organisme gestionnaire* :

	MULTI IMPACT SERVICE GESTION DES RECLAMATIONS OFFRE ZEN PREV PRO PREMIUM 41/43 Avenue Hoche - CS 110002 – 51687 REIMS CEDEX reclamations@multi-impact.com
--	--

MULTI IMPACT s'engage à accuser réception de la demande dans les dix (10) jours ouvrables suivant sa réception (en l'absence de réponse à la réclamation apportée dans ce délai), et à y apporter une réponse au maximum dans les deux (2) mois suivant sa date de réception (sauf circonstances particulières dont l'*Adhérent* sera alors informé). Si la réponse apportée à cette première réclamation ne satisfait pas l'*Adhérent*, il peut formuler une deuxième (2ème) réclamation auprès de L'*Organisme assureur* :

d'ordre administratif	PREPAR-VIE SERVICE RELATIONS CLIENTELES Immeuble Le Village 1 Quartier Valmy 33 Place Ronde CS 90241 92981 Paris La Défense cedex <u>service-relations.clientele@prepar-vie.com</u>
d'ordre médical	PREPAR-VIE CELLULE MEDICALE / MEDECIN CONSEIL Immeuble Le Village 1 Quartier Valmy 33 Place Ronde CS 90241 92981 Paris La Défense cedex <u>service.medical@prepar-vie.com</u>

L'*Organisme Assureur* s'engage à accuser réception de la demande dans les dix (10) jours ouvrables suivant sa réception (en l'absence de réponse à la réclamation apportée dans ce délai), et à apporter une réponse au maximum dans les deux (2) mois suivant sa date de réception (sauf circonstances particulières dont il sera alors informé).

En cas d'insatisfaction de l'*Adhérent* quant à la réponse qui lui sera apportée, ce dernier disposera de la faculté de faire appel au Médiateur compétent :

- le Médiateur de l'Assurance (La Médiation de l'Assurance, TSA 50 110 - 75441 PARIS cedex 09 ou le saisir en ligne sur le site www.mediation-assurance.org), pour toute réclamation.

Et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

Le recours au Médiateur ne peut être fait parallèlement à la saisine des tribunaux.

Cependant, ce recours ne porte pas atteinte à une éventuelle procédure contentieuse ultérieure : le délai de prescription de l'action en justice est interrompu à compter de la saisine du Médiateur compétent et pendant le délai de traitement de la réclamation par le Médiateur.

L'*Adhérent* peut également adresser sa réclamation :

- À la plateforme SignalConso, accessibles à l'adresse suivante : <https://signal.conso.gouv.fr/>
- À la plateforme de règlement en ligne des litiges, accessibles à l'adresse suivante :

<https://ec.europa.eu/consumers/odr>

- À l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - ACPR, 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS (<https://acpr.banque-france.fr/>)

Ces démarches sont sans incident sur les autres voies de recours légales dont il dispose.

TITRE 2. DISPOSITIONS RELATIVES À L'ADHÉSION AU CONTRAT

2.1 Conditions et formalités d'adhésion au contrat

2.1.1 Conditions d'adhésion au contrat

Sont admissibles au contrat les membres de l'association souscriptrice telle que définie au Lexique, remplissant les conditions cumulatives suivantes :

- être âgé de 18 ans à 65 ans inclus à la date d'effet des garanties, l'âge étant calculé par différence de millésime entre l'année de naissance et celle de l'adhésion,
- résider et exercer son activité professionnelle de manière effective en *France Continentale*,
- être affilié au *Régime obligatoire* de protection sociale des travailleurs non-salariés (prévoyance) tel que défini au Lexique, sous réserve d'être à jour du paiement des cotisations auprès dudit régime,
- avoir le statut de :
 - travailleur non salarié, pratiquant leur activité de manière indépendante sans être soumis à un lien de subordination, 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'article 154 bis du Code Général des Impôts (impôt sur le Revenu dans la catégorie des Bénéfices Industriels et Commerciaux (BIC) ou des Bénéfices Non Commerciaux (BNC)),
 - ou de mandataire social, président de SAS, SASU, SELAS OU SELAFA
- avoir accompli les formalités médicales préalables à l'adhésion,
- ne pas exercer l'une des professions listées au titre des exclusions ci-dessous.

Les personnes physiques exerçant les professions listées ci-dessous ne sont pas admissibles au contrat. Ces exclusions ne peuvent pas faire l'objet d'un rachat.

- **Activités humanitaires**
- **Métiers de l'industrie avec manipulation et/ou transport de produits dangereux (explosifs, artificiers, chimie), radioactifs ou d'agents pathogènes**
- **Métiers du nucléaire**
- **Secteur Pétrolier et gazier (raffinage, exploitation, plate-forme)**
- **Sauveteur**
- **Débardeurs**
- **Professionnel de sécurité ou de surveillance, avec ou sans port d'arme, activités avec usage d'armes (convoyeurs de fonds, détectives privés, agents de sécurité)**
- **Métiers de la mer et des chantiers navals tels que marins, pêcheurs, activités de plongée,**
- **Activités de la mine ou souterrains ou galeries ou carrières ou cimenteries**
- **Profession de haute et/ou moyenne montagne (guide, moniteur de ski)**
- **Métiers du spectacle, de l'art, du cirque, des activités foraines (y inclus intermittent) plus largement aux personnes physiques relevant du régime obligatoire AGESEA-MDA**
- **Journalistes, reporters et Photographes**
- **Activité liée aux travaux d'activité de grande hauteur ou d'ouvrage d'art**
- **Professions de la voyance, divination, occultisme, magnétiseur, thérapeute énergétique**
- **Sportifs professionnels**
- **Moniteurs et pilotes d'engins aériens**
- **Autres métiers à risques : cascadeurs, guides de chasse (y compris safaris), tauromachie, vulcanologues**
- **Saisonniers**
- **Professions liées au service secret**
- **Professions relevant des régimes obligatoires agricoles (MSA, AMEXA)**

2.1.2 Formalités d'adhésion au contrat

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

- déclare son activité professionnelle et le montant de la rémunération permettant de déterminer la *base de référence* dans les conditions fixées à l'article 1.6.1. (*Base de référence*),
- confirme ou infirme s'il est « *non fumeur* » tel que défini au lexique,
- choisit la formule des garanties décès et perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes au titre des conventions n° CP 30/034 et n° 1/065 (en cas de sortie en capital) ou au titre des conventions n° CP 30/035 et n° 1/064 (en cas de sortie en rente),
- choisit le niveau de franchise des garanties en cas d'arrêt de travail,
- choisit les garanties optionnelles,
- désigne le ou les bénéficiaires en cas de décès,
- désigne les bénéficiaires de la Rente Education,
- justifie de son état de santé dans les conditions fixées à l'article 2.1.3 (Formalités médicales).

L'Assuré pourra choisir de renseigner ces informations sur une demande d'adhésion dématérialisée. L'acceptation du risque par l'*Organisme assureur* est constatée par l'émission d'un certificat d'adhésion.

Le certificat d'adhésion qui précise qui est l'Assuré mentionne les caractéristiques propres à l'adhésion, notamment, l'identité de l'Assuré, la date d'effet de l'adhésion, la liste des garanties, le niveau de garanties souscrit, la *base de référence*, les enfants à charge, 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 engagent l'*Organisme assureur*.

2.1.3 Formalités médicales à l'adhésion

L'Assuré s'engage à compléter une Déclaration de Santé Simplifiée (DSS) et/ou un questionnaire de santé (QS) à l'attention du médecin conseil de l'*Organisme assureur*, sous pli confidentiel. Ce dernier peut demander des examens médicaux complémentaires ou une visite médicale auprès d'un médecin délégué par l'*Organisme assureur*. Le cas échéant, selon les déclarations de l'assuré, des questionnaires financiers, sportifs ou professionnels pourront être demandés.

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

- accepter l'adhésion dans les conditions normales du contrat,

OU

- proposer un aménagement des conditions tarifaires et/ou de garanties, voire refuser 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'*Organisme assureur*.

2.2 Modification de l'adhésion au contrat

2.2.1. Baisse du niveau de couverture

À tout moment, l'Assuré peut modifier ses garanties à la baisse, sous réserve d'en faire la demande à l'*Organisme assureur* :

- En baissant sa base de référence

et/ou

- En demandant une baisse du pourcentage assuré en capital décès par tranche de 25%. Le capital décès doit cependant rester supérieur ou égal à 275% de la base de garantie en cas de Décès toutes causes et de Perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes

et /ou

- En augmentant le niveau de franchise en cas d'arrêt de travail.

Un délai de DOUZE (12) mois doit s'écouler entre deux demandes de modifications

La modification de l'adhésion prend effet par l'établissement d'un avenant au certificat d'adhésion qui indique notamment la date de prise d'effet de la modification, les modifications et la nouvelle cotisation à cette date. Celle-ci sera calculée conformément aux critères mentionnés à l'article 3.1 (Montant de la cotisation).

Si l'*Adhérent* ne retourne pas l'avenant au certificat d'adhésion signé à l'*Organisme gestionnaire* dans les TRENTE (30) 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.

2.2.2 Augmentation du niveau de couverture

Au cours de l'adhésion, l'*Adhérent* peut sous réserve de justificatifs fiscaux :

- augmenter sa base de référence
- et /ou
- demander une augmentation du pourcentage du capital décès par tranche de 25%. Le capital décès doit cependant rester inférieur ou égal à 400% de la base de garantie en cas de Décès toutes causes et de Perte totale et irréversible d'autonomie toutes causes.
- et /ou
- diminuer le niveau de franchise en cas d'arrêt de travail.

Un délai de DOUZE (12) mois doit s'écouler entre deux demandes de modifications.

La modification de l'adhésion prend effet après accord exprès de l'*Organisme 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 modifications et la nouvelle cotisation à cette date. Celle-ci sera calculée conformément aux critères mentionnés à l'article 3.1 (Montant de la cotisation).

Si l'adhérent ne retourne pas l'avenant au certificat d'adhésion signé à l'organisme gestionnaire dans les TRENTE (30) 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.

2.2.3 Formalités médicales en cas d'augmentation du niveau de couverture

Dans les CINQ (5) premières années suivant l'adhésion, et dans limite de deux demandes d'ajustement des revenus, aucune nouvelle formalité médicale ne sera demandée si l'augmentation annuelle de l'assiette de base ne dépasse pas 10% par demande.

Après CINQ (5) ans, dans tous les cas, l'*Assuré* devra accomplir de nouvelles formalités médicales et le cas échéant des formalités financières, s'il souhaite modifier sa base de référence.

La prise d'effet de cette modification est subordonnée à notre accord exprès matérialisé par l'émission d'un nouveau Certificat d'adhésion précisant le nouveau montant des garanties.

En fonction des conclusions du médecin conseil, l'*Organisme 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 un aménagement des conditions tarifaires et/ou de garanties,

OU

- refuser la modification de l'adhésion.

Si l'*Adhérent* n'accepte pas les nouvelles conditions d'adhésion proposées dans un délai de TRENTE (30) jours qui suivent leur date d'envoi ou si l'*Organisme assureur* refuse la modification de l'adhésion, 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, durée, renouvellement de l'adhésion

L'adhésion au contrat prend effet à la date mentionnée au certificat d'adhésion.

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 (1) an, sauf dénonciation par l'*Assuré*, adressée au moins DEUX (2) mois avant cette date.

L'Assuré peut adresser sa demande :

- soit par lettre ou tout autre support durable ;
- soit par déclaration faite au siège social ou chez le représentant de l'organisme assureur ;
- soit par acte extrajudiciaire ;
- soit, lorsque l'*Organisme assureur* propose la conclusion de contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication ;
- soit par tout autre moyen prévu par le contrat.

Le destinataire confirme par écrit la réception de la notification.

Sous réserve du paiement des cotisations, et, sauf déclaration fautive faite par l'Assuré, au-delà des DEUX (2) 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'adhésion

L'adhésion au contrat prend fin :

- en cas de non-paiement de la cotisation : à la date indiquée dans la lettre recommandée (ou envoi recommandé électronique) de mise en demeure adressée en cas de non-paiement des cotisations, conformément aux dispositions de l'article 3.3 « Défaut de paiement »
- 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,
- à la date à laquelle l'*Organisme assureur* paie la prestation prévue en cas de perte totale et irréversible d'autonomie, ou 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) ;
- le jour auquel l'adhérent cesse d'exercer la profession mentionnée au certificat d'adhésion ;
- en cas de non renouvellement de l'agrément de l'*Organisme assureur*.

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

2.3.3 Date d'effet et durée des garanties

Les garanties prennent effet à la même date que celle de l'adhésion, mentionnée sur le 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), les garanties prennent effet 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'*Organisme assureur* qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas d'événement ouvrant droit aux prestations,
- Informer par écrit les Assurés des modifications apportées à leurs droits et obligations TROIS (3) mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

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

2.4.2 Obligations liées à la territorialité du contrat

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

2.4.3 Obligations de l'adhérent

L'adhérent s'oblige :

A l'adhésion :

- à transmettre :
 - la demande d'adhésion complétée et signée,
 - un extrait Kbis ou le cas échéant, toute autre pièce officielle justifiant son statut,
 - une photocopie de sa carte nationale d'identité ou passeport en vigueur s'il est une personne physique;
 - un mandat de prélèvement SEPA,
 - toutes pièces que l'*Organisme assureur* jugerait nécessaire à l'adhésion,
 - une déclaration sur l'honneur qui confirme qu'il est à jour du paiement de ses cotisations au titre du régime, dont il relève, de protection sociale obligatoires des travailleurs non-salariés.
- à accomplir les formalités médicales prévues à l'article 2.1.3 (Formalités médicales).

A la date d'effet de l'adhésion

- à transmettre un exemplaire de la demande d'adhésion signée électroniquement à l'*Organisme assureur* ou son représentant au plus tard à la date d'effet des garanties,
- Si l'adhérent est admis à l'assurance à des conditions spécifiques et conformément aux dispositions du paragraphe 2.1.2. Formalités d'adhésion et 2.1.3. Formalités médicales à l'adhésion, à transmettre un exemplaire du certificat d'adhésion signé, à l'*Organisme assureur* ou son représentant au plus tard à la date d'effet des garanties.

En cours d'adhésion :

- à régler les cotisations à l'*Organisme assureur*,
- à communiquer à l'*Organisme assureur* toutes circonstances nouvelles ayant pour conséquence de modifier la nature ou l'importance des risques hors médicales, ou d'en créer de nouveaux, et de rendre inexacts ou caduques les déclarations faites à l'*Organisme 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,
 - une cessation ou un changement d'affiliation au Régime obligatoire dont il relève,
 - un changement de domicile ou un départ de plus de 3 mois hors de France Continentale,
 - un changement de profession ou une cessation d'activité professionnelle,
 - un changement à la baisse de sa base de référence comme définie dans les conditions fixées à l'article 1.6.1. (Base de référence),
 - si l'Assuré devient « fumeur » ou « non-fumeur » tel que défini au lexique.

Ces changements doivent être signalés dans un délai de TROIS (3) mois à compter de la date du changement accompagné du/des éléments justificatifs. L'omission de déclaration peut entraîner la nullité de l'assurance (article L.113-8 du Code des assurances). Ils pourront faire l'objet d'un aménagement des conditions tarifaires ou d'un refus.

- à transmettre à l'*Organisme 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 :

- à transmettre à l'organisme assureur les pièces nécessaires au règlement des prestations, tels qu'elles sont énumérées à l'article 7.3.1 (Pièces justificatives).

L'*Organisme 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 Délai

Conformément à l'article L. 132-5-1 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'organisme assureur par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique avec avis 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 ou de l'envoi recommandé électronique. Les garanties du contrat cessent de produire effet à compter du jour d'envoi de la lettre recommandée ou de l'envoi recommandé électronique de renonciation.

2.5.2 Modèle de rédaction de renonciation au contrat

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

« Je soussigné (nom, prénom), demeurant (adresse complète), déclare renoncer à mon adhésion au contrat numéro (indiquer le dit 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. Fait à ..., le

Signature.

TITRE 3. DISPOSITIONS RELATIVES AUX COTISATIONS

3.1. Montant de la cotisation

Les cotisations annuelles sont calculées en fonction de la base de référence et d'un taux de cotisation, mentionnées au certificat d'adhésion et déterminées conformément au paragraphe ci-dessous.

Les taux de cotisation dépendent de nombreux critères, notamment du niveau de garanties souscrit, la franchise choisie en cas d'arrêt de travail, la base de référence, l'âge atteint de l'Assuré, l'activité professionnelle, le Régime obligatoire d'assurance maladie français, le lieu de résidence et la déclaration de l'Assuré comme étant « fumeur » ou « Non-fumeur » et le cas échéant des conditions d'acceptation de l'Organisme 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.

Le Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS) pris en compte pour le calcul de la cotisation, est celui en vigueur à la date où la cotisation est exigible.

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.

En tout état de cause, la cotisation évolue au cours de l'adhésion chaque 1er janvier en fonction de l'âge de l'Assuré à cette date.

3.2. Modalités de paiement de la cotisation

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

Le cas échéant, lorsque l'Adhérent 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'Adhérent : mensuelle, trimestrielle, semestrielle, annuelle.

La cotisation est payable par prélèvement bancaire ou par chèque, selon la périodicité choisie.

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

Toute taxe ou contribution applicable ou qui deviendrait applicable au contrat serait mise à la charge de l'Adhérent et payable en même temps que la cotisation, sauf disposition légale contraire.

3.3. Défaut de paiement

L'Organisme 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 DIX (10) jours suivant son échéance, l'*Organisme assureur* mandataire du souscripteur à cet effet, adresse une lettre recommandée de mise en demeure de payer.

Conformément aux articles L. 141-3 et L. 132-20 du Code des assurances, le non-paiement d'une cotisation à l'expiration d'un délai de QUARANTE (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'*Organisme assureur* et le souscripteur, il a été convenu que le souscripteur donnait expressément mandat à l'*Organisme assureur* d'accomplir les formalités légales prévues en cas de non-paiement d'une cotisation.

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

La garantie est assurée par la convention CP 30/034 Non Eligible Loi Madelin (sortie en capital) ou CP 30/035 Eligible Loi Madelin (sortie en rente) pour l'Assuré non agricole.

La garantie a pour objet de verser au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), en cas de décès de l'Assuré, une prestation sous forme de capital ou de rente dont le montant est indiqué au certificat d'adhésion.

4.2. Prestation

Le montant de la prestation garantie est déterminée en fonction du niveau de garanties souscrit par l'*Adhérent*.

Remarque

À compter de la date du décès de l'assuré et jusqu'à la date de réception par l'*Organisme assureur* des pièces nécessaires au paiement de la prestation [(article 7.3 – Pièces justificatives)], la prestation mentionnée au certificat d'adhésion est revalorisée dans les conditions prévues à l'article R132-3-1 du Code des assurances (loi Eckert).

Si la prestation est délivrée sous forme de rente, le montant de la rente versée résulte de la conversion en rente du capital garanti selon :

- le barème en vigueur à la date d'effet de la rente, prévu à l'article A. 335-1 du Code des assurances ;
- le taux technique maximum prévu à l'article A. 132-1 du Code des assurances ;
- les frais de gestion fixés à 3% des arrérages ;
- la périodicité trimestrielle et à terme échu des arrérages.

4.3. Bénéficiaire

Sauf stipulation contraire faite par l'*Adhérent*, valable au jour du décès, la prestation est versée selon la clause type ci-après :

- à son *Conjoint* survivant non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif ;
- à défaut, à son *Partenaire de PACS* tel que défini au lexique ;
- à défaut, à ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales ;
- à défaut, à ses autres héritiers par parts égales.

L'Assuré a la faculté de modifier sa désignation de bénéficiaire pendant toute la durée du contrat et notamment lorsque celle-ci n'est plus appropriée, sur un formulaire fourni par l'*Organisme assureur* ou sur demande écrite datée et signée de sa main.

Dans le cas d'une clause particulière, c'est-à-dire lorsque l'Assuré désigne nommément le(s) bénéficiaire(s), il doit mentionner les coordonnées de celui(ceux)-ci (nom d'usage, nom de naissance, prénom(s), , adresse de résidence, date et lieu de naissance (commune, code postal, pays),) et communiquer une copie d'un justificatif d'identité. Elles seront utilisées par l'*Organisme 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 L. 132-9 du Code des assurances, à savoir notamment, par :

- avenant signé par l'*Organisme 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'*Organisme 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'*Organisme assureur* lui est inopposable.

Dans le cas de versement du montant garanti sous forme de capital, le versement aura lieu en une seule fois.

Dans le cas de versement du montant garanti sous forme de rente, le versement interviendra à terme échu pendant 60 mois Si un bénéficiaire décède avant le terme des 60 mois, le solde restant dû est versé aux héritiers de ce bénéficiaire.

En l'absence de clause bénéficiaire conforme ou en cas de caducité de la clause particulière au jour du décès de l'*Assuré*, les sommes dues seront versées conformément à la clause type reprise ci-dessus.

4.4. Exclusions

Les exclusions sont définies à l'article 1.8 (Exclusions).

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 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'organisme 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 SEPTIEME (67^{ème}) anniversaire.

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

4.6. Objet de la garantie

La garantie est assurée par la convention 1/065 Non Eligible Loi Madelin (sortie en capital) ou 1/064 Eligible Loi Madelin (sortie en rente) pour l'assuré non agricole. Elle a pour objet le versement par anticipation du capital garanti en cas de décès à l'assuré s'il est atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie.

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 de l'assuré 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.

Le versement de cette prestation met fin à toutes les garanties sauf les garanties « double effet » et « rente éducation ».

Son état de santé doit être reconnu comme consolidé tel que défini dans le Lexique.

Il est précisé que l'*Organisme assureur* se réserve la possibilité de soumettre l'*Assuré* à un contrôle médical dans les conditions prévues à l'article 7.1 (Contrôle médical).

Dans le cas de versement du montant garanti sous forme de capital, le versement aura lieu en une seule fois.

Dans le cas de versement du montant garanti sous forme de rente, le versement interviendra à terme échu pendant 60 mois. Si l'*Assuré* décède avant le terme des 60 mois, le solde restant dû est versé aux héritiers sous forme de capital.

4.7. Prestation

La prestation est versée à l'*Assuré* sous forme de capital ou de rente et est exigible à la date reconnue par l'*Organisme assureur* comme début de la perte totale et irréversible d'autonomie.

4.8. Exclusions

Les exclusions sont définies à l'article 1.8 (Exclusions).

4.9. 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,
- à la date à laquelle l'organisme 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 SEPTIEME (67^{ème}) anniversaire.

Option doublement accident

En cas de souscription de l'option « Doublement *Accident* » le montant de la prestation versée en cas de décès ou de PTIA *Accidentelle* est égal au montant prévu au certificat d'adhésion multiplié par DEUX (2) sous forme de capital et ce, même si le versement initial au titre de la garantie Décès ou PTIA a eu lieu sous forme de rente.

Les conditions de prestation, de cessation de garanties, d'exclusions sont identiques aux garanties « décès toutes causes » et « PTIA toutes causes ».

La limite entre l'événement et la constatation du Décès ou de la PTIA *Accidentelle* est de DOUZE (12) mois au maximum.

Garantie double effet

4.10. Objet de la garantie

La garantie est assurée **par la convention CP 30/034 Non Eligible Loi Madelin** pour l'assuré non agricole.

En cas de décès du *Conjoint*, ou du *Partenaire de PACS* de l'assuré, tels que définis au Lexique, simultanément ou postérieurement au décès de l'Assuré ou de sa consolidation en état de PTIA, la garantie a pour objet de verser sous forme de capital, le même montant garanti au titre de la garantie Décès toutes causes (hors option « doublement *Accident* » aux bénéficiaires définis ci-après).

Sous réserve que :

- A la date du décès ou consolidation en état de PTIA du conjoint, ou du partenaire de PACS, l'âge qu'aurait eu l'assuré n'aurait pas dépassé 67 ans.
- A la date de son décès, le conjoint ou partenaire de PACS ne soit pas âgé de plus de 62 ans.
- A la date du décès du conjoint ou du partenaire de PACS, il existe des enfants à charge tels que définis au Lexique.

Est considéré comme simultané, le décès du *Conjoint* ou du *partenaire de PACS* qui survient dans les 24 heures qui suivent ou qui précèdent le décès de l'assuré.

Est considéré comme postérieur, le décès du *Conjoint* ou du *partenaire de PACS*, qui survient au maximum dans les DOUZE (12) mois qui suivent le décès de l'assuré.

Si le décès du *Conjoint* ou du *Partenaire de PACS* survient plus de DOUZE (12) mois après le décès de l'assuré, la garantie « double effet » n'est pas due.

Bénéficient de la prestation par parts égales entre eux :

- les enfants qui répondaient à la définition des enfants à charge du Lexique au jour de décès de l'assuré ET qui sont à la charge du conjoint ou du partenaire de PACS au jour de son décès selon les mêmes critères,
- l'enfant de l'assuré né viable moins de TROIS CENTS (300) jours après la date du décès de l'assuré sous réserve que la grossesse ait été déclarée à l'organisme assureur dans les QUATRE VINGT DIX (90) jours qui suivent le décès de l'assuré et sur présentation d'un extrait d'acte de naissance de l'enfant.

Le montant du capital est précisé au certificat d'adhésion.

Remarque

À compter de la date du décès du conjoint ou du partenaire de PACS et jusqu'à la date de réception par l'*Organisme assureur* des pièces nécessaires au paiement de la prestation [Article 7.4. (Pièces à fournir)], la prestation mentionnée au certificat d'adhésion est revalorisée dans les conditions prévues à l'article R. 132-3-1 du Code des assurances (loi Eckert).

4.11. Exclusions

Les exclusions sont définies à l'article 1.8 (Exclusions).

4.12. 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),
- à la date où la prestation est versée au titre de la garantie PTIA
- le jour de la liquidation normale ou anticipée de sa pension d'assurance vieillesse d'un *Régime obligatoire* quel qu'en soit le motif,
- 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^{ème}) anniversaire.

Pour le conjoint ou le partenaire de PACS survivant, tels que définis au Lexique, le jour où :

- il se marie ;
- il conclut un PACS ;
- il n'a plus d'enfant à charge au sens de la présente garantie ;
- le jour où la convention CP 30/034et/ou CP 30/035 est résiliée quel qu'en soit le motif ;
- au terme d'un délai de 365 jours suivant le jour du décès de l'Assuré ;

ET en tout état de cause, le jour du SOIXANTE DEUXIEME (62^{ème}) anniversaire du Conjoint ou du Partenaire de PACS.

Garantie Rente éducation

4.13. Objet de la garantie

La garantie a pour objet de verser en cas de décès de l'Assuré une rente annuelle temporaire :

- à chacun des Enfants de l'assuré à charge tels que définis au Lexique au jour du décès de l'Assuré et désigné au Certificat d'adhésion,

Le montant de cette rente est mentionné au Certificat d'adhésion.

Il sera égal à :

- 8% du montant de l'assiette de base jusqu'au 12^{ème} anniversaire de l'enfant,
- 10% jusqu'à son 18^{ème} anniversaire
- puis 12% à compter de son 18^{ème} anniversaire.

Le paiement des prestations prévues en cas de rente éducation met fin à l'ensemble des garanties souscrites, sauf la garantie double effet.

4.14. Cessation de la garantie

La garantie Rente éducation cesse :

- Au 18 ans de l'enfant ou 26 ans en cas de prolongement des études.

En tout état de cause, la garantie cesse au dernier jour du trimestre civil qui précède celui au cours duquel l'enfant décède.

TITRE 5. DISPOSITIONS RELATIVES AUX GARANTIES EN CAS D'ARRÊT DE TRAVAIL ET EN CAS D'INVALIDITE

Garantie incapacité temporaire totale (ITT)

5.1 Objet de la garantie

La garantie est assurée par la convention 1/064 Eligible Loi Madelin pour l'assuré non agricole, si celui-ci souhaite bénéficier des dispositions de la Loi Madelin.

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 ci-après.

Pour pouvoir bénéficier de cette garantie :

L'Assuré doit exercer de manière effective au moment de l'arrêt de travail l'activité professionnelle qu'il a déclaré lors de son adhésion ou en cours d'adhésion,

L'arrêt de travail doit entraîner une interruption réelle et complète de ses occupations professionnelles et l'Assuré doit suivre le traitement médical prescrit et se soumettre au repos nécessaire à sa guérison.

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 temporaire complète et continue, constatée médicalement, d'exercer son activité professionnelle déclarée à l'Organisme assureur.

Rechute

Si l'Assuré est victime d'une *Rechute* provenant du même *Accident* ou de la même *Maladie* indemnisée survenue après une reprise d'activité professionnelle inférieure à SOIXANTE (60) jours, celle-ci ne sera pas considérée comme un nouveau Sinistre. En conséquence, il ne sera pas fait application de la Franchise. Toutefois une *Rechute* déclarée plus de SOIXANTE (60) jours après une reprise d'activité professionnelle est considérée comme un nouveau Sinistre. En conséquence, la Franchise s'applique à nouveau.

Temps partiel thérapeutique

Est considéré en Temps Partiel Thérapeutique, l'Assuré qui par suite d'une *Maladie* ou d'un *Accident* tels que définis au Lexique, est en arrêt de travail à temps partiel pour raison médicale, sur prescription de son médecin.

L'indemnité journalière est versée par l'Organisme assureur pour un montant réduit de moitié, sous déduction des prestations versées ou dues par le Régime obligatoire et à l'issue du délai de franchise prévue au certificat d'adhésion en cas d'arrêt de travail.

Le Temps Partiel Thérapeutique est indemnisé sur une durée maximum de SIX (6) mois consécutifs au titre d'un même sinistre quelle que soit la nature de l'arrêt de travail.

5.3 Prestation

Au titre de la garantie incapacité temporaire de travail, la *base de référence* servant au calcul de la prestation et le montant de l'indemnité journalière sont ceux mentionnés au certificat d'adhésion.

L'indemnité journalière est versée par l'Organisme assureur, sous déduction des prestations versées ou dues par le Régime obligatoire et à l'issue d'une durée d'arrêt de travail dite « franchise » prévue au certificat d'adhésion.

Le cumul des prestations versées par l'Organisme assureur et tout autre régime de prévoyance ou d'assurance obligatoire ou facultative ne peut excéder les Revenus professionnels et/ou Dividendes.

L'Adhérent a le choix entre six options de franchise :

- 90/90/90 : Si cette franchise a été souscrite et sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, la durée de la période de franchise est de QUATRE VINGT DIX (90) jours en cas de *Maladie*, d'*Hospitalisation* ou d'*Accident* dans les conditions mentionnées au certificat d'adhésion.
- 90/3/3 : Si cette franchise a été souscrite et sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, la durée de la période de franchise est de QUATRE VINGT DIX (90) jours en cas de *Maladie* et ramenée à TROIS (3) jours en cas d'*Hospitalisation* ou d'*Accident* dans les conditions mentionnées au certificat d'adhésion.
- 30/3/3 : Si cette franchise a été souscrite et sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, la durée de la période de franchise est de TRENTE (30) jours en cas de *Maladie* et ramenée à TROIS (3) jours en cas d'*Hospitalisation* ou d'*Accident* dans les conditions mentionnées au certificat d'adhésion.
- 15/3/3 : Si cette franchise a été souscrite et sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, la durée de la période de franchise est de QUINZE (15) jours en cas de *Maladie* et ramenée à TROIS (3) jours en cas d'*Hospitalisation* ou d'*Accident* dans les conditions mentionnées au certificat d'adhésion.
- 30/3/0 : Si cette franchise a été souscrite et sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, la durée de la période de franchise est de TRENTE (30) jours en cas de *Maladie* et ramenée à TROIS (3) jours en cas d'*Hospitalisation* et ZERO (0) en cas d'*Accident* dans les conditions mentionnées au certificat d'adhésion.
- 15/3/0 : Si cette franchise a été souscrite et sous réserve du paiement de la cotisation correspondante, la durée de la période de franchise est de QUINZE (15) jours en cas de *Maladie* et ramenée à TROIS (3) jours en cas d'*Hospitalisation* et ZERO (0) en cas d'*Accident* dans les conditions mentionnées au certificat d'adhésion.

Si au cours d'un arrêt de travail ouvrant droit à garantie, l'Assuré est hospitalisé durant la période de franchise, l'Organisme assureur

appliquera la franchise « *Hospitalisation* » applicable au premier jour de l'*Hospitalisation* si cette dernière lui est plus favorable.

L'indemnité journalière, acquise jour par jour, est payable mensuellement à terme échu sur présentation des justificatifs d'arrêt de travail établis par une autorité médicale compétente exerçant en *France Continentale*.

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

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 ou temps partiel, sauf mi-temps thérapeutique,
- au plus tard au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail,
- à la date de reconnaissance de l'invalidité permanente totale ou partielle définies ci-après,
- à la date de son refus de se soumettre au contrôle médical demandé par l'*Organisme assureur* conformément à l'article 7.1 (Contrôle médical) sauf *cas fortuit ou de force majeure*,
- lorsque le médecin conseil de l'*Organisme 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^{ème}) anniversaire Et en tout état de cause, le jour de son décès ou de sa reconnaissance en PTIA.

5.5 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 y compris pour inaptitude,
- 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 ou de sa reconnaissance en PTIA.

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

5.6 Exclusions

Les exclusions sont celles prévues à l'article 1.8. (Exclusions).

5.7 Délai de déclaration

Tout arrêt de travail total ou partiel doit être déclaré à l'*Organisme assureur* dès qu'il en a eu connaissance et au plus tard dans les TRENTE (30) jours qui suivent l'expiration de la franchise.

La transmission hors délais des pièces déclaratives constituant un préjudice certain à l'*Organisme assureur* (notamment : l'impossibilité pour l'*Organisme assureur* de pouvoir procéder à un contrôle médical pertinent), ce dernier retiendra sans contrevenir aux dispositions relatives à la prescription, la date de réception des dites pièces déclaratives comme point de départ du paiement des prestations.

Un **certificat médical d'incapacité de travail, dont le modèle est fourni par l'*Organisme assureur***, ou toute autre pièce médicale pouvant valablement s'y substituer, doit être retourné par l'Assuré, dûment rempli par le *Médecin Traitant* choisi par l'Assuré sous pli confidentiel avec la mention « secret médical » au médecin conseil de l'*Organisme assureur*.

Dans l'attente de la réception de ce document, les prestations dues – éventuellement en cours – feront l'objet d'une **suspension et**

seront réglées rétroactivement après avis favorable de prise en charge par le médecin conseil de l'*Organisme assureur*.

Toute omission, réticence ou fausse déclaration de la part de l'*Assuré* ou de l'*Adhérent* entraînera l'application des sanctions prévues aux articles L113-8 et L113-9 du Code des assurances et notamment la nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle.

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

5.8 Objet de la garantie

En cas d'arrêt de travail total et continu d'un *Assuré* consécutivement à une *Maladie* ou un *Accident*, la cotisation relative à toutes les garanties cesse d'être due à l'issue d'un délai de franchise de QUATRE VINGT DIX (90) jours, sous réserve que les conditions contractuelles d'ouverture du droit aux garanties en cas d'arrêt de travail soient remplies. Les garanties du contrat sont maintenues pendant toute la période d'exonération.

La présente garantie n'est pas applicable à l'arrêt de travail en temps partiel thérapeutique ni en cas d'invalidité permanente partielle.

5.9 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'*Organisme assureur* conformément à l'article 7.1 (Contrôle médical) sauf *cas fortuit ou de force majeure*,
- lorsque le médecin conseil de l'*Organisme assureur* le reconnaît apte à reprendre son activité à temps plein,
- 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,
- 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 SOIXANTE SEPTIEME (67^{ème}) anniversaire.
- Et en tout état de cause, le jour de son décès ou de sa reconnaissance en état de PTIA

Les garanties ci-dessous sont acquises dès lors que l'adhérent a souscrit aux options « Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Totale ou Partielle ».

La rente relais

Cette garantie est mise en jeu, si après 1095 jours d'arrêt de travail continu au titre d'un même Sinistre, l'*Assuré* est toujours en Incapacité Temporaire Totale de Travail sans que son état de santé ne soit consolidé. La rente relais sera alors versée jusqu'au jour de sa Consolidation et au plus tard 1460 jours après la survenance de l'arrêt de travail initial.

Dans ce cas, le montant de la rente relais versé sera égal au montant de la prestation versée au titre de votre garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail et sera versée selon les modalités prévues à l'article 5.3.

Dans tous les cas, l'indemnisation au titre de la rente relais cesse :

- à la date de la reprise totale ou partielle du travail,

- pendant la période de congé légal de maternité ou la période assimilée pour les non-salariés,
- à la date d'expertise médicale qui reconnaît l'Assuré en Invalidité Permanente Partielle ou Totale définies ci-après,
- à la date à laquelle l'Assuré n'est pas dans l'incapacité Temporaire Totale de travailler telle que déterminée par expertise médicale,
- à la date à laquelle l'Assuré cesse définitivement toute activité professionnelle en raison de sa mise à la retraite quel qu'en soit le motif y compris pour inaptitude et au plus tard au 31 décembre de votre 67^{ème} anniversaire.

Les indemnités journalières enfant hospitalisé

La garantie est incluse pour l'assuré ayant souscrit à la garantie Incapacité Temporaire de travail. Elle a pour objet le versement d'une indemnité journalière en cas d'hospitalisation de l'*Enfant Assuré* à la charge de l'Assuré.

Cette garantie apporte une compensation financière sous forme d'indemnité journalière en cas d'hospitalisation de l'enfant de moins de 16 ans né au moins NEUF (9) mois après la prise d'effet des garanties, fiscalement à charge de l'assuré dans un établissement de santé ayant pour but le traitement médical ou chirurgical d'une *Maladie* ou d'un *Accident*.

La durée d'*Hospitalisation* doit être supérieure ou égale à CINQ (5) jours et nécessiter la présence de l'Assuré.

Le montant de l'indemnité journalière est égal à la base de référence divisé par 365 et limité à 100 € par jour et une durée maximale de MILLE QUATRE-VINGT QUINZE (1095) jours.

La garantie invalidité permanente totale ou partielle (IPT ou IPP)

5.10 Objet de la garantie

La garantie est assurée **par la convention 1/064 Eligible Loi Madelin pour l'assuré non agricole**, si celui-ci souhaite bénéficier des dispositions de la Loi Madelin.

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

5.11 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 et répond aux critères ci-après.

Est considéré en :

Invalidité 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 5.12 (reconnaissance et détermination du taux d'invalidité permanente par l'organisme assureur).

Invalidité 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 5.12 (reconnaissance et détermination du taux d'invalidité permanente par l'Organisme assureur).

Pour les professions médicales, le taux d'invalidité sera celui de la seule invalidité professionnelle. Pour les autres professions (y compris paramédicales), elle sera déterminée par le barème croisé.

L'option IPPRO 15 %

L'Option IPPRO 15% peut être souscrite par l'ensemble des professions médicales et des professions libérales réglementées du conseil, du droit et de l'expertise (**les professions paramédicales ne peuvent prétendre à cette option**).

Les assurés qui souscrivent cette option sont considérés en invalidité permanente partielle dès lors qu'ils remplissent les critères suivants :

- être reconnu atteint d'un niveau d'invalidité permanente « N » compris entre 15% et 66% déterminé selon

les dispositions mentionnées à l'article 5.10 (connaissance et détermination du taux d'invalidité permanente par l'*Organisme assureur*),

OU

- être reconnu atteint d'un niveau d'invalidité permanente « N » égal ou supérieur à 66% déterminé selon les dispositions mentionnées à l'article 5.10 (connaissance et détermination du taux d'invalidité permanente par l'*Organisme assureur*),

ET

- Si l'*Assuré* est pharmacien d'Officine, pour être en Invalidité Permanente Professionnelle il doit se trouver médicalement, suite à une *Maladie* ou un *Accident*, dans l'impossibilité absolue et définitive d'exercer sa profession suite à une décision du Conseil National de l'Ordre, en application de l'article L 4233-8 du Code de la santé publique.

5.12 Reconnaissance et détermination du taux d'invalidité permanente par l'*Organisme assureur*

L'invalidité 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 1460^{ème} jour d'arrêt de travail.

Le médecin expert désigné par l'organisme assureur détermine un taux d'invalidité permanente (N) en fonction du taux d'incapacité fonctionnelle (physique et mentale) et du taux d'incapacité professionnelle de l'*Assuré*, conformément au tableau croisé ci-après.

L'incapacité fonctionnelle est établie de 0 à 100 % en dehors de toute considération professionnelle d'après le guide barème du concours médical en vigueur au jour de l'expertise.

L'incapacité professionnelle est appréciée de 0 à 100 % en fonction de la répercussion de l'incapacité fonctionnelle sur l'activité professionnelle exercée et déclarée à l'*Organisme assureur*, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la *Maladie* ou l'*Accident*, de ses conditions normales d'exercice, des possibilités d'exercice restantes. Il n'est pas tenu compte de la capacité restante à exercer une autre profession ni des possibilités éventuelles de reclassement professionnel.

Le taux d'invalidité permanente « N » évolue en fonction de l'état de santé de l'assuré. A cet effet, l'*Organisme assureur* se réserve le droit de faire contrôler ce dernier périodiquement dans les conditions prévues à l'article 7.1 (Contrôle médical).

Dans le cas d'un reclassement professionnel décidé par l'assuré, l'*Organisme assureur* se réserve le droit de réévaluer le taux d'invalidité en tenant compte de sa nouvelle profession.

TAUX D'INCAPACITÉ PERMANENTE PROFESSIONNELLE	TAUX D'INCAPACITÉ PERMANENTE FONCTIONNELLE								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10	-	-	-	-	33.02	36.59	40.00	43.27	46.42
20	-	-	-	36.94	41.60	46.10	50.40	54.51	58.48
30	-	-	36.34	42.17	47.62	52.78	57.69	62.40	66.94
40	-	33.02	40.00	46.42	52.41	58.09	63.50	68.68	73.68
50	-	35.57	43.09	50.00	56.46	62.57	68.40	73.99	79.37
60	-	37.80	45.79	53.13	60.00	66.49	72.68	78.62	84.34
70	-	39.79	48.20	55.93	63.16	70.00	76.52	82.77	88.79
80	-	41.60	50.40	58.48	66.04	73.19	80.00	86.53	92.83
90	33.02	43.27	52.41	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

5.13 Prestation

Au titre de la garantie invalidité permanente totale ou partielle, la *base de référence* servant au calcul de la prestation et le montant de la rente sont ceux mentionnés au certificat d'adhésion.

Le montant de la rente est versé par l'*Organisme assureur*, sous déduction des prestations versées ou dues par le *Régime obligatoire*, à la date reconnue par l'*Organisme assureur* comme début de l'invalidité permanente.

- En cas d'Invalidité permanente totale, la rente est servie en totalité.
- En cas d'Invalidité permanente partielle, le coefficient « N » / 66 est appliqué au montant de la rente.

Elle est payable **trimestriellement à terme échu**. Le premier paiement est effectué au prorata du temps écoulé entre le jour de la reconnaissance et la fin du trimestre civil en cours.

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

En cas d'évolution du taux d'invalidité N, les prestations évoluent à la date reconnue par l'*Organisme 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 % ou 15% dans le cadre de l'Option IPPRO 15%.

5.14 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'organisme assureur conformément à l'article 7.1 (Contrôle médical) sauf *cas fortuit ou de force majeure* ;
- si le taux d'invalidité N devient inférieur à 33 % ou 15 % en cas de souscription de l'option IP PRO 15%
- le jour de sa date de reprise du travail à temps plein ;
- lorsque le médecin conseil de l'*Organisme 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^{ème}) anniversaire,

Et en tout état de cause, le jour de son décès ou de sa reconnaissance en PTIA.

5.15 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,
- 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 SOIXANTE SEPTIEME (67^{ème}) anniversaire, Et en tout état de cause le jour de son décès ou de sa reconnaissance en PTIA.

5.16 Exclusions

Les exclusions sont prévues à l'article 1.8. (Exclusions).

L'Option Psy

5.17 Objet de la garantie

En cas d'incapacité ou d'invalidité, telle que définie aux articles 5.2 et 5.11 l'Option psy permet, si elle est souscrite, la prise en charge des Sinistres résultant et/ou provenant des Affections de type psychiatrique, psycho-neurologique, psychosomatique ou névrotique, d'états dépressifs de toute nature, de dépressions, de burn-out, des troubles de la personnalité et/ou du comportement, des troubles de l'alimentation, d'aliénation mentale, d'une fibromyalgie, d'un syndrome polyalgique idiopathique diffus et d'un syndrome de fatigue chronique, ainsi que des suites et conséquences de ces Affections sans condition d'Hospitalisation.

Elle permet également de réduire le Délai d'attente applicable de 365 jours à 90 jours.

L'Option PSY doit être souscrite au moment de l'adhésion en complément des garanties Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente Totale ou Partielle.

Elle ne peut être souscrite par les paramédicaux affiliés à la CARPIMKO et à la CIPAV.

En cas de résiliation de l'option psy, l'Adhérent ne peut plus la souscrire.

TITRE 6. GARANTIE FRAIS GENERAUX PERMANENTS (FGP)

6.1 Objet de la garantie

La garantie est assurée par la convention 1/065 non éligible Loi Madelin pour l'assuré non agricole.

La garantie a pour objet de rembourser à l'adhérent tout ou partie des frais généraux professionnels permanents engagés lorsque l'Assuré est en incapacité temporaire totale par suite de *Maladie* ou d'*Accident* et faisant l'objet d'une prise en charge.

Cette garantie optionnelle peut être souscrite à tout moment au cours de l'adhésion, sous réserves de nouvelles formalités médicales.

6.2 Définitions

Sont considérés comme « frais généraux permanents » les dépenses présentes dans la liste exhaustive suivante :

- Les dépenses d'eau, gaz, électricité, téléphone.
- Loyer et charges locatives des locaux professionnels.
- Entretien des locaux professionnels.
- Les salaires et charges sociales des employés habituels de l'adhérents.
- Les impôts et taxes (taxe sur la valeur ajoutée et taxes assimilées, impôts sur les sociétés, taxe sur les salaires, CVAE, CFE, ASCOM, taxe foncière).
- La location de matériel et de mobilier y compris crédit-bail communément retenu.
- Primes d'assurances professionnelles légalement obligatoires.
- Charges sociales personnelles obligatoires.
- Pour les professions médicales et paramédicales les frais généraux professionnels peuvent prendre en charge le salaire du remplaçant de l'Assuré si la limite fixée au Certificat d'Adhésion n'est pas atteinte par le remboursement des frais susvisés :
 - les intérêts et taxes payés sur les traites de financement des locaux professionnels,
 - les pertes par dépréciation des matières consommables,
 - les cotisations syndicales et professionnelles,
 - les cotisations sociales et personnelles obligatoires,
 - les honoraires comptables,
 - les coûts de remplacement correspondant aux frais supplémentaires d'exploitation liés au remplacement de l'assuré, si l'adhérent fait appel provisoirement à une personne étrangère à son entreprise pour en maintenir.

6.3 Prestations

Le montant est calculé sur la base du dernier bilan comptable au prorata de la durée de l'arrêt de travail. Le montant de la prestation sera limité à 50% des indemnités journalières pendant une durée maximale de DIX HUIT (18) mois. Une vérification des frais réels sera réalisée au moment du sinistre à partir du déclaratif N-1.

La prise en charge pourra débuter :

- Après l'application d'un délai d'attente tel que défini au lexique de QUATRE VINGT DIX (90) jours pour toutes les causes autre que les affections psychiques (définie au lexique) qui porte le délai d'attente à 365 jours. La souscription de l'option psy prévue à l'article 5.17 ne remet pas en cause ce délai.
- Après l'application d'une période de franchise, définie au lexique, d'une durée de 90 jours quelle qu'en soit la cause.

6.4 Exclusions

Les exclusions sont définies à l'article 1.8 (Exclusions).

6.5 Cessation de prestation

La prestation cesse pour l'*adhérent* :

- Le jour de la reprise de travail à temps plein ou à temps partiel,
- au terme de 18 mois d'arrêt de travail,
- à la date de reconnaissance de l'invalidité permanente totale ou partielle,
- à la date de son refus de se soumettre au contrôle médical demandé par l'*Organisme assureur* conformément à l'article 7.1 (Contrôle médical) sauf *cas fortuit ou de force majeure*,
- lorsque le médecin conseil de l'*Organisme 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^{ème}) anniversaire.

Et en tout état de cause, le jour de son décès ou de sa reconnaissance en PTIA.

6.6 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 l'issue de 18 mois au titre d'un même sinistre,
- à la date à laquelle il ne remplit plus les conditions d'adhésions 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,
- à la date à laquelle l'organisme assureur paie la prestation prévue en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie,
- A 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),
- A la date de cessation d'activité de l'*Adhérent*. La cessation d'activité de l'entreprise, quelle qu'en soit la cause, entraîne automatiquement la cessation de l'adhésion. Si la cessation d'activité intervient pendant l'arrêt de travail de l'*Assuré*, l'adhésion devenant sans objet, elle entraîne automatiquement la fin de l'indemnisation.

En tout état de cause, le jour de son soixante septième (67) anniversaire.

TITRE 7. DISPOSITIONS COMMUNES À L'ENSEMBLE DES GARANTIES DU CONTRAT

7.1 Contrôle médical

L'*Organisme assureur* peut faire procéder par un médecin Expert qu'il aura désigné un contrôle médical de l'*Assuré* qui formule des demandes ou bénéficie de prestations au titre des garanties prévues au contrat, lorsque ces prestations sont liées à l'état de santé.

À tout moment, les médecins experts missionnés par l'*organisme assureur* doivent avoir, sous peine de déchéance de garantie, un libre accès auprès de l'assuré en état d'incapacité ou d'invalidité, à son lieu de traitement ou à ses domiciles tous les jours ouvrables, afin de pouvoir constater son état de santé. De même, l'assuré doit se rendre aux convocations des médecins experts missionnés par l'*organisme assureur*.

Si l'assuré refuse ce contrôle médical, les garanties et les prestations sont interrompues après envoi d'une mise en demeure adressée au dernier domicile connu figurant au dossier de l'assuré.

Lors du contrôle médical, l'assuré a la faculté de se faire assister par son médecin traitant, ou tout autre médecin de son choix et à ses frais.

L'*organisme assureur* se réserve la possibilité, sur la base des conclusions du contrôle médical, de modifier, d'interrompre ou de ne pas servir la prestation concernée.

Il se réserve également le droit de vérifier que la condition d'être *non-fumeur* tel que défini au Lexique déclarée est effectivement remplie.

En cas de contestation, l'assuré notifie par écrit (aucune demande téléphonique ne sera acceptée) dans un délai de DIX (10) jours à compter de la réception du courrier de l'organisme assureur (cachet de la poste faisant foi) :

- **soit, sa volonté de procéder à un arbitrage médical dans le cadre d'un protocole arbitral :**

L'*Organisme assureur* proposera à partir d'un protocole arbitral une liste de 2 ou 3 médecins dans un rayon au plus proche du domicile de l'Assuré. L'Assuré aura alors le choix du médecin arbitre qui l'examinera à partir de cette liste et devra retourner son choix à l'*Organisme assureur* dans un délai de DIX (10) jours, à compter de la date de réception du protocole (cachet de la poste faisant foi). Lors de l'expertise d'arbitrage, l'Assuré pourra venir accompagné du médecin de son choix afin de défendre ses intérêts. L'organisme assureur pourra également venir avec un médecin désigné pour le représenter. Les frais et honoraires du médecin arbitre seront à la charge de moitié pour chacune des parties (*Assuré* et *Organisme assureur*). Les frais et honoraires du médecin représentant respectivement chacune des parties seront quant à eux à leur charge respective.

Faute d'entente sur ce choix, la désignation pourra être faite à la demande de la partie la plus diligente par le Président du tribunal judiciaire compétent du domicile de l'Assuré. Chaque partie conserve les frais et les honoraires de son médecin. Les honoraires du médecin-arbitre et les frais de sa nomination, s'il y a lieu, seront supportés par moitié par chacune des parties, qui se seront engagées par avance à s'en remettre aux conclusions du médecin-arbitre.

- **soit, sa volonté de porter sa contestation devant le tribunal compétent, en vue d'obtenir, à ses frais avancés, la désignation d'un expert judiciaire.**

7.2 Paiement des prestations

7.2.1 En cas de sinistre précoce

En cas de sinistre précoce, c'est-à-dire un sinistre survenu dans les deux premières années suivantes la date d'effet de l'adhésion ou la date d'effet d'un avenant ayant entraîné une augmentation du niveau de couverture dans les conditions mentionnées à l'article 2.2.3 (Augmentation du niveau de couverture), hors augmentation de la *base de référence*, l'*Organisme assureur* se réserve le droit de demander à l'assuré des justificatifs de revenus.

Si la *base de référence* déclarée est supérieure de plus de 15 % au revenu professionnel annuel net réellement déclaré à l'administration fiscale, alors les prestations dues seront limitées à concurrence du revenu professionnel annuel net réellement déclaré à l'administration fiscale majoré de 15 %.

7.2.2 En cas d'éligibilité Madelin

Si les garanties en cas d'arrêt de travail sont assurées par les conventions CP 1/064 et CP 30/035 pour l'assuré non agricole, les prestations versées à l'assuré sont, sauf évolutions législatives ou réglementaires, imposables et soumises aux prélèvements sociaux :

- CSG/CRDS pour les indemnités journalières
- CSG / CRDS et CASA pour les rentes d'invalidité et d'incapacité permanente partielle ou totale.

Ainsi, dans l'hypothèse où l'assuré a cessé toutes ses activités et où l'entreprise ne serait plus en exploitation, l'*Organisme assureur* est tenu d'effectuer les prélèvements à la source de la CSG, CRDS et CASA, ainsi que d'effectuer la déclaration auprès de l'administration fiscale.

Dans le cas contraire, et tant que l'entreprise reste en exploitation, il appartient à l'Assuré de réintégrer ses prestations dans son revenu professionnel. La CSG/CRDS est alors recouvrée au même titre que ses autres cotisations sociales.

7.3 Modalités d'ouverture du droit à prestation et délai de transmission des pièces justificatives

Tout évènement ouvrant droit à garantie doit être déclaré à l'*Organisme gestionnaire* selon les modalités prévues à cet effet.

Le versement des prestations dans les conditions mentionnées au contrat est subordonné à la réception, par l'*Organisme assureur*, de l'ensemble des pièces justificatives, entant que condition préalable de l'ouverture du droit à garantie.

Ainsi, l'**Organisme assureur** étudie l'éligibilité de la prise en charge et effectue le paiement des prestations à terme échu à compter de la réception de l'ensemble des pièces déclaratives énumérées au titre de chaque garantie.

L'**Organisme assureur** peut vérifier l'exactitude des informations communiquées et réclamer le cas échéant les informations complémentaires qu'il jugera nécessaires.

L'ensemble des pièces déclaratives doit parvenir à l'**Organisme assureur** dans les **TRENTE (30) jours** qui suivent la période de franchise pour la garantie incapacité temporaire de travail, sauf *cas fortuit ou de force majeure*, qui suivent la réalisation de l'évènement ouvrant droit à prestation.

La transmission hors délais des pièces déclaratives constituant un préjudice certain à l'**Organisme assureur** (notamment: l'impossibilité pour l'**Organisme assureur** de procéder à un contrôle médical pertinent), **ce dernier retiendra** sans contrevenir aux dispositions relatives à la prescription, **la date de réception desdites pièces déclaratives comme point de départ du paiement des prestations.**

Le règlement des prestations doit intervenir par crédit d'un compte bancaire ouvert au nom de la personne bénéficiaire dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'Espace Economique Européen. Les règlements sont obligatoirement libellés en euros.

7.4 Pièces justificatives

L'**Organisme assureur** se réserve le droit de demander toutes pièces complémentaires qu'il jugerait nécessaires y compris après paiement des prestations. Toute somme indûment versée sera réclamée par l'**Organisme assureur**.

L'**Organisme assureur** ne peut se trouver engagé que par les déclarations et pièces qui lui seront transmises.

7.4.1 Justificatifs de revenus

L'**organisme assureur** s'engage à ne pas demander de justificatifs de revenu sauf dans les cas mentionnés ci-dessous :

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations :	DÉCÈS TOUTES CAUSES	PTIA TOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	INCAPACITÉ TEMPORAIRE	INVALIDITÉ INCAPACITÉ PERMANENTE	Doublement Accident	Rente éducation	OPTION IPRO 18%
En cas de sinistre précoce tel que défini à l'article 6.2.1. : une photocopie de l'avis d'imposition de l'assuré	X	X	X	X	X	X	X	X
En cas de cessation définitive de l'activité : photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du bénéficiaire de l'année N-1.				X	X			X
En cas de <i>base de référence</i> supérieure à DEUX (2) PASS : photocopie de l'avis d'imposition sur les revenus du bénéficiaire de l'année N-1.	X	X	X	X	X	X	X	X

7.4.2 Autres pièces justificatives

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de :	DÉCÈS TOUTES CAUSES	PTIA TOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	INCAPACITÉ TEMPORAIRE	INVALIDITÉ INCAPACITÉ PERMANENTE	FRAIS GÉNÉRAUX PERM	DOUBLE VIENT ACCIDENT	RENTE EDUCATION	OPTION IPRO 15%
Déclaration de sinistre fournie par l'Organisme assureur et complétée par le bénéficiaire	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Copie de la pièce d'identité du(des) bénéficiaire(s) en cours de validité (carte d'identité, passeport), le cas échéant un extrait d'acte de naissance	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Un RIB (relevé d'identité bancaire) ou RICE (relevé d'identité Caisse d'Épargne) du(des) bénéficiaire(s)	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Encas d'abrogation du délai d'attente pour reprise à la concurrence, si un sinistre survient durant ce délai d'attente : pièce justificative du précédent contrat	X	X	X	X	X		X	X	X
Un justificatif du nombre d'enfants à charge de l'assuré ou du partenaire du PACS, à la date de son décès pour la mise en place de rente éducation et « DE » si souscrites							X	X	
Extrait d'acte de décès	X		X				X	X	
Extrait d'acte de naissance du défunt datant de moins de trois (3) mois et établi postérieurement au décès.	X		X				X	X	
Certificat médical fourni par l'Organisme assureur, complété par le médecin traitant et/ou ayant constaté le décès, à retourner sous pli confidentiel avec la mention secret médical	X		X				X	X	
Attestation du régime obligatoire de retraite précisant que le Défunt ou le défunt n'a pas liquidé sa pension ou qu'il n'y ouvre pas droit	X	X	X	X	X		X	X	X
Toutes pièces justifiant valablement la qualité de conjoint ou du partenaire du PACS	X		X					X	
Le compte de résultat fiscal de l'adhérent issu notamment des liasses fiscales 2033, 2035, 2052, 2065 ou 2139						X			
Un justificatif du salaire de remplacement pour les professions médicales et paramédicales						X			
Certificat médical détaillé, établi par le médecin choisi par l'assuré, à retourner sous pli confidentiel avec la mention secret médical fourni par l'Organisme assureur		X		X	X	X			X
Notification de la Sécurité sociale mentionnant le classement de l'assuré en 3 ^{ème} catégorie ou l'attribution d'une incapacité permanente égale à 100%		X							
Le questionnaire spécifique PTIA fourni par l'Organisme assureur à retourner sous pli confidentiel avec la mention « secret médical »		X							

Constitution des dossiers pour l'ouverture des droits à prestations en cas de :	DECES TOUTES CAUSES	PTIA TOUTES CAUSES	DOUBLE EFFET	INCAPACITE TEMPORAIRE	INVALIDITE-INCAPACITE PERMANENTE	FRAIS GENERAUX PERM	DOUBLEMENT ACCIDENT	RENTE EDUCATION	OPTION IPRO 15%
<p>A l'ouverture du dossier : un avis d'arrêt de travail délivré par le médecin traitant médicalement l'Assuré, en cas d'hospitalisation, le bulletin de situation indiquant les dates d'entrée et de sortie, en cas d'Accident, les circonstances détaillées, procès verbal, compte rendu urgence ...</p> <p><u>Tant que l'assuré ne peut pas reprendre son activité :</u> un avis de prolongation d'arrêt de travail délivré par le Médecin Traitant médicalement l'Assuré</p> <p><u>En cas de reprise totale ou partielle de travail :</u> un courrier mentionnant la date de la reprise du travail et la précision si elle est totale ou partielle.</p> <p><u>En cas de rechute défini au Lexique</u> un certificat médical, établi par le médecin traitant par l'Assuré, indiquant que l'arrêt de travail actuel est lié à la pathologie précédemment indemnisée, à retourner sous pli confidentiel avec la mention secret médical</p> <p><u>En cas de liquidation de la retraite :</u> la notification délivrée par l'organisme obligatoire concerné.</p> <p><u>Dans tous les cas :</u> toute pièce nécessaire à l'appréciation du droit à la prestation.</p>				X					X
Décomptes originaux du régime obligatoire tel que défini au lexique (excepté en cas de télétransmission de ceux-ci), ou à défaut attestation portant paiement de ses prestations en cas d'arrêt de travail, à compter du début de l'arrêt				X	X				X
en cas de liquidation de la retraite, la notification délivrée par l'organisme obligatoire concerné				X	X				X
en cas d'évolution de l'état de santé de l'assuré, le certificat médical établi par le médecin traitant par l'Assuré, à retourner sous pli confidentiel avec la mention secret médical					X				X
les justificatifs trimestriels originaux de paiement de la rente du Régime obligatoire					X				X

Informations réglementaires Zenioo

Zenioo est une Société par actions simplifiées au capital de 1 267 431 euros, immatriculée au RCS de LYON sous le numéro 884 782 582 dont le siège social est situé au 75 bis rue de Sèze – 69006 LYON.

Zenioo a la qualité de courtier en assurances, immatriculé à l'ORIAS sous le numéro 20 005 879 (informations consultables à l'adresse suivante : www.orias.fr).

L'autorité en charge du contrôle de ses opérations est l'ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) située 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09.

Traitement des réclamations By Zenioo

La satisfaction des clients est au cœur de nos préoccupations. Hélas, malgré notre volonté de vous servir au mieux, vous avez pu rencontrer des difficultés dans le cadre de votre expérience avec ZENIOO.

Si vous souhaitez nous les partager, nous restons, avec nos partenaires, à votre entière écoute pour vous apporter la meilleure solution possible.

Notez que vous pouvez exprimer votre réclamation par écrit ou à l'oral. Toutefois, pour les réclamations formulées à l'oral ou par messagerie instantanée ne vous permettant pas de disposer d'une copie datée de votre réclamation, nous vous invitons à formaliser votre mécontentement au moyen d'un support écrit durable (courrier, courriel, formulaire en ligne, selon les modalités proposées ci-dessous), s'il ne peut vous être donné immédiatement entière satisfaction.

SI VOTRE RECLAMATION CONCERNE LA DISTRIBUTION DE VOTRE CONTRAT :



De quoi s'agit-il ?

Il s'agit de tout mécontentement que vous souhaitez exprimer par rapport à la commercialisation quelle que soit la méthode de vente utilisée (face à face, démarchage, vente à distance). Il peut s'agir notamment d'un mécontentement portant sur :

- Une technique de vente
- Un discours commercial
- L'obligation d'information et de conseil de votre courtier
- Le recueil des besoins
- L'expression de votre consentement.



Comment exprimer la réclamation ?

1

Nous vous conseillons de vous adresser en premier lieu à **votre courtier** dont les références sont reprises dans votre demande d'adhésion. Il est le mieux placé pour vous écouter, vous accompagner et vous apporter une réponse.

Si la réponse fournie ne vous satisfait pas, vous pouvez vous adresser au **service Réclamation de Zenioo** que vous pouvez joindre aux coordonnées suivantes :

2



Par courrier : Zenioo, Service Réclamations, 75 bis rue de Sèze 69006 LYON



Par email : reclamation@zenioo.com

Nous ferons notre maximum pour vous apporter une réponse dans un délai de 2 mois et nous engageons à vous tenir informé du déroulement du traitement de votre réclamation dans ce même délai si pour des raisons indépendantes de notre volonté celui-ci devait être prolongé.

Si vous êtes consommateur et que vous estimez que la réponse apportée n'est toujours pas satisfaisante, vous pouvez saisir la Médiation de l'assurance.

La Médiation de l'assurance ne peut être saisie qu'après avoir sollicité le service réclamations de Zenioo ou, en tout état de cause, deux mois après votre première réclamation écrite, que vous ayez ou non reçu une réponse de notre part.

3

La saisine de la Médiation de l'assurance peut être réalisée gratuitement :



Par voie électronique : www.mediation-assurance.org



Par courrier : Monsieur le Médiateur de l'Assurance – TSA 50110 – 75441 PARIS CEDEX 09

Pour toute information, vous pouvez consulter le site de la Médiation de l'assurance : www.mediation-assurance.org sur lequel vous trouverez notamment la charte du médiateur.

4

Si êtes consommateur et que vous avez souscrit votre contrat à distance, par internet, vous pouvez également utiliser la plateforme de règlement en ligne des litiges, accessible à l'adresse suivante : <https://ec.europa.eu/consumers/odr>

5

Si vous êtes consommateur, vous pouvez également vous adresser à la plateforme SignalConso, accessible à l'adresse suivante : <https://signal.conso.gouv.fr/>

Vous pouvez également saisir l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) que vous pouvez joindre aux coordonnées suivantes :

6



Par courrier : ACPR, 4 place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09



Par voie électronique : <https://accueil.banque-france.fr/index.html#/accueil>

Ces démarches sont sans incidence sur les autres voies de recours légales dont vous disposez.

SI VOTRE RECLAMATION CONCERNE L'APPLICATION DE VOTRE CONTRAT :



De quoi s'agit-il ?

Il peut s'agir notamment de tout mécontentement concernant :

- L'acceptation de votre risque
- Le montant de votre cotisation, les frais appliqués, les conditions de revalorisation ou de révision tarifaire, les frais appliqués
- Les délais de traitement d'une demande d'indemnisation, un refus total ou partiel d'indemniser ou encore le montant de l'indemnisation
- Les modifications contractuelles ou la gestion administrative de votre contrat
- La demande de résiliation ou renonciation.



Comment exprimer la réclamation ?

Votre réclamation doit dans ce cas être adressée à l'assureur ou à son délégataire. Vous retrouverez toutes les modalités relatives au traitement de ces réclamations dans votre notice d'information.

Traitement de vos données personnelles By Zenioo

LES FINALITES DE NOS TRAITEMENTS :

Les informations recueillies par ZENIOO, en qualité de responsable du traitement, font l'objet d'un traitement informatique destiné à :

- la préparation et la conclusion de votre contrat d'assurance ;
- la gestion, le suivi et l'exécution de votre contrat d'assurance ;
- l'application de la réglementation prévue par le code monétaire et financier en matière de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme,
- la lutte contre la fraude. Ce traitement est réalisé dans notre intérêt, les tentatives de fraude devant être détectées afin d'éviter une prise en charge injustifiée et de maintenir un niveau de cotisation adapté aux risques et d'engager, le cas échéant, des poursuites ;
- la réalisation d'études statistiques et actuarielles. Ce traitement est réalisé dans notre intérêt, afin d'améliorer et construire de nouveaux produits.

Ces données sont collectées directement auprès de vous, de votre entreprise ou de votre courtier en assurance.

LA DUREE DE CONSERVATION DE VOS DONNEES :

Vos données sont conservées pendant :

- toute la durée de votre contrat pour sa gestion et pendant la durée de vos sinistres, le cas échéant. Elles sont ensuite conservées durant les délais légaux de prescription ;
- 3 ans en cas de devis non suivi d'une souscription ;
- 5 ans en cas de fraude à l'assurance ou de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

LES DESTINATAIRES DE VOS DONNEES :

Zenioo traite vos données pour les finalités précitées. Seules les personnes ayant besoin d'en connaître dans le cadre de leurs missions y ont accès.

Vos données peuvent également être transmises :

- aux assureurs, aux intermédiaires d'assurance, et éventuellement à leurs sous-traitants, qui interviennent dans le cadre de l'exécution ou de la gestion de votre contrat, de la lutte contre la fraude ou de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ;
- aux autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires en vigueur ;
- au médiateur compétent et aux autorités légalement autorisées pour le traitement de vos réclamations ;
- à toute personne intervenant au contrat, tels que des professionnels de santé, des médecins-conseils et des organismes sociaux lorsqu'ils interviennent dans le règlement des prestations.

Enfin, des informations vous concernant peuvent être transmises à toute personne intéressée au contrat (souscripteur, assuré(s)).

LOCALISATION DU TRAITEMENT :

Nous traitons vos données sur le territoire de l'Union Européenne. Elles peuvent toutefois faire l'objet, sous contrôle, de transferts hors de ce territoire. Ces règles peuvent vous être transmises, sur demande, par notre Délégué à la Protection des Données dont vous trouverez les coordonnées ci-dessous.

VOS DROITS :

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » n° 78-17 du 6 janvier 1978 et au règlement européen (UE) n°2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de portabilité (dans les cas prévus par la loi uniquement), de rectification, de limitation (dans les cas prévus par la loi uniquement), d'opposition et de suppression (uniquement des données inexactes, incomplètes, équivoques, périmées ou dont le traitement est illicite) concernant les informations qui vous concernent ainsi que du droit de définir des directives relatives à la conservation, l'effacement et à la communication de ces données après votre décès.

Vous pouvez exercer vos droits en adressant un courrier (avec copie d'une pièce d'identité) à notre Délégué à la Protection des Données à l'adresse postale suivante 75 bis rue de Sèze - 69006 LYON (DPO de ZENIOO) ou par email à l'adresse suivante dpo@zenioo.com. Une copie de votre pièce d'identité (recto-verso) devra être transmise lors de votre demande.

Concernant le traitement ayant pour finalité la lutte contre le blanchiment de capitaux, le financement du terrorisme et l'application des sanctions financières, vous pouvez exercer votre droit auprès de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) dont les coordonnées figurent ci-dessous.

Vous avez la faculté d'introduire une réclamation relative au traitement de vos données personnelles :

- Sur le site de la CNIL en remplissant un formulaire de plainte en ligne ;
- Par courrier postal en écrivant à : CNIL - 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07.

Le traitement de vos données de santé aux fins de l'exécution de votre contrat sont traitées dans le respect des règles de confidentialité médicale.

