

d’hospitalisation à l’étranger, limitée à 3 mois,
- dès le 1^{er} jour de retour en France.
La franchise prévue au contrat reste applicable. Le règlement des prestations est toujours effectué en France, dans la monnaie légale de l’État français.

8 - Délai de renonciation
Le souscripteur a la faculté de renoncer à son contrat dans un délai de 30 jours à partir du premier versement de ses cotisations, et ce conformément à l'article L132-5-1 du Code des Assurances. Il doit pour cela adresser à l'assureur sa demande par lettre recommandée avec accusé de réception selon le modèle suivant :

"Je soussigné(e) demande à renoncer aux garanties prévues par le contrat n°.... que j'ai signé le et à recevoir le remboursement total des sommes versées. Date et signature."
Dans les 30 jours à compter de la réception de la lettre recommandée, l'assureur lui remboursera l'intégralité des fonds reçus.

9 - Subrogation
Les prestations de l'assureur résultant des garanties Maintien de ressources sont de caractère “indemnitaire”. Pour ces prestations et à due concurrence des montants qu'il a versés ou provisionnés, l'assureur exercera son recours, conformément aux dispositions de l'article L121-12 du Code des Assurances contre tout responsable d'un événement ayant entraîné le déclenchement des garanties.

10 - Prescription
Conformément aux articles L114-1 et L114-2 du Code des Assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurances sont prescrites pour deux ans à

compter de l'événement qui y donne naissance. Cette durée est portée à dix ans lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur.

11 - Droit de communication et de rectification *(Loi 78.17 du 6 janvier 1978)*
Vous pouvez demander communication et rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur les fichiers à l'usage de notre Compagnie, en vous adressant au siège social.

12 - Examen des réclamations
En cas de difficultés liées à votre contrat, nous vous conseillons de consulter tout d'abord votre assureur ou à défaut, notre service concerné. Si la réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez demander l'avis d'un médiateur indépendant. Les conditions d'accès au médiateur vous seront communiquées sur simple demande au siège social.

13 - Autorités chargées du contrôle des assurances

Commission de contrôle des assurances
54 bis rue de Châteaudun
75009 PARIS

IV. Quelques définitions

A. Maladies graves
a) Infarctus du myocarde :
il s'agit de la nécrose d'une zone du muscle myocardique, dont le diagnostic est posé par la présence de signes électriques caractéristiques au tracé électrocardiographique, associée à une augmentation des enzymes cardiaques et aux douleurs caractéristiques.

b) Coronaropathie :
sont prises en considération, les coronaropathies ayant

nécessité une intervention chirurgicale à "cœur ouvert" avec au moins un double pontage coronarien.

c) Accident vasculaire cérébral :
l'accident vasculaire cérébral est défini comme étant un infarctus du tissu cérébral ou une hémorragie intracrânienne. Il devra y être associé un déficit neurologique séquellaire persistant de façon constante plus de quinze jours.

d) Cancer :
toute tumeur maligne caractérisée par la croissance non contrôlée et la propagation de cellules malignes qui envahissent les tissus. La preuve indiscutable d'un tel phénomène ou l'examen anatomopathologique d'une tumeur maligne doit être fourni. Sont également couverts les leucémies, les lymphomes et la maladie de Hodgkin.
Sont exclus les cancers in situ, les tumeurs consécutives à l'infection par l'un des virus humains d'immunodéficience acquise ainsi que les cancers de la peau (hormis les mélanomes malins).

e) Insuffisance rénale :
il s'agit des insuffisances rénales dépassées entraînant pour l'assuré la nécessité de se soumettre régulièrement à une dialyse péritonéale ou une hémodialyse.

f) Greffe d'organe :
sont retenues les greffes d'organes principaux : la greffe du cœur, du cœur et des poumons, celle du foie, du pancréas ou du rein. La greffe de la moelle osseuse est assimilée à une greffe d'organe principal.

Le risque est considéré réalisé lorsque la maladie

grave a fait l'objet d'un diagnostic, c'est-à-dire la constatation clinique et paraclinique d'une affection établie et justifiée de manière impartiale par une autorité médicale spécialisée.

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

C. Accidents
Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l’assuré(e) provenant de l’action soudaine d’une cause extérieure.
Ne sont pas considérées comme des accidents et sont donc traitées selon les mêmes modalités que les maladies, les affections suivantes : lumbagos, sciatiques, hernies (pariétales, musculaires et discales), ptôses, scoliozes, lordoses, alors même que l’apparition de ces affections serait soudaine ou d’origine traumatique.

TÉNOR

LA GARANTIE PRÉVOYANCE DES INDÉPENDANTS

Notice d’information

Ténor est un régime de prévoyance destiné aux professions libérales, artisans, commerçants et exploitants agricoles. Il vous permet de vous protéger ainsi que votre famille, en cas de décès ou d’arrêt de travail. Vous avez la possibilité de choisir entre plusieurs formules de garantie. A la garantie en cas de décès (Capital en cas de décès et/ou Rente éducation et/ou Rente viagère de conjoint) vous pouvez associer une garantie Maintien de ressources (indemnités journalières et rente d'invalidité en cas d'arrêt de travail).

Ténor est une convention d'assurance collective souscrite par l’Association Générale Interprofessionnelle de Solidarité (AGIS), association loi 1901, dont le siège est 66 rue Taitbout - 75009 Paris, auprès de la Société suisse santé et la Société suisse vie.

La Convention entre l’AGIS et l’Assureur prend effet le 1^{er} janvier 2001, et se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par l’une des parties moyennant préavis de trois mois.

En cas de résiliation de la Convention entre l’AGIS et l’Assureur :
- aucune adhésion nouvelle ne pourra être enregistrée,
- chaque assuré garanti par la Convention au moment de la résiliation pourra le demeurer jusqu’à la fin des garanties (voir paragraphe III.3 ci-après).

I. Les Garanties

1 - Capital décès
En cas de décès de l’assuré avant la fin de l’année d’assurance au cours de laquelle il atteint l’âge de 65 ans, l’assureur garantit le versement du capital souscrit au bénéficiaire désigné. Ce capital est doublé si le décès est dû à un accident.

En cas d’invalidité absolue et définitive (IAD) de l'assuré avant la fin de l’année d’assurance au cours de laquelle il atteint l’âge de 60 ans, l’assureur lui verse directement le capital.
Si le conjoint ou concubin de l’assuré âgé de moins de 65 ans décède en même temps ou après l’assuré, l’assureur verse au profit des enfants restés à charge un capital supplémentaire égal au capital décès maladie. Si plusieurs enfants sont à charge, le capital est partagé entre eux par parts égales.

Option "maladies graves" :
Dès que le diagnostic de l'une des cinq maladies graves suivantes : infarctus du myocarde, coronaropathies, accident vasculaire cérébral, cancer, insuffisance rénale, est posé et qu'il a été reconnu par

l'assureur, ou dès qu'une greffe d'organe a été réalisée, un capital est versé à l'assuré.
La date des premiers symptômes de la maladie ou pour la greffe d'organe, de l'affection qui la nécessite, doit intervenir plus de 6 mois après la date d'effet de la présente garantie pour ouvrir droit au versement du capital.
Ce montant sera déduit du capital garanti en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive de l'assuré.
Cette garantie, si elle a été choisie, est valable jusqu'à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 60 ans.

2 - Rente viagère de conjoint

En cas de décès de l’assuré avant la fin de l’année d’assurance au cours de laquelle il atteint l’âge de 65 ans, le montant de la rente choisi est versé mensuellement au profit du conjoint ou du concubin désigné. Cette rente est versée jusqu’au décès du bénéficiaire.
En cas d’invalidité absolue et définitive (IAD) avant la fin de l’année d’assurance au cours de laquelle il atteint l’âge de 60 ans, l’assureur verse au préalable la rente à l’assuré.

3 - Rente éducation
En cas de décès de l’assuré avant la fin de l’année d’assurance au cours de laquelle il atteint l’âge de 65 ans, le montant de la rente choisi est versé mensuellement à chacun des enfants désignés. Cette rente est versée jusqu’au 18^{ème} anniversaire de l'enfant bénéficiaire ; elle est prorogée en cas de poursuite d’études, au plus tard jusqu’à son 25^{ème} anniversaire.

En cas d’invalidité absolue et définitive (IAD) de l’assuré avant la fin de l’année d’assurance au cours de laquelle il atteint l’âge de 60 ans, l’assureur lui verse au préalable la rente.

4 - Garanties Maintien de ressources

A. Interruption temporaire d’activité
Si l’assuré doit interrompre totalement son activité professionnelle pour des raisons de santé, l’assureur garantit le versement d’une indemnité journalière pour chaque jour d’arrêt de travail garanti, intervenant après le nombre de jours qui constitue la franchise que l’assuré a choisie. Elles sont versées mensuellement tant que dure l’incapacité

temporaire totale de travail et, au plus tard jusqu'au 1095^{ème} jour après la cessation d'activité. Les indemnités journalières cessent si la rente d'invalidité est mise en service, ou à la date de l'admission de l'assuré au bénéfice de sa retraite professionnelle et au plus tard à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 65 ans.

B. Rente invalidité
Rente totale : une rente d'invalidité est versée à l'assuré qui se trouve, par suite d'accident ou de maladie, atteint d'une invalidité dont le taux (t) est égal ou supérieur à 66 % (invalidité permanente totale).

Rente partielle : lorsque le taux d'invalidité (t) est inférieur à 66 % mais supérieur ou égal à 33 %, le montant de la rente est égal à 3t/2 fois le montant de la rente choisie.
La rente cesse d’être due à partir du moment où le taux d'invalidité devient inférieur à 33 %.
En outre, une personne percevant une rente d'invalidité qui reprendrait une activité à temps plein ou à temps partiel peut se voir, selon le niveau de son revenu, réduire ou supprimer la rente prévue. Il y a invalidité lorsque l’assuré présente simultanément, après

Société suisse santé	Siège social 41, rue de Châteaudun 75009 Paris	Société anonyme au capital de € 150.000.000 RCS Paris B.322.215.021	Entreprise régie par le code des assurances	Société suisse santé
Coassureur : Société suisse d'Assurances générales sur la vie humaine	Siège spécial pour la France 41, rue de Châteaudun 75304 Paris Cedex 09	Société anonyme au capital de CHF 587.350.000 RCS Paris B.775.752.959	Entreprise régie par le code des assurances pour les contrats souscrits ou exécutés en France	Société suisse vie

consolidation, une incapacité fonctionnelle et une incapacité professionnelle :

- l’incapacité fonctionnelle est déterminée d’après la nature de l’infirmité, l’état général, l’âge, les facultés physiques et intellectuelles de l’assuré ; elle est fixée à partir du barème fonctionnel indicatif des incapacités en droit commun.

- l’incapacité professionnelle est appréciée selon la nature de l’invalidité de l’assuré par rapport à l’exercice de sa profession en prenant en considération ses aptitudes, sa qualification professionnelle ainsi que sa capacité à effectuer une éventuelle reconversion.

5 - Garantie Exonération

Si l'assuré est en arrêt de travail, il est exonéré, pour toutes les garanties souscrites, du paiement des cotisations venant à échéance pendant la durée de l'incapacité temporaire ou de l'invalidité permanente totale.

La prise en charge de la cotisation démarre à compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail continu et prend fin au plus tard à la date de la liquidation de la retraite par les régimes sociaux et en tout état de cause à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 65 ans.

Les limitations et exclusions mentionnées au paragraphe II ci-après s’appliquent à la présente garantie Exonération.

6 - Entrée en vigueur des garanties Maintien de ressources et Exonération

Les garanties Maintien de ressources et Exonération ainsi que les augmentations de garanties sont acquises :

- immédiatement pour les accidents,
- après un délai d’attente décompté à partir de la prise d’effet de la garantie de 3 mois pour les maladies sauf 12 mois pour les grossesses pathologiques, les maladies mentales et affections psychiques.

Tout événement survenu pendant un délai d’attente ne sera jamais garanti.

II. Limitations, exclusions

1. Garanties en cas de décès ou d’IAD

• **Les risques de décès sont garantis dans le monde entier, et quelle qu’en soit la cause, sous les réserves suivantes :**

- **suicide : le suicide, de quelque nature qu’il soit, est exclu s’il survient au cours de la première année de la souscription. En cas d’augmentation des garanties, le suicide est exclu pour le supplément de garanties pendant la première année suivant la prise d’effet de cette augmentation,**

- **risque de guerre : en cas de guerre civile, étrangère, d’actes de terrorisme, de rixes, d’émeutes ou de troubles quels qu’ils soient et où qu’ils aient lieu, le présent contrat n’aura pas d’effet. En cas de guerre étrangère les garanties ne sont accordées qu’aux conditions déterminées par la législation à intervenir dans ce cas.**

• **L’extension à l’invalidité absolue et définitive des garanties en cas de décès ainsi que le capital supplémentaire en cas de décès ou d’invalidité absolue et définitive par accident ne s’applique pas dans les cas résultant :**

- d’une tentative de suicide de l’assuré,
- d’un acte volontaire de l’assuré,
- d’un acte criminel de l’assuré,
- de faits de guerre civile, étrangère, d’actes de terrorisme, de rixes, d’émeutes ou de troubles,
- d’usage de stupéfiant **non prescrit médicalement,**
- de la désintégration du noyau atomique ou de radiations ionisantes,
- des sauts dans le vide **quel que soit le moyen utilisé pour la chute ou pour la réception,**

- de la pratique d’un sport à titre professionnel ainsi qu’amateur avec compétition au niveau national ou international, ainsi que les entraînements afférents, sauf acceptation par l’assureur mentionnée aux dispositions personnelles,

- de la pratique des sports suivants : saut à l’élastique, deltaplane, spéléologie, alpinisme, parapente, parachutisme en chute libre et ascensionnel, taekwando, boxe française savate, boxe thaïlandaise, triathlon, ULM, sports mécaniques et aériens, plongée subaquatique,

- de la conduite en état d’ivresse, c’est-à-dire lorsque l’alcoolémie de l’assuré est supérieure ou égale au taux d’interdiction de conduire prévue par la réglementation en vigueur,

- de la conduite de tout engin par l’assuré s’il n’a pas la qualification ou le permis requis par la réglementation en vigueur.

2. Garanties Maintien de ressources

• **Les risques d’incapacité temporaire totale de travail et d’invalidité permanente sont garantis dans le monde entier, à l’exception des risques exclus au paragraphe II.1 et des événements suivants :**

- cataclysme,

- accomplissement du service militaire ou de périodes militaires supérieures à 1 mois.

• **États antérieurs**
Les maladies et infirmités existantes à la prise d’effet du contrat ainsi que leurs conséquences sont exclues des garanties.

Les garanties peuvent s’exercer sur les conséquences des infirmités existantes au moment de la souscription, des accidents survenus avant la prise d’effet du contrat, et des maladies dont la première manifestation est antérieure à cette date d’effet, si ces infirmités, accidents ou maladies ont été déclarés par l’assuré et n’ont pas fait l’objet d’une exclusion par l’assureur, mentionnée aux dispositions personnelles.

• **Maternité**
Seuls les grossesses et accouchements définis médicalement pathologiques sont couverts par les présentes garanties.
On entend par grossesse pathologique, une grossesse définie médicalement comme telle et reconnue par le médecin conseil de l’assureur. Elle sera justifiée par un certificat médical du gynécologue obstétricien et inscrite en tant que telle sur le carnet de maternité de l’assurée.

Les repos pré ou postnataux fixés à 6 semaines avant l’accouchement et 10 semaines après celui-ci (y compris en cas de grossesse pathologique) ne sont pas garantis.

2 - Effet, durée, renouvellement

Le contrat entre en vigueur à la date d'effet indiquée aux dispositions personnelles et sous réserve du paiement de la première cotisation. Le contrat est conclu pour une durée annuelle. Il est reconduit tacitement d'année en année sauf dénonciation par l'une des parties moyennant notification à l'autre partie deux mois avant la date d'échéance annuelle du contrat. La résiliation du contrat par le souscripteur doit être notifiée par lettre recommandée au siège social de la Compagnie ou chez son représentant.

La résiliation du contrat par l'assureur doit être notifiée au souscripteur par lettre recom-mandée à son dernier domicile connu, dans le respect des dispositions du paragraphe 3 ci-après.

• **Cures**
Les cures de toute nature, notamment thermales, marines, de rajeunissement, d’amaigrissement, de désintoxication ainsi que les séjours en maison de repos, sont exclus des garanties applicables en cas d’incapacité temporaire totale de travail.

III. Fonctionnement du contrat

1 - Conditions d’accès

Sont admissibles au présent contrat, les travailleurs indépendants :

- âgés de moins de 56 ans,
- affiliés au régime obligatoire des Travailleurs Non Salariés non agricoles ou au régime obligatoire des exploitants agricoles.

L'admission à l'assurance est subordonnée à la transmission d'une demande de souscription sur laquelle sont précisées les garanties choisies, et désignés le ou les bénéficiaire(s) des garanties en cas de décès. Le candidat à l'assurance fait

l'objet d'une sélection médicale. L'assureur se réserve la faculté de demander, par l'intermédiaire de son médecin conseil, toute justification de l'état de santé ou examen médical complémentaire à la souscription et, en cas d'augmentation de la garantie souhaitée par l'assuré, en cours de contrat.

La souscription de garanties Maintien de ressources implique celle de garanties en cas de décès.

2 - Effet, durée, renouvellement

Le contrat entre en vigueur à la date d'effet indiquée aux dispositions personnelles et sous réserve du paiement de la première cotisation. Le contrat est conclu pour une durée annuelle. Il est reconduit tacitement d'année en année sauf dénonciation par l'une des parties moyennant notification à l'autre partie deux mois avant la date d'échéance annuelle du contrat. La résiliation du contrat par le souscripteur doit être notifiée par lettre recommandée au siège social de la Compagnie ou chez son représentant.

La résiliation du contrat par l'assureur doit être notifiée au souscripteur par lettre recom-mandée à son dernier domicile connu, dans le respect des dispositions du paragraphe 3 ci-après.

3 - Fin des garanties

Elles prennent fin à la date indiquée aux dispositions personnelles, ou, en cas de non-paiement des cotisations ou de demande de résiliation par l'une des parties. En cas de cessation de toute activité professionnelle ou de départ en retraite, les garanties Maintien de ressources et exonération des cotisations se trouvent résiliées de plein droit. Dans ce cas, l'assuré s'oblige à en informer l'assureur, pour permettre la modification de son contrat et l'adaptation de sa cotisation.

Dans le cas contraire, si l'assuré n'a pas informé l'assureur, le paiement des cotisations ne donne pas droit à prestations au titre des garanties devenues sans objet. L'assureur, peut, en application de l'Article 6 de la loi du 31

décembre 1989, dite loi Evin, résilier les garanties Maintien de ressources en y mettant fin dans les deux premières années suivant la souscription.

4 - Obligations du souscripteur et de l’assuré

A. Déclaration du risque

Les déclarations de l'assuré sur son état de santé, ses antécédents médicaux de tous ordres, ses activités professionnelles et sportives, ses autres contrats prévoyant des prestations similaires, servent de base à la souscription et à la fixation de sa cotisation personnelle. En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, le souscripteur et l'assuré, s'il est différent, s'exposent à la nullité du contrat, conformément à l'article L113-8 du Code des Assurances. En cas d'omission ou de déclaration inexacte, il peut être fait application des articles L113-9 et L132-26 du Code des Assurances.

B. Changement dans la situation de l'assuré

En cours de contrat, l'assuré doit informer l'assureur de tout changement de profession, modification des conditions d'exercice de la profession, cessation d'activité professionnelle, départ en retraite, changement de domicile ou fixation hors de France métropolitaine, cessation ou changement d'affiliation au régime obligatoire. L'assuré qui bénéficie de garanties Maintien de ressources doit également signaler à l'assureur toute minoration de ses revenus.

- Conformément aux dispositions de l'article L 113-4 du Code des Assurances :
- l'assureur a la possibilité d'augmenter la cotisation ou de résilier le contrat en cas d'aggravation du risque en cours de contrat (non liée à l'état de santé).
- le souscripteur a la possibilité de résilier le

contrat en cas de diminution du risque en cours de contrat, si l'assureur refuse de réduire la cotisation en conséquence.

- Conformément à l'article L 113-16 du Code des Assurances, l’assureur et le souscripteur ont la faculté de résilier le contrat en cas de changement de profession ou de cessation d'activité professionnelle lorsque ce changement entraîne une modification dans la nature et la portée des garanties, en cas de changement de domicile, de changement de situation ou de régime matrimonial.

5 - Cotisations

A. Montant

Il est fixé par tranche d'âge et réajusté automatiquement à partir de l'échéance annuelle la plus rapprochée du passage dans une tranche d'âge supérieure. Ces tranches d'âge sont les suivantes : moins de 31 ans, 31 - 35 ans, 36 - 40 ans, 41 - 45 ans, 46 - 50 ans, 51 - 55 ans, 56 - 60 ans, 61 - 65 ans.

La cotisation correspond aux garanties choisies par l'assuré et est fonction de l'activité professionnelle déclarée. L’ajustement de la cotisation en fonction de l’âge ne constitue pas un motif de résiliation du contrat par le souscripteur.

B. Paiement

Les cotisations se paient annuellement et d’avance, l’assureur peut accepter des paiements semestriels, trimestriels ou mensuels. Le souscripteur peut demander le paiement de ses cotisations par prélèvement automatique sur son compte bancaire. Le fractionnement mensuel de la cotisation se fait uniquement par prélèvement automatique.

C. Non-paiement

En cas de non-paiement d'une cotisation ou d’une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'assureur, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, peut par

lettre recommandée adressée au souscripteur à son dernier domicile connu (article L 113-3 du Code des Assurances) suspendre la garantie 30 jours après l’envoi de cette lettre. Il a le droit de résilier le contrat 10 jours après l’expiration de ce délai de 30 jours. Si les garanties décès sont souscrites seules, les cotisations ne sont pas exigibles (article L132.20 du Code des Assurances).

D. Modification du tarif

L'assureur peut être amené à modifier son tarif, en cas d'aggravation de caractère technique général, telle que l'augmentation de la fréquence ou du coût moyen des sinistres ; la révision intervient dans ce cas à la prochaine échéance anniversaire du contrat. En cas d'application de cette clause, l'assureur en informe l'assuré, qui a la possibilité de résilier son contrat par lettre recommandée dans les 15 jours où il a eu connaissance de la modification. La résiliation prendra effet un mois après la demande.

6 - Indexation

Les montants des garanties Décès et Maintien de ressources ainsi que ceux des cotisations seront indexés à chaque échéance anniversaire du contrat selon le mode d'indexation choisi :

- évolution de la valeur du point A.G.I.R.C. (Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres),
- évolution de la valeur du point A.G.I.R.C. avec un minimum de 2 %.

Le montant des garanties dues sera calculé sur la base de l'indice AGIRC de la dernière cotisation acquittée au moment de la survenance de l'événement garanti.

7 - Territorialité

Les garanties décès sont acquises dans le monde entier. Les garanties Maintien de ressources sont acquises dans le monde entier pour des événements imprévisibles à la date de départ de France. Elles ne concernent que les assurés résidant durablement en France métropolitaine. Calcul de l’indemnisation : -dès le 1^{er} jour en cas