

ASSOCIATION DE PREVOYANCE INTERNATIONALE

Régime Prévoyance EUR

Notice d'information

En qualité d'adhérent de l'Association de Prévoyance Internationale, vous bénéficiez des garanties « Prévoyance » souscrites par votre Employeur auprès d'Allianz Vie sous le N° **080269/011**.

Les modalités de mise en œuvre des garanties et le détail des prestations auxquelles vous avez droit à effet du **1^{er} Janvier 2010** sont définies dans la présente notice.

GENERALITES

AFFILIATION

Sont admissibles facultativement les adhérents de nationalité européenne de l'**Association de Prévoyance Internationale (APREVI)**, âgés de 18 à 65 ans et vivant dans un pays qui n'est pas leur pays d'origine.

Les Assurés doivent, au moment de leur affiliation, remplir une demande individuelle d'affiliation comportant un questionnaire d'état de santé et par laquelle ils donnent leur consentement à l'assurance, et désignent les bénéficiaires en cas de décès.

L'Assureur, s'il le juge nécessaire, peut demander l'accomplissement de formalités médicales ou la production de toute information complémentaire.

L'Assureur se réserve le droit, au vu des documents et renseignements précités, de revoir le tarif indiqué dans la demande d'adhésion de l'Assuré ou encore de refuser l'adhésion de l'Assuré.

Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, l'Assuré une fois admis, ne peut être exclu de l'Assurance contre son gré tant qu'il fait partie de la catégorie de personnes à assurer.

En cours d'adhésion, lorsque l'Assuré désire une augmentation de garanties, une nouvelle sélection médicale dans les conditions définies ci-dessus est réalisée.

EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet le 1^{er} jour du mois, suivant réception et acceptation par l'Assureur de la Demande Individuelle d'Affiliation.

L'affiliation, une fois acceptée par l'Assureur, donne lieu à l'émission d'un certificat d'affiliation sur lequel sont précisés :

- les coordonnées de l'affilié
- le nom et l'âge de l'affilié
- la date d'effet de l'affiliation
- la formule choisie avec la cotisation correspondante en fonction de l'âge

DUREE DES GARANTIES

L'Assuré s'engage à être affilié, à compter de l'acceptation par l'Assureur, jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

L'adhésion se renouvelle ensuite le 1^{er} janvier de chaque année par tacite reconduction pour une durée de 12 mois, sauf résiliation par l'une des parties au moyen d'une lettre recommandée envoyée, au plus tard, le 31 octobre précédent.

Toutes les garanties cessent en tout état de cause :
pour chaque Assuré :

- aux âges limites fixés pour chacune des garanties et, au plus tard, dès qu'il cesse d'appartenir à la catégorie de personnes à laquelle le contrat s'applique.
- et au plus tard à la date de l'attribution de la pension vieillesse d'un régime de Sécurité sociale.

- en cas de non-paiement des cotisations
- à la fin du trimestre civil suivant la date à laquelle il cesse d'appartenir à l'**Association de Prévoyance Internationale (APREVI)**
- au 31 décembre de l'année de ses 65 ans

MODALITES DE TARIFICATION

Le tarif de la garantie « prévoyance » est en fonction de l'âge, de la nature des garanties choisies. L'âge pris en compte est celui atteint au 1^{er} janvier de l'année d'adhésion. Il sera révisé au renouvellement de l'adhésion en fonction des changements de tranches d'âge tels que définis dans la grille tarifaire.

Le choix du Module Décès est impératif pour avoir accès aux modules : Rente Education et Indemnités Journalières

Indexation :

Les cotisations sont révisables chaque 1^{er} janvier par l'Assureur en fonction des résultats techniques du contrat.

PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance en France uniquement dans la devise du contrat choisie à la souscription soit l'euro. En cas de réception des cotisations dans une autre devise, l'Assureur se réserve le droit de retourner les fonds.

En fonction du fractionnement choisi, l'assuré s'engage à régler son échéance au plus tard dans les 15 jours qui suivent la réception de la facture. A défaut une lettre recommandée avec accusé de réception est envoyée. A l'expiration d'un délai 30 jours, les garanties ne sont plus acquises. Le contrat sera résilié à l'expiration d'un nouveau délai de 10 jours sans autre avis de l'Assureur.

Toute demande de prestations intervenant pendant la période de non-paiement sera refusée.

GARANTIES

Module Décès Toutes Causes, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), Décès Accidentel, Double Effet

Capital en cas de décès toutes causes ou de perte totale et irréversible d'autonomie

En cas de décès de l'Assuré et ce jusqu'à son 65^{ème} anniversaire, il est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), un capital dont le montant est à choisir parmi les garanties suivantes :

- **Capital 1** : 50 000€,
- **Capital 2** : 100 000€,
- **Capital 3** : 150 000€,
- **Capital 4** : 200 000€,
- **Capital 5** : 250 000€.

Toutefois, ce capital est versé par anticipation à l'Assuré lui-même en cas de perte totale et irréversible d'autonomie survenue avant son 60^{ème} anniversaire.

L'Assuré est réputé atteint de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), lorsqu'il est reconnu par l'Assureur comme présentant une invalidité réduisant d'au moins deux tiers sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire, être hors d'état de se procurer dans une profession quelconque, un salaire supérieur au tiers de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie, dans la profession exercée avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de

l'invalidité si celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme, et être dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie - à savoir : se nourrir, s'habiller, se laver, être continent, se déplacer (d'un lit à une chaise, et à l'intérieur dans des surfaces sans étages).

La date de survenance de la perte totale et irréversible d'autonomie est fixée au jour de cette notification par l'Assureur.

Lorsque ce capital est versé par anticipation, l'Assuré ne bénéficie plus de la garantie en cas de décès au titre du présent article.

Cessation de la garantie Décès toutes causes : 70 ans.

Cessation de la garantie PTIA toutes causes : 60 ans.

Cette garantie comporte de l'exonération et le maintien de la garantie Décès et PTIA toutes causes si le module Indemnités journalières, Rente d'Invalidité est souscrit.

Capital supplémentaire en cas de décès accidentel ou de perte totale et irréversible d'autonomie par suite d'accident

Lorsque le décès de l'Assuré est consécutif à un accident, à condition toutefois qu'il survienne, au plus tard, un an après la date de l'accident, un capital supplémentaire est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), dont le montant est égal au capital choisi pour le décès toutes causes.

Ce capital est versé par anticipation à l'Assuré lui-même, si avant son 60^{ème} anniversaire et dans les trois ans suivant la date de l'accident survenu dans les conditions précitées, il est reconnu par l'Assureur atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie.

Pour ouvrir droit à la prestation, tout accident susceptible d'entraîner le versement anticipé du capital doit être déclaré dans les six mois de sa survenance.

Lorsque ce capital a été versé par anticipation, l'Assuré ne bénéficie plus de la garantie en cas de décès accidentel au titre du présent article.

Cessation de la garantie Décès Accidentelle : 65 ans.

Cessation de la garantie PTIA Accidentelle : 60 ans.

Cette garantie comporte de l'exonération et le maintien de la garantie Décès et PTIA Accidentels si le module Indemnités journalières, Rente d'Invalidité est souscrit.

Double Effet

En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint (ou de son concubin déclaré, à défaut de conjoint) âgé de moins de 65 ans et ayant au moins un enfant à charge, un capital supplémentaire est versé réparti entre les enfants restant à charge du conjoint décédé, par parts égales entre eux, dans la mesure où ils étaient précédemment à la charge de l'Assuré.

Le montant du capital est égal au montant du capital Décès toutes causes choisi.

En cas de décès de l'Assuré et de son conjoint survenant au cours d'un même événement, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, le conjoint est présumé avoir survécu pour l'application de la présente garantie.

Cette garantie comporte de l'exonération et le maintien de la garantie Double Effet si le module Indemnités journalières et Rente d'Invalidité est souscrit.

Module Rente Education

En cas de décès de l'Assuré, il est versé à chacun des enfants qui étaient à sa charge au moment du décès, une rente temporaire dont le montant annuel est le suivant :

- **Rente 1** : < 11 ans, 200€/mois, de 11 à 18 ans, 300€/mois, pour les plus de 18 ans, 400€/mois,
- **Rente 2** : < 11 ans, 400€/mois, de 11 à 18 ans, 500€/mois, pour les plus de 18 ans, 600€/mois.

La rente prend effet le premier jour du mois suivant celui au cours duquel survient le décès.

Pour chaque enfant, la rente est servie tant qu'il est vivant et au plus tard jusqu'à son 18^{ème} anniversaire.

Elle est servie également au-delà de cet âge et, au plus tard, jusqu'à son 26^{ème} anniversaire, à condition que l'enfant poursuive des études et bénéficie de la Sécurité sociale ou réponde aux critères de la législation française s'il ne peut en bénéficier pour cause de territorialité, en qualité :

- d'ayant droit ou d'étudiant, sous réserve qu'il ne soit pas salarié ou qu'il ne bénéficie pas de ressources propres du fait de son travail (sauf lorsqu'il poursuit des études, s'il s'agit d'un emploi occasionnel dont la durée est inférieure à trois mois ou d'un emploi dont, mensuellement, la rémunération est inférieure à 55 % du SMIC),
- ou encore, s'il est titulaire de la carte d'invalidité prévue à l'article L 241-3 du Code de l'action sociale et des familles.

Elle est payée par trimestre civil à terme échu.

Les trimestrialités sont versées :

- à la personne qui assume la charge de l'enfant si ce dernier est âgé de moins de 18 ans,
- à l'enfant lui-même s'il est âgé d'au moins 18 ans.

La dernière trimestrialité versée est celle du trimestre au cours duquel l'enfant cesse de remplir les conditions requises pour en bénéficier, ou, si celui-ci décède, du trimestre précédent.

La rente est revalorisée dans les conditions suivantes :

Le montant initial de la rente due est revalorisé, au plus tôt, six mois après le décès, en fonction des modifications de la valeur du point de retraite AGIRC (Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres).

Le niveau des revalorisations successives est déterminé de telle façon que le montant de chaque trimestrialité de rente soit augmenté, compte tenu des revalorisations déjà acquises, dans la même proportion que la valeur du point précité en cours à la date de l'échéance de paiement, par référence à la valeur en vigueur à la date du décès de l'Assuré.

Toutefois, en cas de résiliation de l'adhésion ou de suppression de la garantie dont est issue la prestation, les évolutions ultérieures du point de référence cessent d'être prises en compte ; le niveau des revalorisations est alors maintenu à celui atteint à la date de la résiliation.

Cessation de la garantie : 65 ans

L'option « Rente 1 » ne peut être choisie que si le module Décès toutes causes est souscrit, et l'option choisie dans le module Décès toutes causes ne peut être supérieure à l'option « Capital 3 ».

L'option « Rente 2 » ne peut être choisie que si le module Décès toutes causes est souscrit, et l'option choisie dans le module Décès toutes causes ne peut être supérieure à l'option « Capital 2 ».

Cette garantie comporte de l'exonération et le maintien de la garantie Rente Education si le module Indemnités journalières et Rente d'Invalidité est souscrit.

Module Indemnités Journalières, Rente d'Invalidité

Règles communes

Objet

La garantie a pour objet le service de prestations en cas d'incapacité totale de travail ou d'invalidité d'un Assuré, par suite de maladie ou d'accident reconnu par l'Assureur. Ces prestations ont un caractère indemnitaire.

La garantie comporte, selon les dispositions fixées aux Dispositions Particulières, le paiement :

- d'indemnités quotidiennes en cas d'arrêt total de travail,
- d'une rente d'invalidité si l'Assuré est dans l'impossibilité physique ou mentale, totale ou partielle, d'exercer normalement une activité professionnelle.

En aucun cas, des indemnités quotidiennes et une rente d'invalidité ne peuvent être versées simultanément.

Lorsqu'un Assuré bénéficie d'un droit à des prestations acquises ou nées au titre d'un régime collectif de prévoyance ou au titre d'un régime de Sécurité Sociale, celles-ci viennent en déduction des prestations de même nature dues le cas échéant par l'Assurance.

Franchise

Le droit aux prestations prend effet au terme d'un délai de franchise fixé : ce délai commence à courir au premier jour de chaque arrêt de travail ; il est constitué d'une suite ininterrompue de journées d'incapacité totale de travail.

Délai de déclaration

L'arrêt de travail doit être porté à la connaissance de l'Assureur avant le terme du délai de franchise et, au plus tard, dans les trois mois suivant la date de cet arrêt si le délai de franchise est supérieur à trois mois.

L'arrêt de travail est considéré comme s'étant produit au jour de la déclaration si celle-ci intervient passé ce délai mais avant le sixième mois.

Sauf cas de force majeure, les maladies ou accidents non déclarés dans les six mois qui suivent l'arrêt de travail seront exclus de la garantie et à ce titre non indemnisés.

Revalorisation des prestations incapacité-invalidité

Le montant initial des indemnités quotidiennes, de la rente d'invalidité et du traitement de référence des garanties en cas de décès est revalorisé, au plus tôt, six mois, jour pour jour, après l'arrêt de travail de l'Assuré, puis, lors de chaque modification de la valeur du point de retraite AGIRC (Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres).

Le niveau des revalorisations successives est déterminé de telle façon que, le montant de la prestation et du traitement de référence soit augmenté, compte tenu du niveau des revalorisations déjà acquises, dans la même proportion et aux mêmes dates que la valeur du point précité par référence à la valeur en vigueur à la date d'arrêt de travail.

Toutefois, en cas de résiliation de l'adhésion ou de suppression de la garantie dont est issue la prestation, les évolutions ultérieures du point de référence cessent d'être prises en compte ; le niveau des revalorisations est maintenu à celui atteint à la date de la résiliation ou de la suppression.

Le module « Indemnités journalières, Rente d'Invalidité » ne peut être souscrit que si le module « Décès toutes causes » est souscrit.

Indemnités journalières

En cas d'arrêt de travail d'un Assuré par suite **d'incapacité totale**, reconnu par l'Assureur, et survenu avant son 65^{ème} anniversaire, l'Assureur verse à l'Assuré, les indemnités quotidiennes suivantes :

- **Indemnités journalières 1** : 30€/jour,
- **Indemnités journalières 2** : 60€/jour,
- **Indemnités journalières 3** : 90€/jour,
- **Indemnités journalières 4** : 120€/jour.

Deux franchises peuvent être souscrites :

- **30 jours,**
- **60 jours.**

Les indemnités quotidiennes cessent d'être dues :

- en cas de reprise de travail à temps complet, ou s'il est établi par l'Assureur que l'Assuré est en état de reprendre une activité rémunérée à temps complet
- ou au 731^{ème} jour suivant la date de cessation du travail, la rente d'invalidité pouvant être ensuite attribuée à l'Assuré suivant les dispositions du présent contrat
- ou à la date d'attribution par l'Assureur ou par un régime de Sécurité sociale d'une pension d'invalidité, d'une rente d'incapacité ou d'une pension de vieillesse d'un régime de base
- ou au décès de l'Assuré
- ou, au plus tard, à la fin du trimestre civil du 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Le congé légal de maternité ou de paternité n'ouvre pas droit au versement des indemnités quotidiennes.

Les indemnités quotidiennes sont réduites de moitié en cas de reprise à mi-temps d'une activité rémunérée ou lorsque l'Assuré est en état de reprendre à mi-temps une activité rémunérée.

Rechute

En cas de reprise du travail suivie avant deux mois d'un nouvel arrêt pour la même cause et reconnu comme tel par l'Assureur, le service des prestations peut reprendre sur les mêmes bases, sans application du délai de franchise si l'Adhésion d'APREVI est toujours en vigueur.

L'option « Indemnités journalières 1 » ne peut être choisie que si le module Décès toutes causes est souscrit, et l'option choisie dans le module Décès toutes causes doit être supérieure ou égale à l'option « Capital 1 ».

Les options « Indemnités journalières 2 » et « Indemnités journalières 3 » ne peuvent être choisies que si le module Décès toutes causes est souscrit, et l'option choisie dans le module Décès toutes causes doit être supérieure ou égale à l'option « Capital 2 ».

L'option « Indemnités journalières 4 » ne peut être choisie que si le module Décès toutes causes est souscrit, et l'option choisie dans le module Décès toutes causes doit être supérieure ou égale à l'option « Capital 3 ».

Rente d'invalidité

Si, avant son 60^{ème} anniversaire, l'Assuré est atteint d'une invalidité permanente totale ou partielle, il a droit au versement d'une rente d'invalidité.

L'état d'invalidité, apprécié par l'Assureur en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'Assuré, ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle, doit réduire d'au moins un tiers la capacité de travail ou de gain de l'Assuré.

La rente est versée à l'Assuré par trimestre civil à terme échu. Il ne sera dû aucune fraction de rente au titre du trimestre civil au cours duquel l'Assuré décède.

Elle cesse d'être due dans l'un ou l'autre des cas suivants :

- si l'état d'invalidité de l'Assuré ne répond plus aux conditions ci-dessus,
- ou à la date d'attribution par un régime de base de la pension de vieillesse,
- ou au décès de l'assuré,
- ou, au plus tard, à la fin du trimestre civil du 60^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Le montant initial de la prestation est déterminé comme suit, lorsque l'Assuré est atteint d'une invalidité dont le degré « n » est supérieur à 33 %. Le degré "n" d'invalidité est déterminé selon les dispositions figurant en annexe.

La prestation est alors égale aux montants ci-dessous :

- **Rente d'invalidité 1** : 10 000€/an,
- **Rente d'invalidité 2** : 20 000€/an,
- **Rente d'invalidité 3** : 30 000€/an,
- **Rente d'invalidité 4** : 40 000€/an.

Le paiement de cette rente cesse, en tout état de cause, si le taux « n » d'invalidité devient inférieur ou égal à 33%, à la date d'entrée en jouissance d'une pension d'un régime de retraite, ou à la date du décès de l'assuré.

Cette rente est :

- réduite et est égale à $(n-33)\%/33\%$ si le taux « n » d'invalidité est compris entre 33% et 66% et que l'assuré ne peut exercer aucune activité professionnelle.
- servie en totalité si le taux « n » d'invalidité est de plus de 66 % et que l'assuré ne peut exercer aucune activité professionnelle.

Aucune rente n'est due si le degré d'invalidité « n » est inférieur ou égal à 33%.

L'option « Rente d'invalidité 1 » ne peut être choisie que si le module « Indemnités journalières 1 » est souscrit.

L'option « Rente d'invalidité 2 » ne peut être choisie que si le module « Indemnités journalières 2 » est souscrit.

L'option « Rente d'invalidité 3 » ne peut être choisie que si le module « Indemnités journalières 3 » est souscrit.

L'option « Rente d'invalidité 4 » ne peut être choisie que si le module « Indemnités journalières 4 » est souscrit.

MAINTIEN DES GARANTIES AU NIVEAU ATTEINT EN CAS D'INCAPACITE TOTALE DE TRAVAIL OU D'INVALIDITE D'UN ASSURE

Conditions d'application

En cas **d'incapacité totale de travail ou d'invalidité d'un Assuré**, les garanties en cas de Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Décès Accidentel, Double Effet et Rente Education, y compris le paiement anticipé du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie, lui sont maintenues dans les conditions suivantes :

Pour être reconnues comme telles, l'incapacité ou l'invalidité (grille jointe en annexe, où $n > 33\%$) doivent être de nature à ouvrir droit à des indemnités quotidiennes ou à une rente d'invalidité.

Couverture

Les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Décès Accidentel, Double Effet et Rente Education maintenues sont celles en vigueur la veille du premier jour d'arrêt de travail de l'Assuré.

Déclaration

Pour que les Assurés puissent bénéficier de la poursuite des garanties, les arrêts de travail doivent être déclarés à l'Assureur dans les six mois suivant l'arrêt de travail et, en tout état de cause, en cas de résiliation, dans les trois mois suivant la date de cessation du présent contrat.

Cessation

Outre les cas prévus par chacune d'elles, les garanties maintenues cessent à la date d'attribution d'une pension vieillesse d'un régime de base et, au plus tard, au 60^{ème} anniversaire de l'Assuré.

En cas de reprise d'une activité professionnelle par l'Assuré même à temps partiel, l'exonération des primes Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Décès Accidentel, Double Effet et Rente Education n'est plus garantie.

EXCLUSIONS GENERALES

Sont exclus de toutes les garanties :

Risques de guerre

- les conséquences d'une guerre civile ou non, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, sauf si la personne garantie n'y prend pas une part active.
L'Assureur se réserve toutefois la possibilité de modifier sa position sur un ou des territoires déterminés moyennant préavis de quinze jours à l'Assuré.
- En outre, en cas de guerre où la France serait belligérante, aucune des garanties ne serait accordée.

Risques aériens

- Les conséquences d'accident survenu au cours de la participation de l'Assuré à des compétitions, démonstrations aériennes, exercices de voltige, acrobaties, raids, tentatives de records, vols sur prototypes, vols d'essais, sauts effectués avec des parachutes non homologués et activités de navigant militaire.

Par ailleurs, les conséquences d'accident de la navigation aérienne ne sont garanties que dans le cas où :

- l'aéronef utilisé est apte au vol conformément aux prescriptions techniques réglementaires et est muni d'un certificat de navigabilité (ou d'un laissez-passer officiel) en cours de validité,
- les membres de l'équipage (dont peut faire partie l'Assuré) sont titulaires de brevets, licences et qualifications en cours de validité exigés pour les fonctions qu'ils occupent à bord, compte tenu de l'aéronef utilisé et de la nature du vol, et pourvus des autorisations spéciales lorsqu'elles sont nécessaires,
- l'aéronef utilisé a reçu les agréments administratifs, en état de validité, l'autorisant à effectuer le transport de passager.

Autres risques

- le suicide de l'Assuré, avant une année continue d'affiliation,
- les conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide. Toutefois, cette exclusion ne s'applique pas au versement anticipé du capital décès en cas de perte totale et irréversible d'autonomie résultant d'une tentative de suicide effectuée après une année continue d'assurance de l'Assuré,
- les conséquences d'un attentat ou d'une tentative d'attentat, sauf si la personne garantie n'y prend pas une part active.

EXCLUSIONS PROPRES AUX GARANTIES

Sont également exclues des garanties suivantes :

Module Capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie

L'invalidité qui résulte de l'éthylisme ou de l'usage de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites de prescription médicale.

Module Capital supplémentaire en cas de décès accidentel ou de perte totale et irréversible d'autonomie

Les conséquences :

- d'une opération chirurgicale nécessitée par un accident exclu de l'assurance,
- de l'éthylisme, d'ivresse manifeste ou s'il est révélé qu'au moment de l'accident, la personne garantie à l'origine de l'accident avait un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à 0,8 g par litre de sang ou, en cas d'accident de la circulation, au taux caractérisant l'état d'alcoolémie répréhensible en vertu de la législation française,
- de l'usage de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites de prescription médicale,
- de la participation à un duel, un crime, un délit intentionnel ou une rixe, sauf le cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger,
- de la participation à tous sports et compétitions à titre professionnel,
- de la participation à des actions militaires ou de police,
- de la détention, la possession ou la manipulation par l'Assuré sur le lieu de l'accident soit d'engins de guerre, soit d'une arme dont la détention est interdite,
- d'un acte de belligérance ou de terrorisme revendiqué ou non,
- de la participation de l'Assuré à toutes compétitions (et leurs essais) comportant l'utilisation de véhicules ou d'embarcations à moteur,
- d'accident résultant de la pratique du saut à l'élastique ainsi que de l'utilisation par l'Assuré (y compris en qualité de passager) de deltaplanes, parapentes, d'avions ultra légers motorisés et de tous autres aéronefs non agréés pour effectuer du transport public,
- de sinistre résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique,
- de la pratique de toute activité sportive effectuée en infraction manifeste des règles de sécurité définies par les pouvoirs publics de telle manière que l'Assuré ne pouvait ignorer le risque.

CONTROLE ET ARBITRAGE MEDICAL

Les médecins et représentants accrédités par l'Assureur ont libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état. Le droit aux prestations peut-être interrompu ou réduit, en raison des conclusions des médecins et représentants accrédités par l'Assureur, indépendamment des décisions prises et des versements effectués par la Sécurité sociale ou tout autre organisme.

Sous peine de suspension du service des prestations, l'Assuré doit fournir toute pièce justificative et se prêter à toute expertise ou examen demandés par l'Assureur.

Les décisions de l'Assureur prises en fonction des conclusions du médecin conseil sont notifiées à l'Assuré par courrier recommandé ; il peut en contester le bien-fondé dans les dix jours suivant leur envoi au moyen d'une attestation médicale détaillée adressée à l'Assureur par lettre recommandée.

En cas de désaccord sur l'état de santé de l'Assuré, il peut être procédé à une expertise amiable et contradictoire par le médecin choisi par l'Assuré et le médecin délégué par l'Assureur.

Si ces deux médecins ne peuvent parvenir à des conclusions communes, ils choisissent un médecin arbitre pour les départager.

Faute d'entente sur son choix, la désignation en est faite par voie judiciaire.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin et, par moitié, ceux du médecin arbitre.

DECLARATION DES SINISTRES

Tout événement susceptible d'ouvrir droit aux prestations doit survenir pendant la période d'effet de la garantie concernée et être déclaré dans les délais fixés par celle-ci ou, si aucun délai n'est prévu, dans les six mois suivant cet événement.

Sauf cas de force majeure, les maladies ou accidents non déclarés dans les six mois qui suivent l'arrêt de travail seront exclus de la garantie et à ce titre non indemnisés. En cas de résiliation de l'adhésion ou du présent contrat, ce délai est ramené à trois mois suivant la date de cessation des garanties.

La notice d'information remise à chaque Assuré par l'Association adhérente fait mention des pièces justificatives à faire parvenir à l'Assureur.

PRESCRIPTION

Conformément à l'article L 114-1 du Code des Assurances, toutes actions dérivant du Contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance,

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

RECOURS

Conformément au Code des Assurances, le bénéficiaire des prestations donne subrogation à l'Assureur en vue d'engager toute action récursoire à l'encontre de tout tiers responsable.

L'Assureur renonce à toute action récursoire contre le Souscripteur.

FORMALITES A EFFECTUER EN CAS DE SINISTRE**Pièces à fournir:**En cas de décès

- . un certificat médical de mort naturelle établi par le médecin qui a constaté le décès,
- . une copie intégrale de l'acte de naissance,
- . une photocopie du livret de famille
- . une copie intégrale de l'acte de naissance de ou des bénéficiaires
- . le dernier avis d'imposition,
- . si le décès intervient pendant un arrêt de travail, les volets de la Sécurité sociale mentionnant le paiement des indemnités journalières.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie

- . la constatation médicale de l'invalidité.
- . une photocopie du livret de famille
- . le dernier avis d'imposition.

En cas de sinistre d'origine accidentelle

- . en plus des pièces susvisées, la photocopie du procès verbal de police ou de gendarmerie.

En cas d'arrêt de travail

- . l'attestation médicale dûment remplie par le médecin traitant et adressée au médecin conseil de l'Assureur sous enveloppe portant la mention "Secret médical",
- . le dernier avis d'imposition pour exonération éventuelle de la CSG,
- . la notification éventuelle délivrée par les ASSEDIC mentionnant l'attribution d'une allocation,
- . selon le cas, les justificatifs suivants émis par la Sécurité Sociale :
 - la notification d'attribution de la pension d'invalidité,
 - chaque trimestre par la suite, le justificatif de versement de cette pension,
 - photocopie des bulletins de salaire en cas de reprise de travail à temps partiel.

CENTRE DE GESTION

La gestion des affiliations, cotisations, encaissements et sinistres est assurée par :

GMC Gestion
Unité de Gestion n° 14
10 rue Henner
75459 PARIS Cedex 09 – France
Ligne dédiée : +33 (0) 1 40 82 44 95
Standard : +33 (0) 1 40 82 44 44
Fax. : +33 (0) 1 53 25 22 97
Email: gmcg.ug14@henner.com

Pour toute déclaration de sinistre ou toute demande d'information complémentaire concernant la couverture prévoyance, merci de les adresser à GMC Gestion. La gestion des sinistres sera ensuite assurée par Allianz Vie.

MEDIATION – AUTORITE DE TUTELLE – LOI APPLICABLE

Lorsque le Souscripteur ou des Assurés souhaitent obtenir des précisions, leur interlocuteur habituel de l'Assureur est en mesure d'étudier au fond toutes leurs demandes et réclamations.

Si, au terme de cet examen, les réponses données ne satisfont pas à l'attente des Assurés, ces derniers peuvent adresser leur réclamation à :

Allianz Vie DPPI – Service Relations Clientèle
Tour Neptune – 20 place de Seine
92086 La Défense Cedex.

Enfin, en cas de désaccord définitif avec l'Assureur relatif à une garantie, l'Assuré aura la faculté de faire appel au Médiateur dont l'Assureur lui indiquera, sur simple demande, les coordonnées et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

L'autorité de tutelle de l'Assureur est la Commission de Contrôle des Assurances, des Mutuelles et des Institutions de Prévoyance.

Les parties déclarent se soumettre à la loi française et renoncent à toute procédure dans tout autre pays que la France.

DEFINITIONS

Personnes à charge

• Conjoint

Conjoint par mariage ou la personne liée à l'Assuré par un Pacte civil de solidarité (PACS), la situation du concubin est examinée au cas par cas; des enquêtes pourront être menées dans le respect des législations nationales.

En tout état de cause, par concubin, il faut entendre la personne vivant avec l'Assuré et remplissant avec ce dernier les trois conditions cumulatives suivantes :

- qu'ils soient tous deux libres de tout lien matrimonial, ou séparés de droit
- que le concubinage ait été déclaré par l'Assuré lors de son affiliation, ou dans les six mois suivant l'organisation de la vie commune si celle-ci est postérieure à la date de l'affiliation de l'Assuré, avec production d'un certificat attestant de cette situation régie par des dispositions légales ou réglementaires en vigueur.
- que soit justifié que la situation de vie commune ainsi déclarée a été notoire et permanente jusqu'à la date de l'événement mettant en jeu la garantie.

• Enfant à charge

- les enfants non mariés de l'Assuré et ceux de son conjoint, vivant sous le toit de l'Assuré, qu'ils soient légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis,
 - s'ils sont mineurs ou titulaires de la carte d'invalidité prévue à L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles,
 - ou s'ils remplissent les conditions cumulatives suivantes,
 - être âgés de moins de 26 ans,
 - ne pas être salariés ou ne pas bénéficier de ressources propres du fait de leur travail (sauf, lorsqu'ils poursuivent des études, s'il s'agit d'un emploi occasionnel dont la durée est inférieure à trois mois ou d'un emploi dont, mensuellement, la rémunération est inférieure à 55 % du SMIC),
 - être à charge fiscalement de l'Assuré, c'est-à-dire :
 - soit être pris en compte pour une demi-part au moins, d'après la dernière option exercée par l'Assuré,

dans le calcul de l'impôt sur le revenu de l'Assuré payable par celui-ci l'année de l'événement mettant en jeu la garantie,

- soit, lorsqu'il s'agit d'étudiants n'ayant pas choisi leur rattachement au foyer fiscal, recevoir de l'Assuré une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu payable par celui-ci l'année de l'événement mettant en jeu la garantie.
- les enfants remplissant les conditions cumulatives précitées lorsqu'ils :
 - ont le statut d'étudiant et que la poursuite de leurs études les oblige à ne plus vivre sous le toit de l'Assuré,
 - ou ne vivent pas sous le toit de l'Assuré et ne sont pas fiscalement à charge au sens ci-dessus mais reçoivent de celui-ci, par décision de justice, une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt sur le revenu payable l'année de l'événement mettant en jeu la garantie,
- l'enfant né viable moins de 300 jours après le décès de l'Assuré.

Bénéficiaires en cas de décès de l'Assuré

Sauf en cas de désignation de bénéficiaire particulière (imprimé « désignation de bénéficiaire » à remplir), le capital en cas de décès est attribué, par ordre de préférence :

- au conjoint non divorcé ni séparé de droit ou à la personne liée à l'Assuré par un Pacte Civil de Solidarité (PACS),
- à défaut, aux enfants nés ou à naître de l'Assuré à parts égales, la part d'un prédécédé revenant à ses propres descendants ou à ses frères et sœurs s'il n'en a pas,
- à défaut, au père et à la mère à part égales entre eux ou, en cas de prédécès de l'un d'eux, au survivant pour la totalité,
- à défaut, aux héritiers à part égales entre eux.

À tout moment, l'Assuré peut modifier l'ordre ci-dessus et désigner toute personne physique ou morale de son choix en adressant à l'Assureur une lettre manuscrite.

Lorsque la désignation personnelle est caduque, la disposition ci-dessus est applicable.

En cas de décès d'un Assuré et du ou de plusieurs bénéficiaires désignés au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès ou lorsque le bénéficiaire décédé après l'Assuré n'a pas eu le temps d'accepter le bénéfice du capital, l'Assuré est présumé avoir survécu pour la détermination des bénéficiaires du capital.

Accidents

Il faut entendre par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine et inattendue d'une cause extérieure, à l'exclusion d'une maladie aiguë ou chronique.

La preuve de l'accident incombe au(x) bénéficiaire(s) des prestations et toute classification d'un autre organisme notamment la Sécurité Sociale française ou tout autre organisme local de Sécurité Sociale ne saurait être opposable à l'Assureur.

ANNEXE : DETERMINATION DU DEGRE « n » D'INVALIDITE

Le degré "n" d'invalidité est fixé par expertise.

Les Assureurs désignent un médecin pour apprécier le degré d'invalidité de l'Assuré qui peut alors se faire assister de son médecin traitant. En cas de désaccord entre le médecin de l'Assuré et le médecin des Assureurs, il est procédé à un arbitrage comme il est indiqué au « Médiation – Autorité de tutelle – Loi applicable ».

L'invalidité ouvrant droit au service des prestations est appréciée en fonction de :

- l'incapacité fonctionnelle, physique ou mentale
- l'incapacité professionnelle.

L'incapacité fonctionnelle est établie de 0 à 100 % en dehors de toute considération professionnelle.

L'incapacité professionnelle est appréciée d'après le taux et la nature de l'incapacité fonctionnelle, par rapport à la profession exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de la profession et des possibilités d'exercice restantes, abstraction faite du montant des ressources de l'intéressé.

Le tableau ci-dessous indique les taux résultant des divers degrés d'incapacité, tant fonctionnelle que professionnelle.

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

X : Taux d'incapacité professionnelle - %