



Notice d'information contractuelle

So Prev'[®]

Le présent document constitue la notice d'information contractuelle, prévue par l'article L.141-4 du Code des assurances. Il reprend les dispositions des contrats d'assurance de groupe à adhésion facultative n° A5536 0001 00 (Madelin) et A5536 0002 00 (Non Madelin), souscrits par les associations Alptis et Apti auprès de Swisslife Prévoyance et Santé dont le siège social est situé 7 Rue Belgrand - 92300 LEVALLOIS-PERRET, entreprise régie par le Code des assurances.

Sommaire

CONDITIONS GÉNÉRALES	3-13
PRÉAMBULE	3
OBJET	3
ADHÉSION AU CONTRAT ET VIE DU CONTRAT	3
L'ADHÉRENT	3
CONDITIONS ET FORMALITÉS D'ADHÉSION	3
CHANGEMENT DE SITUATION DE L'ADHÉRENT	4
EFFET DE L'ADHÉSION	4
PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION	4
PRISE D'EFFET DES GARANTIES	4
DÉLAIS D'ATTENTE	4
GARANTIES	4
NIVEAUX DE GARANTIES	4
GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS/PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE	5
GARANTIE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL	5
GARANTIE RENTE EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE	5
ÉTENDUE TERRITORIALE	6
MISE EN SERVICE DES GARANTIES	6
FORMALITÉS À ACCOMPLIR	6
PAIEMENT DES PRESTATIONS	7
ÉVOLUTION DES GARANTIES	8
DURÉE DES GARANTIES	8
MODIFICATION DES GARANTIES	8
MAINTIEN DES GARANTIES	8
FAUSSE DÉCLARATION	9
EXCLUSIONS DE GARANTIES	9
LIMITATIONS DE GARANTIES	10
FIN DES GARANTIES	10
DROIT DE RENONCIATION	10
CESSATION DES GARANTIES	10
COTISATIONS	11
MONTANT DES COTISATIONS	11
ÉVOLUTION DES COTISATIONS	11
PAIEMENT DES COTISATIONS	11
EXONÉRATION DES COTISATIONS EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL OU D'INVALIDITÉ PERMANENTE	11
DISPOSITIONS DIVERSES	11
PRESCRIPTION	11
LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	12
AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE	12
FONDS DE GARANTIE	12
SUBROGATION	12
EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION	12
LEXIQUE	13

PRÉAMBULE

Il a été conclu entre :

- d'une part, les associations Alptis et Apti dont les sièges sociaux sont situés 25 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, associations régies par la loi de 1901 ;
- et d'autre part, Swisslife Prévoyance et Santé dont le siège social est situé 7 Rue Belgrand - 92300 LEVALLOIS-PERRET, SA au capital de 150 000 000 € - 322 215 021 RCS Nanterre, soumise aux dispositions du Code des assurances ci-après dénommé l'organisme assureur, des contrats d'assurance de groupe à adhésion facultative, n° A5536 0001 00 (Madelin) et n° A5536 0002 00 (Non Madelin).

Ces contrats sont ouverts aux membres des associations Alptis et Apti.

La gestion de ces contrats est déléguée à Alptis Assurances, société de gestion et de courtage dont le siège social est situé 25 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03.

Le nom des associations auprès desquelles l'adhésion est enregistrée, le nom et les mentions légales de l'organisme assureur, le numéro de contrat et les garanties choisies sont précisés sur votre certificat d'adhésion.

Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code des assurances. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

OBJET

Le présent contrat a pour objet de garantir à l'adhérent, le versement des prestations suivantes en cas de maladie ou d'accident (cf. § Lexique) :

- un capital en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- une indemnité journalière en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ;
- une rente en cas d'Invalidité Permanente.

Le capital décès ne peut être affecté à la couverture d'un prêt.

ADHÉSION AU CONTRAT ET VIE DU CONTRAT

L'ADHÉRENT

Pour devenir adhérent, le candidat à l'assurance doit exercer son activité non salarié sous l'un des statuts suivants :

- exploitants agricoles ;
- artisans/commerçants gérants (majoritaires, minoritaires ou égalitaires) ;
- artisans/commerçants en nom propre ;
- professions libérales ;
- professions médicales ;
- conjoint collaborateur ou associé participant effectivement à l'activité de l'entreprise ;
- dirigeants de Société par Action Simplifiée (SAS), Société par Action Simplifiée Unipersonnelle (SASU) ou Société d'Exercice Libéral par Action Simplifiée (SELAS).

Professions exclues de la garantie

Pour bénéficier des garanties l'adhérent ne doit pas exercer l'une des professions suivantes ou travailler dans l'un des domaines d'activités suivants :

Agent de sécurité	Déménageur	Infirmier	Professionnels de la para-psychologie
Aide-soignant	Démolisseur	Masseur-kinésithérapeute	Récupérateur
Artiste	Enquêteur privé	Moniteur d'aviation	Reporter
Bûcheron	Exploitant forestier	Moniteur de ski	Rééducateur
Chiffonnier	Elagueur	Ostéopathe	Scaphandrier
Chiropracteur	Ferrailleur	Patron pêcheur	Spéléologue
Convoyeur de fonds	Guide de montagne	Pilote	Sportifs professionnels
Débardeur	Guide de chasse	Professionnels du cirque et forains	Technicien du spectacle

Les garanties concernant l'adhérent cesseront automatiquement si celui-ci changeait de profession en cours de contrat, pour une des professions listées ci-dessus.

Eu égard aux critères de sélection de l'organisme assureur, toute profession caractérisée par un risque particulier lié à son exercice, pourra faire l'objet d'une étude au cas par cas pouvant entraîner une acceptation (avec ou sans condition particulière) ou un refus de couverture.

- L'adhérent doit être âgé de **18 à 65 ans au jour de l'adhésion**.
- L'adhérent doit résider et exercer son activité professionnelle :
 - en **France Métropolitaine**,
 - ou **dans les Départements** de la Martinique, de la Guadeloupe ou de la Réunion.

CONDITIONS ET FORMALITÉS D'ADHÉSION

L'adhésion à l'ensemble des garanties détaillées dans la présente notice d'information est obligatoire.

Toute personne souhaitant bénéficier des garanties détaillées dans la présente notice d'information, doit :

- compléter, dater et signer une demande d'adhésion,
- accomplir les formalités médicales demandées par l'organisme assureur et jointes à la demande d'adhésion.

Les déclarations faites par l'adhérent servent de base à l'adhésion.

En cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte intentionnelle ou non lors de l'adhésion ou lors de la déclaration de sinistre, seront appliquées selon les cas, les dispositions des articles L. 113-8 (nullité à l'adhésion), L. 113-9 (réduction des indemnités) ou L. 132-26 (nullité ou réduction des indemnités) du Code des assurances.

Conditions pour bénéficier du régime fiscal Madelin :

- être à jour des cotisations sociales auprès des régimes obligatoires (sur justificatifs),
- exercer de manière effective une activité professionnelle,
- ne pas bénéficier d'aménagements du temps et/ou des conditions de travail pour raisons de santé ;
- avoir ses revenus imposables dans les catégories BIC et BNC.

CHANGEMENT DE SITUATION DE L'ADHÉRENT

Sous peine de l'application des dispositions prévues en cas de fausse déclaration, l'adhérent a l'obligation de signaler dans les 3 mois au plus tard de la survenance de l'évènement :

- le changement ou la perte de son statut ;
- toute modification ou cessation d'activité professionnelle, ainsi que les conditions d'exercice de son activité professionnelle ;
- plus généralement tout changement de nature à modifier le risque assuré.

Si la modification déclarée génère une aggravation du risque assuré, l'organisme assureur proposera de nouvelles conditions de garanties et/ou de cotisations. L'adhérent dispose d'un délai de 30 jours pour demander la résiliation de son adhésion à compter de la réception de la proposition de l'organisme assureur.

L'attention de l'adhérent est portée sur les informations suivantes :

- **L'adhérent doit déclarer la cessation de son activité à Alptis Assurances dans les plus brefs délais, et au plus tard dans les trois mois suivant cette cessation.**
- **En cas de déclaration tardive, l'organisme assureur pourra appliquer la déchéance du droit à indemnisation, s'il est établi que ce retard lui a causé un préjudice (les cotisations restant dues jusqu'à la date de la déclaration de modification ou de cessation du risque).**
- **Les garanties prennent fin le jour même de la cessation de l'activité (hors cas du maintien des garanties demandé expressément par l'adhérent).**

EFFET DE L'ADHÉSION

PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date indiquée dans le certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception de la Demande d'Adhésion au siège d'Alptis Assurances, sous réserve du paiement de la 1^{ère} cotisation et de l'acceptation du risque par l'organisme assureur notifiés par la délivrance d'un certificat d'adhésion.

PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Le certificat d'adhésion précise à l'adhérent, la date d'effet des garanties.

DÉLAIS D'ATTENTE

Pour les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente, le droit aux prestations est acquis dès la prise d'effet de l'adhésion, excepté pour les cas suivants :

- **3 mois après la prise d'effet de l'adhésion pour les affections disco-vertébrale,**
- **12 mois après la prise d'effet de l'adhésion pour les pathologies d'origine psycho-pathologique,**
- **12 mois après la prise d'effet de l'adhésion pour la fibromyalgie et le syndrome de fatigue chronique.**

Les suites et conséquences des affections, maladies et accidents s'étant manifestées pendant les délais d'attente sont définitivement exclues des garanties.

GARANTIES

NIVEAUX DE GARANTIES

A l'adhésion, l'adhérent choisit le pack de garanties qu'il souhaite sur sa demande d'adhésion. Le montant des garanties souscrites est mentionné sur le certificat d'adhésion.

		Pack 1	Pack 2	Pack 3	Pack 4	Pack 5
Capital en cas de Décès/PTIA <i>par maladie ou accident</i>		25 000 €	37 500 €	50 000 €	62 500 €	75 000 €
Indemnité journalière <i>en cas d'Incapacité Temporaire de Travail</i>		50 €/jour	75 €/jour	100 €/jour	125 €/jour	150 €/jour
Rente invalidité <i>en cas d'Invalidité Permanente`</i> <i>N désigne le taux d'invalidité</i>	Si N ≥ 66% (rente totale)	1 500 €/mois	2 250 €/mois	3 000 €/mois	3 750 €/mois	4 500 €/mois
	Si 33% ≤ N < 66% (rente partielle)	N x (rente totale / 66)				

Toutes les garanties de chaque pack sont liées sans aucune dissociation possible.

L'adhérent s'engage à ce que le niveau de garanties sélectionné en cas d'Incapacité Temporaire de Travail et d'Invalidité Permanente Totale soit limité à celui de ses derniers Revenus Professionnels, et/ou Dividendes nets déclarés à l'administration fiscale, découlant de l'activité professionnelle mentionnée sur le certificat d'adhésion. L'attention de l'adhérent est portée sur la nécessité de respecter cet engagement pendant toute la durée de son adhésion.

Les adhérents qui sont créateurs d'entreprise, repreneurs, autoentrepreneurs ou micro entrepreneurs au jour de leur adhésion, peuvent souscrire uniquement les packs 1 et 2.

GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS/PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

Capital en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) consécutif à une maladie ou un accident

En cas de décès, jusqu'au 70^e anniversaire ou de PTIA jusqu'au 65^e anniversaire de l'adhérent, survenant pendant la validité de l'adhésion, il est versé aux bénéficiaires désignés un capital, dont le montant est prévu en fonction du pack souscrit.

Le versement du capital en cas de Décès ou de PTIA met fin à l'ensemble des garanties du présent contrat.

Le capital en cas de Décès est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s).

Si l'adhérent a demandé à bénéficier des dispositions de la loi Madelin, les capitaux seront nécessairement versés sous forme de rente viagère. Les modalités de calcul de la rente seront déterminées sur les bases techniques pratiquées au jour du décès.

Les modalités et les conséquences de la désignation du ou des bénéficiaires

L'adhérent peut désigner le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès dans la demande d'adhésion et ultérieurement par avenant au contrat, ou suivant toute autre forme juridiquement valide notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique.

Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, l'adhérent doit porter au contrat les coordonnées de ce dernier qui seront utilisées par l'organisme assureur en cas de décès de l'adhérent.

À défaut de désignation expresse d'un bénéficiaire par l'adhérent ou si la désignation faite par l'adhérent est caduque ou sans effet, les sommes dues sont versées :

- au conjoint non séparé judiciairement de corps ou au signataire d'un Pacte Civil de Solidarité,
- à défaut aux enfants nés ou à naître, vivants ou représentés à parts égales entre eux,
- à défaut aux père et mère par parts égales ou au survivant d'entre eux,
- à défaut aux héritiers de l'adhérent selon la dévolution successorale.

Toute désignation de bénéficiaire qui ne serait pas portée à la connaissance de l'organisme assureur ne lui sera pas opposable.

L'adhérent, sauf hypothèse de l'acceptation par le bénéficiaire, peut modifier cette clause bénéficiaire selon ses souhaits. L'attention de l'adhérent est attirée sur le fait qu'en cas d'acceptation par le bénéficiaire de la stipulation faite à son profit, cette désignation, excepté renonciation écrite faite par le bénéficiaire acceptant, revêt un caractère irrévocable, sauf dispositions légales particulières.

L'acceptation peut être faite :

- soit par un avenant signé de l'organisme assureur, de l'adhérent et du bénéficiaire ;
- soit par acte authentique ou par un acte sous seing privé, signé de l'adhérent et du bénéficiaire (dans ce cas, elle n'a d'effet à l'encontre de l'organisme assureur que lorsqu'il lui a été notifié par écrit).

GARANTIE INDEMNITÉ JOURNALIÈRE EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

Cette garantie a pour objet de procurer à l'adhérent en état d'Incapacité Temporaire Totale de Travail reconnue médicalement par son régime obligatoire (Cf. Lexique) par suite de maladie ou d'accident garanti, jusqu'à son 67^e anniversaire, le paiement d'une indemnité journalière à hauteur du niveau des garanties du pack souscrit.

La constatation médicale de l'état de santé de l'adhérent peut être effectuée en France métropolitaine ou dans les Départements de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Réunion.

Son service débute à compter du 1^{er} jour qui suit le délai de franchise choisi, ouverte au titre de l'activité exercée, et mentionnée au certificat d'adhésion :

- En cas de maladie :
 - sept (7) jours (**franchise non ouverte aux professions du bâtiment et agricoles**) ou quinze (15) jours ;
- En cas d'accident :
 - Trois (3) jours ;
- En cas d'hospitalisation, aucune franchise ne s'appliquera.

Cas particulier de la reprise partielle d'activité dans un but thérapeutique

Après validation par le Médecin Conseil, en cas de reprise partielle dans un but thérapeutique par l'adhérent de son activité professionnelle et suite à une indemnisation d'une durée minimale de 90 jours continus pour l'Incapacité Temporaire Totale de Travail, il pourra être versé forfaitairement pour une durée maximale de 180 jours une indemnité journalière égale à 50 % de l'indemnité journalière versée au cours de l'Incapacité Temporaire Totale de travail. En tout état de cause, la somme des revenus de l'activité partielle augmentée des prestations prévoyance versées au titre du présent contrat doit se limiter au revenu d'activité.

Rechute

Lorsqu'une même maladie ou un même accident indemnisé entraîne un second arrêt consécutif, il n'est pas fait application à nouveau de la franchise, sous réserve que la reprise de l'activité ne soit pas supérieure à deux (2) mois, et que l'adhésion soit toujours en vigueur.

Dans le cas contraire, l'indemnisation débutera après expiration du délai de franchise choisi.

GARANTIE RENTE EN CAS D'INVALIDITÉ PERMANENTE

Cette garantie a pour objet de procurer à l'adhérent en état d'Invalidité Permanente (Cf. Lexique), jusqu'à son 67^e anniversaire, une rente à hauteur du niveau des garanties du pack souscrit.

La constatation médicale de l'état de santé de l'adhérent peut être effectuée en France métropolitaine ou dans les Départements de la Martinique, de la Guadeloupe et de la Réunion.

Le mode de détermination du taux d'invalidité "N" est précisé au paragraphe *Calcul du taux d'invalidité "N"*.

Lorsque le taux d'invalidité "N" est :

- **supérieur ou égal à 66 %**, l'adhérent se trouve en état d'Invalidité Permanente Totale, la rente est alors servie intégralement ;
- **compris entre 33 et 66 %**, l'adhérent se trouve en état d'Invalidité Permanente Partielle, la rente est alors égale au taux d'invalidité multiplié par le 66^e de la rente totale.
- **inférieur à 33 %**, aucune rente n'est servie.

Calcul du taux d'invalidité N

Le taux d'invalidité "N" est déterminé par expertise en fonction :

- **de l'invalidité fonctionnelle** (barème fonctionnel indicatif des invalidités en droit commun - concours médical 2002) : elle est fondée uniquement sur la diminution de la capacité, indépendamment de toute considération professionnelle. Ce taux est estimé, s'il y a lieu, en tenant compte des invalidités préexistantes,

- de l'**invalidité professionnelle** par rapport à l'activité exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions d'exercice normales, des possibilités d'exercice restantes, ainsi que de sa capacité éventuelle à effectuer une reconversion dans son domaine de qualification professionnelle.

Ces taux varient entre 0 et 100 %.

Le taux d'invalidité "N", qui servira au calcul de la rente, résulte de l'application du barème croisé ci-après qui tient compte à la fois de l'invalidité fonctionnelle et de l'invalidité professionnelle.

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

Modalités d'attribution de la rente d'Invalidité Permanente

La rente est toujours accordée à titre temporaire.

Le taux d'invalidité peut être révisé à tout moment en fonction de l'évolution médicalement constatée de l'état de santé initial correspondant au taux d'invalidité.

En outre, l'adhérent devra déclarer à Alptis Assurances toute modification du taux d'invalidité par son régime de prévoyance obligatoire.

ÉTENDUE TERRITORIALE

Les garanties sont acquises :

- en France métropolitaine,
- ou dans les départements de la Martinique, de la Guadeloupe, et de la Réunion,
- et dans le monde entier lors de séjours touristiques ou missions professionnelles n'excédant pas une durée totale de 90 jours par année civile (en un ou plusieurs séjours). Si l'adhérent a exprimé dans la Demande d'Adhésion la volonté d'être couvert pour une durée totale supérieure à 90 jours, la couverture est soumise à l'accord de l'organisme assureur, en fonction des éléments qui lui sont communiqués par l'adhérent.

Pour les incapacités de travail survenues hors de France, lors de séjours touristiques ou missions professionnelles

L'événement est garanti sous réserve que :

- l'adhérent soit domicilié en France ;
- le constat médical de l'Incapacité Temporaire Totale de Travail soit effectué en France.

Le début de prise en compte de la maladie ou de l'accident est fixé :

- dès le 1^{er} jour en cas d'hospitalisation à l'étranger, limitée à trois (3) mois ;
- sinon au jour du rapatriement de l'adhérent en France.

Dans tous les cas, la prise en charge débute après l'expiration de la franchise prévue au certificat d'adhésion. Le règlement des prestations est toujours effectué en France, dans la monnaie légale de l'Etat français.

MISE EN SERVICE DES GARANTIES

FORMALITÉS À ACCOMPLIR

Dans tous les cas

Sous peine de perdre le droit aux prestations, l'adhérent devra :

- se prêter à tout examen ou expertise des médecins mandatés aux frais de l'organisme assureur, et pouvant intervenir à tout moment ;
- fournir toutes pièces que le médecin conseil jugera nécessaire de lui demander ;
- autoriser l'accès à son domicile à toute personne mandatée par l'organisme assureur tous les jours ouvrables entre 9 heures et 21 heures ;
- rester à son domicile, en dehors des heures de sortie prévues par son médecin traitant.

À défaut, il peut être déchu de tout droit à prestations.

En cas de Décès

La déclaration du décès doit être faite dans les plus brefs délais.

Le capital prévu en cas de décès est réglé après réception par Alptis Assurances, des pièces justificatives suivantes :

- la déclaration de décès fournie par Alptis Assurances et complétée par le médecin traitant de l'adhérent ;
- l'original de l'acte de décès de l'adhérent ;
- la copie de la pièce d'identité du ou des bénéficiaire(s) désigné(s) ;
- le cas échéant, la copie intégrale du ou des livrets de famille de l'adhérent.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

La déclaration de PTIA doit être faite dans les plus brefs délais.

Le capital prévu en cas de PTIA est réglé après réception par Alptis Assurances et étude du Médecin conseil, d'un certificat médical détaillé qui précise obligatoirement :

- la nature de l'invalidité,
- la date de constatation médicale de la maladie ou de la survenance de l'accident entraînant l'invalidité,
- le caractère définitif de l'invalidité,
- la nécessité d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne.

Si la PTIA résulte d'un accident :

- une copie du rapport de police ou de gendarmerie.

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail ou en cas d'Invalidité Permanente

La déclaration de l'arrêt de travail doit être faite dans un délai de 30 (trente) jours maximum, excepté en cas de force majeure.

La prestation prévue en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ou d'Invalidité Permanente est versée après réception par Alptis Assurances et étude du Médecin conseil, des pièces justificatives suivantes :

- la déclaration d'incapacité de travail fournie par Alptis Assurances et complétée par l'adhérent ;
- l'attestation médicale fournie par Alptis assurances et complété par le médecin de l'adhérent ;
- le certificat médical prescrivant l'arrêt de travail ou la reprise partielle dans un but thérapeutique, ou s'il y a lieu, le bulletin d'hospitalisation ;
- en cas d'accident : la date, l'heure, les circonstances et le lieu de survenance de celui-ci ;
- les pièces justifiant de la profession de l'adhérent, de son statut, et de l'exercice effectif d'une activité professionnelle au jour de l'événement.

L'attention de l'adhérent est portée sur les informations suivantes :

- **En cas de déclaration tardive, la période de franchise ne commence à courir qu'à partir de la date à laquelle l'arrêt de travail a été déclaré à Alptis Assurances.**
- **Si la déclaration de l'adhérent est faite plus de trois mois suivant l'arrêt de travail, l'Assureur peut appliquer à l'adhérent la déchéance du droit à indemnisation s'il est établi que ce retard lui a causé un préjudice.**
- **Toute prolongation d'arrêt de travail doit être signalée dans les plus brefs délais.**
- **Pour chacun des événements garantis, Alptis Assurance aura la possibilité d'exiger la production de toutes pièces complémentaires jugées utiles.**

PAIEMENT DES PRESTATIONS

Païement du capital Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

Le capital prévu et détaillé au certificat d'adhésion est versé en euros au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) par l'adhérent dans un délai de trente (30) jours maximum après réception du dossier complet, et sous réserve qu'après étude par l'assureur du dossier, la garantie soit acquise.

Le capital décès garanti est revalorisé à compter du décès de l'adhérent et jusqu'à la réception des pièces nécessaires au paiement, dans les conditions fixées par les articles L. 132-5 et R. 132-3-1 du Code des assurances ou le cas échéant, jusqu'au dépôt de ce capital à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L. 132-27-2 du Code des assurances.

Païement des indemnités journalières en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail

L'indemnité journalière prévue est versée en euros **mensuellement et à terme échu**.

Elle est servie dès la date de reconnaissance de l'incapacité par le Médecin Conseil et au plus tôt à partir de la fin du délai de franchise de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail.

Elle prend fin :

- lorsque l'Incapacité Temporaire Totale de travail cesse d'être totale, excepté en cas de reprise partielle dans un but thérapeutique ;
- au plus tard au 1095^e jour d'Incapacité Temporaire Totale de travail ;
- à la date de reconnaissance de l'Invalidité Permanente ;
- en cas de refus de l'adhérent de se soumettre à un contrôle médical ;
- en cas d'absence injustifiée de l'adhérent à son domicile ;
- lorsque l'adhérent fait valoir ses droits à la retraite et au plus tard lorsqu'il atteint son 67^e anniversaire.

Païement de la rente d'invalidité en cas d'Invalidité Permanente

La rente invalidité prévue est versée en euros **trimestriellement et à terme échu**.

Elle est servie dès la date de reconnaissance de l'invalidité par le Médecin Conseil.

Elle prend fin :

- lorsque l'état d'Invalidité Permanente cesse ;
- lorsque le taux d'invalidité "N" devient inférieur à 33 % ;
- en cas de refus de l'adhérent de se soumettre à un contrôle médical ;
- en cas d'absence injustifiée de l'adhérent à son domicile ;
- lorsque l'adhérent fait valoir ses droits à la retraite et au plus tard lorsqu'il atteint son 67^e anniversaire.

Revalorisation des prestations

Les rentes versées en cas d'Invalidité Permanente, les indemnités journalières versées en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail et les rentes versées en cas de décès par application du dispositif Madelin, sont revalorisées en fonction des réserves disponibles dans le fonds de revalorisation défini dans le compte de résultats.

La revalorisation est effectuée à chaque 1^{er} janvier, dès lors que les prestations sont servies depuis au moins un an. Elle est limitée au maximum à l'évolution du point de retraite des cadres AGIRC, constatée le 1^{er} janvier de l'année N-1 par rapport au 1^{er} janvier de l'année N-2.

Litiges d'ordre médical

En cas de contestation de l'adhérent, il doit transmettre une attestation médicale contestant la décision du Médecin Conseil.

À réception de ce document, un troisième médecin, choisi d'un commun accord par les deux parties, sera désigné pour les départager, à frais partagés. Si l'adhérent et l'organisme assureur ne parviennent pas à s'accorder sur la désignation du médecin expert, la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du lieu de domicile de l'adhérent. Cette nomination est effectuée sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée.

En cas de désaccord sur les conclusions du rapport d'expertise amiable, les parties conservent le droit de recourir à la voie judiciaire.

ÉVOLUTION DES GARANTIES

DURÉE DES GARANTIES

L'adhésion s'entend pour la durée de **l'année civile en cours**, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction au 1^{er} janvier de l'exercice suivant.

MODIFICATION DES GARANTIES

Modification à la hausse

Après les douze (12) premiers mois d'adhésion à la garantie, l'adhérent pourra demander, en complétant le formulaire fourni par Alptis Assurances, à augmenter ses garanties au niveau immédiatement supérieur à celui souscrit sous réserve de respecter les conditions suivantes :

- ne pas avoir de sinistre en cours d'indemnisation au titre du présent contrat au jour de la demande ;
- compléter la demande de modification fournie par Alptis Assurances ;
- se soumettre à une nouvelle étude médicale (Déclaration de Santé Simplifiée et Questionnaire de Santé le cas échéant) ;
- se limiter au niveau de garanties du Pack de niveau strictement supérieur. (cf. Niveaux de garanties).

L'attention de l'adhérent est portée sur les informations suivantes :

- **La modification de la garantie prend effet à la date figurant sur le nouveau certificat d'adhésion et au plus tôt au lendemain de la réception de la demande au siège d'Alptis Assurances.**
- **Seuls les sinistres trouvant leur origine dans une cause postérieure à la prise d'effet de la modification pourront être pris en charge au titre du nouveau pack souscrit.**
- **Les délais d'attente (cf. Délais d'attente) sont applicables à compter de la date d'augmentation de la garantie et ne s'appliquent qu'au nouveau pack choisi. Pendant l'application du délai d'attente il sera fait application des garanties du pack en cours avant la demande de modification.**

Modification à la baisse

A tout moment, l'adhérent pourra demander à diminuer ses garanties par écrit

La modification de la garantie prend effet au lendemain de la réception de la demande et au plus tôt à la date figurant sur le nouveau certificat d'adhésion, sous réserve d'acceptation de l'assureur.

MAINTIEN DES GARANTIES

Événements ouvrant droit au maintien des garanties

Après les douze (12) premiers mois d'adhésion, en cas de cessation de son activité professionnelle en raison de la survenance de l'un des événements suivants, l'adhérent peut demander à bénéficier d'un maintien des garanties :

- perte du statut de travailleur non salarié survenant suite à :
 - la cessation volontaire de l'activité déclarée au moment de l'adhésion entraînant la radiation de l'entreprise ;
 - la perte de l'autorisation administrative d'exercer l'activité, non consécutive à une décision de justice ou une sanction de l'autorité administrative ;
 - la révocation non judiciaire et/ou non volontaire.
- liquidation judiciaire entraînant la disparition de l'entreprise.

L'adhérent pourra au choix :

- demander à continuer de bénéficier du pack de garanties en cours au moment de la survenance de l'événement ouvrant droit au maintien des garanties ;
- demander à bénéficier d'un pack de garanties de niveau inférieur au pack de garanties en cours au moment de la survenance de l'événement ouvrant droit au maintien des garanties. Ce choix est définitif pour toute la durée du maintien.

L'attention de l'adhérent est portée sur les informations suivantes :

- **Pour bénéficier du maintien de garantie, il doit formuler sa demande au moyen du formulaire fourni par Alptis Assurances au plus tard trois (3) mois après la survenance de l'événement invoqué ;**
- **La durée maximale du maintien ne pourra excéder douze (12) mois ;**
- **Il ne doit pas être en cours d'indemnisation de sinistre au titre du présent contrat ;**
- **Etre à jour de ses cotisations.**

Prise d'effet du maintien

Selon la nature de l'événement ouvrant droit au maintien de garanties, les garanties sont maintenues :

- *En cas de perte du statut de travailleurs non salarié, à compter :*
 - du lendemain de la date de la cessation effective de l'activité ;
 - ou du lendemain de la fin de validité de l'autorisation administrative ;
 - ou du lendemain de la signification de l'autorité publique du retrait de l'autorisation ou de l'agrément.
- *En cas de liquidation judiciaire entraînant la disparition de l'entreprise, à compter :*
 - du lendemain du jugement de clôture de la liquidation judiciaire.

Pièces justificatives à fournir

L'adhérent qui souhaite bénéficier d'un maintien des garanties, devra fournir :

Dans tous les cas :

- une attestation sur l'honneur de non reprise d'une activité professionnelle même partielle ;

En cas de perte du statut de travailleurs non salarié :

- une attestation comptable de cession des parts ou copie de l'acte de cession des parts ;
- la copie de la notification de révocation ;
- la copie de la décision administrative de retrait d'agrément ou d'autorisation d'exercer l'activité.

En cas de liquidation judiciaire entraînant la disparition de l'entreprise :

- la copie du jugement de clôture de liquidation.

L'attention de l'adhérent est portée sur les informations suivantes :

- Les cotisations versées par l'adhérent ne sont pas déductibles de son revenu imposable au titre de la loi Madelin durant le maintien des garanties.
- Dans le cas où l'adhérent reprendrait l'exercice d'une activité professionnelle non salariée (cf. L'adhérent) pendant le maintien des garanties, ce dernier pourra demander à poursuivre son adhésion en complétant le formulaire fourni par Alptis Assurances.

Cessation du maintien des garanties

Le maintien des garanties cesse pour l'adhérent :

- à l'issue du 12^e mois suivant la prise d'effet du maintien des garanties, lorsque l'adhérent n'a pas repris d'activité professionnelle ;
- à la date de sa reprise d'une activité professionnelle ;
- à la date de résiliation du contrat par l'organisme assureur ou le souscripteur ;
- à la date de la liquidation de sa pension vieillesse du régime obligatoire ;
- à son décès.

Renouvellement du maintien

En cas de reprise d'une activité professionnelle assurable pendant le maintien de garantie, l'adhérent pourra demander la poursuite de son adhésion en complétant le formulaire de demande de modification fourni par Alptis Assurances.

Lorsque l'adhérent a bénéficié d'un maintien des garanties au cours de son adhésion, celui-ci ne peut pas formuler une nouvelle demande dans les douze (12) mois qui suivent la cessation du maintien. Si l'adhérent cesse à nouveau son activité, et qu'il se trouve dans une période de douze (12) mois suivant la fin de la dernière période de maintien, son adhésion au contrat prend alors fin (Cf. Cessation des garanties).

FAUSSE DÉCLARATION

Pour les déclarations à faire à la souscription du contrat, et éventuellement celles devant être faites en cours de contrat, l'adhérent est prévenu que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, même si elle a été sans influence sur le sinistre, entraîne l'application, suivant le cas, des dispositions des articles suivants du Code des assurances :

Article L. 113-8 du Code des assurances (nullité du contrat)

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 du Code des assurances (réduction des prestations)

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 du Code des assurances (nullité ou réduction des indemnités)

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.

EXCLUSIONS DE GARANTIES

Les conséquences des événements suivants ne sont pas garanties par le contrat :

- le suicide, pendant la première année suivant l'adhésion ;
- les maladies, invalidités et accidents manifestés antérieurement à la prise d'effet des garanties et non déclarés à l'organisme assureur ;
- la guerre étrangère, la guerre civile ;
- les accidents d'avion lorsque l'adhérent se trouve à bord, en qualité de pilote, d'un appareil non muni d'un certificat de navigabilité en cours de validation ou sans posséder un brevet et une licence valides correspondant au type d'appareil concerné ;
- les accidents aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essais, vols sur prototype, record ou tentative de record ;
- les rayonnements ionisants et les inhalations de particules d'amiante, lorsque l'adhérent y est exposé de manière prévisible (fut-ce par intermittence) en raison et au cours de son activité professionnelle habituelle ;
- les émeutes, les mouvements populaires, les actes de terrorisme ;
- les maladies ou accidents qui résultent du fait intentionnel du bénéficiaire (art. L. 132-24 du Code des assurances) et d'une façon générale tous les cas prévus par la loi ;
- les pathologies, invalidités et accidents manifestés antérieurement à la prise d'effet des garanties (ou la remise en vigueur des garanties ou la date d'augmentation des garanties) ;
- les accidents qui proviennent directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique ;
- les sinistres survenus alors que l'assuré était sous l'emprise d'un taux d'alcoolémie supérieur au taux légal en vigueur au jour du sinistre et qu'il est reconnu comme étant responsable de l'accident ;
- les sinistres résultant de l'usage de produits stupéfiants ou hallucinogènes ;
- les sports pratiqués à titre professionnel et leurs conséquences, les paris ou défis, ainsi que tout sport pratiqué en qualité d'amateur licencié participant à des compétitions, matchs ou paris comportant l'utilisation d'animaux, de véhicules ou d'embarcations à moteur.

L'attention de l'adhérent est portée sur les informations suivantes :

- Les maladies, invalidités et accidents manifestés antérieurement à la prise d'effet des garanties qui ont été déclarés à l'organisme assureur sur le questionnaire de santé et qui n'ont pas fait l'objet par ce dernier d'une exclusion ou d'une limitation dans le certificat d'adhésion sont couvertes par les garanties.
- Lorsque l'organisme assureur invoque la guerre étrangère, la guerre civile, ou la grève, il appartient au bénéficiaire de prouver que le sinistre est dû à un fait autre que ceux cités.

LIMITATIONS DE GARANTIES

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ou d'Invalidité Permanente

Le service des indemnités journalières est suspendu pendant la période du congé légal de maternité de l'adhérente.

Les maladies en rapport avec une grossesse ou avec la procréation assistée donnent lieu à indemnisation si elles sont reconnues comme pathologiques par le Médecin Conseil.

La prestation prévue pour les garanties de revenu en cas de maladie ou d'accident (indemnité journalière et rente invalidité) est versée au maximum pendant 1095 jours sur toute la durée du contrat, lorsque l'incapacité temporaire totale de travail ou l'invalidité permanente est consécutive à une ou plusieurs des pathologies suivantes :

- les troubles psychologiques
- l'asthénie
- l'anxiété
- la spasmophilie
- les maladies nerveuses, psychosomatiques, névrotiques
- les états dépressifs de toute nature
- les aliénations mentales
- les troubles de l'alimentation
- les troubles de la personnalité et/ou du comportement
- le "Burn out" ou syndrome d'épuisement professionnel
- la fibromyalgie et le syndrome de fatigue chronique

La durée maximale d'indemnisation, au titre des garanties incapacité et invalidité, s'entend pour l'ensemble des pathologies listées ci-dessus

FIN DES GARANTIES

DROIT DE RENONCIATION

L'adhérent dispose d'un délai de 30 (trente) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date à laquelle il est informé de la conclusion de celle-ci (qui correspond à la date de réception du certificat d'adhésion).

En cas de renonciation, les dispositions suivantes s'appliquent :

- Si des prestations ont été versées : l'adhérent s'engage à rembourser à l'organisme assureur les montants éventuellement perçus dans un délai de 30 (trente) jours.
- Si des cotisations ont été perçues : l'organisme assureur les remboursera à l'adhérent dans un délai de 30 (trente) jours.

Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance

Le contrat est vendu à distance s'il est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à distance, notamment vente par correspondance ou Internet. L'adhérent dispose, dans le cadre du présent contrat, d'un délai de 30 (trente) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de celle-ci. Les coûts exposés par l'adhérent dans le cadre de la vente à distance sont à la charge de celui-ci (coûts des communications téléphoniques, connexions à Internet) et ne feront l'objet d'aucun remboursement.

En cas d'adhésion dans le cadre d'un démarchage à domicile

L'adhérent dispose, dans le cadre du présent contrat, d'un délai de 30 (trente) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion de celle-ci (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion). L'adhérent ne peut plus exercer son droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu les garanties du contrat.

Le candidat à l'assurance est informé de son droit à s'inscrire sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique, conformément à l'article L.223-2 du Code de la consommation.

Modalités d'exercice du droit de renonciation

Le courrier de renonciation devra être envoyé à Alptis Assurances - 25 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, en recommandé avec avis de réception.

Modèle de lettre de renonciation :

"Je soussigné(e) (Nom, Prénom et numéro de l'adhérent),..... demeurant à..... ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat (Nom et N° de contrat) que j'ai signée le (date)....."

À..... Le.....

Signature

CESSATION DES GARANTIES

L'ensemble des garanties prend fin à la survenance du premier de ces événements :

- en cas d'exercice de la faculté de renonciation ;
- lorsque l'adhérent cesse son activité ou perd son statut d'artisan/commerçant, de profession libérale, de profession agricole, de Dirigeant de SAS ou SASU, SELAS (hors cas du maintien des garanties demandé expressément par l'adhérent) ;
- à l'issue d'une période de douze (12) mois de maintien des garanties ;
- en cas de non-paiement des cotisations (cf. § Paiement des cotisations) ;

- lorsque l'adhérent demande la résiliation des garanties qui prend effet au 31 décembre de chaque année, sous réserve d'en faire la demande par lettre recommandée, adressée au siège d'Alptis Assurances - 25 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, avant le 1^{er} novembre, les cotisations restant dues pour la totalité de l'exercice ;
- en cas de dénonciation de l'adhésion suite à une modification du contrat d'assurance de groupe, en application des dispositions de l'article L. 141-4 du Code des assurances ;
- en cas de résiliation du contrat d'assurance de groupe par l'organisme assureur ou l'Association. Toutefois, lors d'une résiliation à l'initiative de l'organisme assureur, ce dernier s'engage à maintenir des garanties équivalentes aux adhérents ayant au moins 2 ans d'ancienneté, et qui en font la demande ;
- en cas de démission par l'adhérent de l'Association au 31 décembre par lettre recommandée avec un préavis de 2 mois ;
- en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'adhérent ;
- conformément à la loi Evin, l'assureur, pendant les 2 premières années d'adhésion, peut mettre fin aux garanties à l'échéance anniversaire de l'adhésion, sous réserve de le notifier à l'assuré 2 mois avant la date de la résiliation, par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

Et en tous les cas :

- la garantie Décès cesse au 70^e anniversaire de l'adhérent ;
- la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie cesse au 65^e anniversaire de l'adhérent ;
- la garantie de revenu en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail et en cas d'Invalidité Permanente cesse lorsque l'adhérent atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension de retraite, et au plus tard au 67^e anniversaire.

COTISATIONS

MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est fonction :

- du pack souscrit ;
- de la franchise souscrite pour la garantie en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ;
- de l'âge de l'adhérent lors de l'adhésion (calculé par différence de millièmes) et de son ancienneté dans le contrat (cf. paragraphe Evolution des cotisations) ;
- du secteur d'activité de l'adhérent.

Aux montants des cotisations correspondantes aux garanties souscrites s'ajoutent :

- la cotisation d'Association de 1 euro par mois ;
- le droit d'entrée à l'Association de 11 euros pour la constitution du dossier (*cette somme est perçue une seule fois pour toute la durée de l'adhésion et n'est pas due pour les personnes déjà adhérentes à l'Association*).

ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Les cotisations augmentent au 1^{er} janvier de chaque année de 5 %.

Par ailleurs, en cas de déséquilibre technique du contrat, l'organisme assureur, en accord avec l'Association, a la possibilité d'augmenter les cotisations au-delà de l'évolution annuelle prévue.

PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance annuellement avec possibilité de fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel, au choix de l'adhérent.

Le montant d'une échéance fractionnée ne doit pas être inférieur à 6,90 euros. Pour le fractionnement mensuel, le paiement doit obligatoirement être effectué par prélèvement bancaire.

Conformément au Code des assurances, à défaut de paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les dix (10) jours de son échéance, la garantie sera suspendue trente (30) jours après la mise en demeure de l'assuré. L'Assureur a le droit de résilier l'adhésion dix (10) jours après l'expiration de ce délai de trente (30) jours.

EXONÉRATION DES COTISATIONS EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL OU D'INVALIDITÉ PERMANENTE

Lorsque l'adhérent perçoit une indemnisation au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail ou de la garantie Invalidité Permanente Totale du présent contrat, une exonération du paiement des cotisations de l'ensemble des garanties prévoyance souscrites commence à compter du 91^e jour.

En cas d'Invalidité Permanente Partielle, l'exonération des cotisations à compter du 91^e jour est proportionnelle aux prestations payées au titre de la garantie Invalidité. Elle prend fin dès la cessation de l'indemnisation de l'arrêt de travail.

Lors d'une reprise partielle dans un but thérapeutique suite à une Incapacité Temporaire Totale de Travail, l'exonération des cotisations n'est pas accordée.

DISPOSITIONS DIVERSES

PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des Assurances.

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. Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
- 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré.

Article 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 avec avis de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

*Causes ordinaires d'interruption de la prescription communes aux organismes relevant Code des assurances.

En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (*article 2240 du Code civil*) ;
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (*article 2241 du Code civil*) ;
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (*article 2244 du Code civil*)] ;
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait. À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (*article 2245 du Code civil*) ;
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (*article 2246 du Code civil*).

La prescription est également interrompue en cas de saisine du médiateur.

LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies par Alptis Assurances sont nécessaires à l'appréciation de la demande d'adhésion et font l'objet d'un traitement informatique pour les besoins de la gestion de votre adhésion au contrat.

Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude, de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, et autres obligations légales et à des fins commerciales. Certaines de ces données seront transmises à l'association souscriptrice, à l'organisme assureur et à nos partenaires appelés à connaître l'adhésion en raison de sa gestion. Alptis Assurances prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité de vos données personnelles.

Conformément à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent ; vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à : Alptis Assurances - 25 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 ou contact-cnil@alptis.fr. Alptis Assurances se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires.

AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 61, rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09, est chargée du contrôle de l'organisme assureur et d'Alptis Assurances.

FONDS DE GARANTIE

Il existe un fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes instauré par le loi n° 99-532 du 25 juillet 1999 (Article L.423-1 du Code des assurances).

SUBROGATION

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'organisme assureur exercera son recours contre le tiers responsable à concurrence des prestations et indemnités versées.

EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, l'adhérent peut adresser une réclamation à Alptis Assurances, au travers de l'un des canaux de contacts suivants :

- dépôt d'un formulaire de réclamation en ligne, au sein de son espace personnel sécurisé (Espace adhérent), accessible à l'adresse suivante : <https://www.alptis.org/assurance/espace-adherent/> ;
- e-mail adressé à serviceclient@alptis.fr, en précisant son numéro d'adhérent ;
- courrier adressé au Service Client d'Alptis Assurances - 25, cours Albert Thomas - 69003 LYON, en précisant son numéro d'adhérent.

Alptis Assurances en accusera réception dans un délai maximum de 10 jours ouvrables (sauf si une réponse a pu être apportée à l'adhérent au cours de ce délai) et répondra à l'adhérent dans un délai maximum de 2 mois après réception, sauf circonstances exceptionnelles qui lui seraient alors exposées.

En cas de désaccord sur la réponse apportée, l'adhérent pourra saisir le Médiateur, dont les coordonnées lui seront transmises par les services d'Alptis Assurances. Exerçant sa mission gratuitement et en toute indépendance, le Médiateur ne peut intervenir qu'après épuisement des procédures internes de règlement des litiges opposant un particulier à l'organisme assureur et à la condition qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée.

Après avoir instruit le dossier, le Médiateur rend un avis motivé dans les trois mois. Cet avis ne lie pas les parties.

Les modalités de traitement des réclamations sont disponibles sur le site Internet d'Alptis Assurances, à l'adresse www.alptis.org (rubrique "Tous mes contacts / Faire une réclamation").

LEXIQUE

ACCIDENT :

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont pas considérés comme accident :

- les pathologies lombaires ou relatives à tout ou partie de l'axe rachidien (excepté en cas de fracture ou accident de la circulation),
- le suicide, la tentative de suicide,
- l'infarctus du myocarde,
- les affections coronariennes,
- les affections dues à un choc émotif (excepté celles faisant suite à une agression survenue dans le cadre de l'activité professionnelle de l'adhérent) ou à un surmenage.

ADHÉRENT OU ASSURÉ :

Personne physique membre de l'association et qui adhère au contrat groupe.

CONJOINT COLLABORATEUR OU ASSOCIÉ :

Le conjoint collaborateur doit avoir déclaré ce statut social auprès des instances professionnelles (RCS, Répertoire des métiers, URSSAF). Le conjoint doit en outre participer effectivement à l'activité de la société.

CRÉATEUR D'ENTREPRISE :

Adhérent ayant créé une entreprise pour l'exercice d'une activité professionnelle depuis moins d'un an à partir de la date d'effet de l'adhésion portée au certificat d'adhésion, et sous un statut qui lui ouvre droit aux garanties du présent contrat. L'adhérent sera considéré comme créateur pendant les 12 premiers mois de son adhésion.

DÉLAI D'ATTENTE :

Période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion portée au certificat d'adhésion (ou la date de remise en vigueur des garanties ou la date d'augmentation des garanties).

DIVIDENDES :

C'est une part des bénéfices distribués par une entreprise à ses actionnaires. À ce titre, les dividendes constituent une rémunération du gérant non salarié, dirigeant au sens de l'article 62 du Code général des impôts, complémentaire aux revenus nets professionnels.

FRANCHISE :

Période qui débute le 1^{er} jour d'Incapacité Temporaire Totale de Travail et pendant laquelle aucune prestation n'est due.

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL :

Impossibilité momentanée pour l'adhérent d'exercer totalement son activité professionnelle déclarée à l'adhésion, constatée par une autorité médicale compétente et reconnue médicalement par son régime obligatoire.

INVALIDITÉ PERMANENTE :

Réduction définitive du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel résultant d'une atteinte à l'intégrité physiologique de l'adhérent, l'empêchant totalement ou partiellement d'exercer une activité professionnelle et reconnue suite à une expertise médicale.

MALADIE :

Toute altération de l'état de santé de l'adhérent, constatée par une autorité médicale compétente.

MÉDECIN CONSEIL :

Le Médecin conseil est le médecin chargé d'évaluer l'état de santé de la personne à la demande de l'organisme assureur. Comme tout médecin, il est soumis au code de déontologie médicale et au secret professionnel.

PATHOLOGIES D'ORIGINE PSYCHO-PATHOLOGIQUE :

Sont considérées comme telles :

- les troubles psychologiques
- l'asthénie
- l'anxiété
- la spasmophilie
- les maladies nerveuses, psychosomatiques, névrotiques
- les états dépressifs de toute nature
- les aliénations mentales
- les troubles de l'alimentation
- les troubles de la personnalité et/ou du comportement
- le "Burn out" ou syndrome d'épuisement professionnel

PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) :

Impossibilité absolue et définitive, pour l'adhérent avant son 65^e anniversaire constatée par une autorité médicale compétente, suite à une maladie ou un accident garanti, de se livrer à une occupation ou un travail quelconque lui procurant gain ou profit, et dont l'état nécessite l'assistance d'une tierce personne pour effectuer tous les actes ordinaires de la vie quotidienne (faire sa toilette, s'alimenter, s'habiller, se déplacer).

REPRENEUR D'ENTREPRISE :

Personne qui a acquis le statut de travailleur non salarié suite à la reprise d'une entreprise ou suite à la modification de forme sociale de son entreprise, depuis moins de 6 mois à partir de la date d'effet de l'adhésion portée au Certificat d'adhésion. L'adhérent sera considéré comme repreneur pendant les 12 premiers mois de son adhésion. .

REVENU D'ACTIVITE :

Le dernier revenu professionnel net déclaré à l'administration fiscale (BIC, BNC) et issu de l'activité professionnelle définie à l'adhésion, et/ou des dividendes déclarés à l'administration fiscale.

Mes notes

“ AGIR ENSEMBLE, POUR QUE LA VIE DE CHACUN SOIT BIEN PROTÉGÉE ! ”

Alptis est un mouvement associatif de protection sociale qui œuvre dans les domaines de la santé, la prévoyance, l'assurance de prêts et l'épargne retraite.

- ➔ **Nous défendons une démarche responsable et solidaire**
En matière de protection sociale, nous sommes convaincus que l'engagement de chacun bénéficie à tous.
- ➔ **Nous ne spéculons pas sur la santé**
Grâce à notre indépendance, nous n'avons qu'une seule raison d'agir, l'intérêt de nos adhérents.
- ➔ **L'assurance ne s'arrête pas aux garanties proposées**
Nous voulons tisser avec nos adhérents une relation de confiance, et créer du lien social permettant de faire naître de nouvelles solidarités.
- ➔ **Partageons connaissances et bonnes pratiques**
Au sein des 123 comités locaux d'adhérents Alptis, près de 400 actions de prévention sont organisées chaque année bénévolement.

Les services 100 % pratiques d'Alptis



Votre espace adhérent : adherent.alptis.org

24h/24, l'accès à votre dossier en ligne, mais aussi à toute l'actualité de votre association.



Mon Alptis Mobile

Accessible sur l'App Store et Google Play, l'appli mobile d'Alptis et tous ses services e-santé.



La chaîne Alptis sur YouTube

Des vidéos pédagogiques sur la prévention, l'actualité, les produits et services.



SANTÉ



PRÉVOYANCE



ASSURANCE DE PRÊTS



ÉPARGNE RETRAITE