



POUR VOUS, TRAVAILLEURS NON SALARIÉS

Mornay  
... TNS  
Prévoyance

**EXTRAIT**  
**DES CONDITIONS GÉNÉRALES**  
Valant notice d'information

## SOMMAIRE

Article 1 -	Nature du contrat	4
Article 2 -	Définitions applicables au présent contrat	4
Article 3 -	Objet du contrat	5
Article 4 -	Modification du contrat	5
Article 5 -	Adhésion au contrat	6
Article 6 -	Renonciation	7
Article 7 -	Catégories professionnelles - professions exclues	7
Article 8 -	Informations	7
Article 9 -	Cotisations	8
Article 10 -	Exonération des cotisations	8
Article 11 -	Cessation des garanties	9
Article 12 -	Résiliation de l'adhésion	9
Article 13 -	Risques exclus	9
Article 14 -	Déclaration du sinistre et déchéance	10
Article 15 -	Prescription	10
Article 16 -	Traitement des contestations	11
Article 17 -	Décès ou perte totale ou irréversible d'autonomie de l'adhérent	11
Article 18 -	Décès ou PTIA simultané ou postérieur du conjoint (garantie double effet)	12
Article 19 -	Rente viagère de conjoint survivant	12
Article 20 -	Rente temporaire de conjoint survivant	13
Article 21 -	Rente d'éducation	13
Article 22 -	Incapacité temporaire totale	13
Article 23 -	Invalité permanente	15
Article 24 -	Revalorisation des prestations	16
Article 25 -	Formalités en cas de sinistres	16

### **MORNAY TNS PREVOYANCE** **CONTRAT COLLECTIF À ADHÉSION FACULTATIVE** **Enregistré sous le N° MO06**

Souscrit par :

**L'Association de Prévoyance du Groupe Mornay Europe (APGME)**,  
Association régie par la loi du 1<sup>er</sup> juillet 1901, dont le siège social est situé  
5-9 rue Van Gogh, 75591 PARIS Cedex 12,

représentée par Madame Laurie MAILLARD, en sa qualité de Directeur Général,  
ci-après dénommée « le Souscripteur »

auprès de :

**MORNAY MUTUELLE**, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du code de la Mutualité,  
inscrite au registre national des Mutuelles sous le n° 344 033 360 dont le siège social  
est situé : BP 419 - 07504 Guilherand Granges cedex,

représentée par Monsieur Jean Claude PETIT, en sa qualité de Président,  
ci-après dénommée « L'Assureur »

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

## **ARTICLE 1** **NATURE DU CONTRAT**

**Le présent contrat Mornay TNS Prévoyance est un contrat collectif à adhésion facultative, régi par le Code de la Mutualité.**

Il est conforme aux dispositions de l'article 154 bis du Code Général des Impôts pour toutes les garanties autres que celles prévues aux articles 17 et 18 (versement d'un capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie).

En conséquence, à l'exception de la part finançant les garanties prévues aux articles susvisés, les cotisations à ce contrat sont susceptibles de bénéficier de l'exonération fiscale de l'article 154 bis du code général des impôts.

**Le présent contrat prend effet le 1<sup>er</sup> septembre 2008 et se termine le 31 décembre 2008. Il se renouvellera ensuite pour un an par tacite reconduction, au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sauf résiliation par l'une ou l'autre des parties par lettre recommandée avec avis de réception adressée au moins deux mois avant l'échéance.**

La résiliation du Contrat entraîne le refus de toute nouvelle adhésion.

La résiliation du Contrat entraîne de plein droit la cessation de toutes les garanties et la radiation de tous les Assurés, mais les prestations relatives à des sinistres survenus antérieurement à la date de résiliation restent acquises.

En cas de résiliation du Contrat, l'Assureur s'engage à en informer chaque adhérent au moins deux mois avant l'échéance.

Cependant, les assurés qui ont bénéficié, pendant au moins deux années consécutives, des dispositions de la présente convention au jour de la résiliation pourront être maintenus dans l'effectif assurable, sous réserve des dispositions de l'article 12 et dans la limite de l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse et, au plus tard, au 65<sup>e</sup> anniversaire de l'adhérent.

## **ARTICLE 2** **DÉFINITIONS APPLICABLES** **AU PRÉSENT CONTRAT**

### **Accident**

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure, à l'exclusion de toute maladie, même si elle se manifeste sous une

apparence accidentelle (affection cardio-vasculaire...). La preuve de l'accident incombe au bénéficiaire de la prestation.

### **Adhérent**

Personne physique, qui adhère à l'APGME à titre individuel et qui s'engage à payer les cotisations. Elle doit être Travailleur non salarié non agricole (TNS) lors de l'adhésion.

Les membres de l'APGME Travailleurs Non Salariés acquièrent, à compter de leur adhésion au présent contrat, la qualité de membres participants de la Mutuelle.

L'Adhérent est aussi l'Assuré.

### **Base des garanties (BDG)**

La base des garanties est déterminée à l'adhésion et figure au certificat d'adhésion. Elle est identique pour toutes les garanties. Elle est fixée forfaitairement en fonction du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale (PASS), avec un maximum de 3 PASS, par pas de 0,5 PASS.

Elle évolue donc chaque année en fonction de l'évolution du PASS.

Elle doit correspondre, avec une latitude de 0,5 PASS, au revenu fiscal annuel déclaré à l'adhésion ou lors de toute demande de modification de garanties. En tout état de cause, en cas de sinistre, le niveau des prestations est, dans la limite des garanties souscrites, plafonné au revenu fiscal annuel déclaré de l'année précédant le sinistre majoré d'un demi PASS.

La base de garantie est limitée à 1 PASS pour les adhérents ne justifiant pas d'au moins 2 années consécutives d'exercice, au titre de l'activité déclarée sur la demande individuelle d'adhésion.

### **Carence**

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. Toutes affections ou maladies, et leurs suites apparues avant ou pendant ce délai, sont définitivement exclues des garanties.

### **Certificat d'adhésion**

Document remis à l'Adhérent confirmant l'adhésion à la présente convention de groupe et qui précise, notamment, les garanties souscrites, la base des garanties (BDG), la date d'effet et les éventuelles restrictions.

## Conjoint

Époux ou épouse de l'adhérent, non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif, le(a) co-signataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec l'adhérent ou, à défaut, le(a) concubin(e).

Le concubinage doit avoir été notoire et permanent pendant une durée d'au moins deux ans précédant le décès. Aucune durée n'est exigée si un enfant, reconnu par l'assuré, est né de cette union. Le concubin survivant doit, en se référant notamment à la pratique fiscale et sociale, apporter la preuve que ces conditions sont remplies.

## Date de consolidation

Date à partir de laquelle les séquelles consécutives à une maladie ou un accident prennent un caractère permanent, permettant de constater la stabilisation de l'état de santé de l'assuré.

## Enfant à charge

On entend par enfant à charge :

L'enfant de l'adhérent légitime, reconnu, adoptif, pupille de la Nation ou recueilli au foyer de l'adhérent dès lors qu'il est fiscalement à charge et :

- âgé de moins de 18 ans y compris les enfants nés viables moins de 300 jours après le décès, ou

- âgé de 18 ans et plus mais de moins de 25 ans à condition que, n'ayant pas de revenu distinct de ceux qui servent de base à l'imposition de l'assuré :

- il poursuive des études secondaires ou supérieures,
- il bénéficie des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi 75-534 du 30 juin 1975.

L'enfant d'un Adhérent divorcé pour lequel celui-ci est tenu de verser une pension alimentaire, par décision de justice, est considéré comme à charge de l'Adhérent, sous réserve des conditions prévues exposées ci-dessus.

## Franchise

Période s'écoulant entre la date d'hospitalisation ou de l'arrêt de travail médicalement prescrit et le début de la période d'indemnisation.

## Garantie

Engagement de l'assureur, en contrepartie de la cotisation prévue sur le certificat d'adhésion, à verser une prestation à l'occasion d'événements couverts par le contrat au cours de la période d'assurance.

## Incapacité temporaire totale de travail

Un assuré est en état d'incapacité temporaire totale de travail s'il se trouve, par suite de maladie ou d'accident survenant pendant la période garantie, dans l'impossibilité complète et temporaire d'exercer toute activité professionnelle. Est exclu de cette garantie tout adhérent n'exerçant pas d'activité professionnelle rémunérée à la date de réalisation du risque.

L'état d'incapacité temporaire totale de travail est constaté par le Service Médical de l'Assureur.

## Invalidité permanente

Un assuré est considéré en état d'invalidité permanente lorsque, à la suite d'un accident ou d'une maladie survenant pendant la période garantie, il se trouve médicalement dans l'impossibilité complète ou partielle et permanente et définitive d'exercer une profession quelconque.

Est exclu de cette garantie tout adhérent n'exerçant pas d'activité professionnelle rémunérée à la date de réalisation du risque.

L'état et le taux d'invalidité permanente sont constatés par le Service Médical de l'Assureur.

## Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

Un assuré est considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie lorsque, à la suite d'un accident ou d'une maladie survenant pendant la période garantie, les deux conditions suivantes sont remplies :

- il est dans l'impossibilité totale et irréversible de se livrer à toute occupation et à toute activité rémunérée lui procurant gain ou profit,
- il est reconnu par l'Assureur comme étant dans l'obligation définitive d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

La perte totale et irréversible d'autonomie est réputée consolidée au jour de la constatation de l'état ainsi défini.

L'état de perte totale et irréversible d'autonomie est constaté par le Service Médical de l'Assureur.

## PMSS

Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale.

## Prestation

Exécution de la garantie par l'assureur, la prestation se caractérise, selon les cas, par le versement d'un capital, d'indemnités journalières ou d'une rente.

### ARTICLE 3 OBJET DU CONTRAT

L'objet du présent contrat est d'accorder aux adhérents une ou plusieurs des garanties suivantes, dont le choix est précisé au certificat d'adhésion :

- **Une garantie obligatoire** ouvrant droit au versement d'un capital en cas de décès ou de Perte totale ou irréversible d'autonomie (PTIA) de l'adhérent avec une majoration de capital lorsque l'origine du sinistre est accidentelle ;
- **Des Garanties optionnelles** ouvrant droit selon le cas au versement :
  - d'indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale de travail ;
  - d'une rente trimestrielle en cas d'invalidité permanente ;
  - d'une rente viagère de conjoint en cas de décès de l'adhérent ;
  - d'une rente temporaire de conjoint en cas de décès de l'adhérent ;
  - d'une rente d'éducation en cas de décès de l'adhérent.

### ARTICLE 4 MODIFICATION DU CONTRAT

Les parties conviennent que toute modification de la législation applicable au présent contrat, qui aura pour conséquence une majoration des prestations à la charge de la Mutuelle peut entraîner une révision immédiate du présent contrat et notamment des cotisations.

MORNAY MUTUELLE s'engage à adresser au souscripteur une lettre-avenant formalisant cette révision.

L'APGME devra annexer cette lettre-avenant au présent contrat et la transmettre à chacun de ses membres Travailleurs Non Salariés adhérent au présent contrat, pour qu'il l'annexe à son certificat d'adhésion et à la notice d'information, ou qu'il dénonce son adhésion conformément à l'article 12.

Si l'APGME n'accepte pas les modifications susvisées, elle a la faculté de résilier le présent contrat à effet immédiat par lettre recommandée avec accusé de réception.

Le non accomplissement de cette formalité dans les quinze jours suivant l'envoi de la lettre-avenant rend les modifications applicables de plein droit à la date d'effet figurant sur celle-ci.

### ARTICLE 5 ADHÉSION AU CONTRAT

#### Conditions d'adhésion

Seuls les Travailleurs Non Salariés non agricoles (TNS), membres adhérents de l'APGME peuvent adhérer au présent contrat.

Ils doivent :

- être âgés d'au moins 18 ans et de moins de 60 ans à l'adhésion ;
- avoir leur résidence principale en France Métropolitaine ;
- avoir une profession non expressément exclue des catégories professionnelles assurables définies à l'article 7 ;
- et l'exercer en France Métropolitaine.

#### Formalités d'adhésion

Le TNS qui désire s'assurer doit remplir :

- une demande individuelle d'adhésion ;
- un questionnaire médical confidentiel ;
- fournir un relevé d'identité bancaire (R.I.B.) ou postal et une autorisation de prélèvement pour le paiement des cotisations.

L'Assureur se réserve le droit de lui demander de passer une visite médicale, ou tout autre examen qu'il jugerait nécessaire, et de fournir toutes précisions ou compléments d'informations permettant d'apprécier les risques. Les frais sont pris en charge par l'Assureur.

#### Loi « Madelin »

**Si le TNS adopte une ou plusieurs garanties optionnelles et souhaite bénéficier du cadre de la loi « Madelin », il doit également joindre à sa demande d'adhésion une attestation de paiement de ses cotisations aux régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse.**

L'adhésion au contrat est constituée :

- du certificat d'adhésion qui matérialise l'acceptation de la Mutuelle et qui précise notamment : le numéro d'adhésion, l'identité de l'adhérent assuré, la ou (les) garantie(s) adoptée(s), la base des garanties, leur date d'effet, le montant et la date d'exigibilité des cotisations.

**Toutes restrictions des garanties sera expressément mentionnées sur le certificat d'adhésion et devra être formellement acceptées par l'Adhérent, qui devra à cet effet contresigner le certificat d'adhésion.**

- des conditions générales valant notice d'information remise à l'adhérent lors de la demande individuelle d'adhésion ;
- des statuts de l'APGME et de la Mutuelle.

#### Date d'effet - durée - renouvellement de l'adhésion

La date d'effet retenue, après acceptation de la Mutuelle, est fixée au jour figurant sur le certificat d'adhésion. L'adhésion au présent contrat est effective à compter de cette date sous réserve de l'encaissement de la première cotisation.

En cas de défaut de paiement de tout ou partie de la cotisation, la date de prise d'effet des garanties est reportée à la date effective du paiement de la totalité de celle-ci.

L'adhésion au contrat est conclue pour une durée allant de la date d'effet définie ci-dessus jusqu'au 31 décembre suivant. Elle est reconduite ensuite pour un an, par tacite reconduction au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, sauf résiliation dans le cadre et les limites de l'article 12.

#### Modification de l'adhésion.

En cours d'adhésion, toute modification fera l'objet d'un avenant concrétisé par l'envoi d'un nouveau certificat d'adhésion.

En toute hypothèse, cette adhésion ne deviendra effective qu'à compter de la date d'effet figurant sur ce certificat et sous réserve, s'il y a lieu, de l'encaissement du complément de la cotisation qui en résulte.

#### ARTICLE 6 RENONCIATION

Conformément à l'Article L.223-8 du Code de la Mutualité, l'adhérent peut renoncer à son adhésion pendant les 30 jours qui suivent la date du premier versement.

**Pour ce faire, il doit envoyer au siège social de Mornay Mutuelle, BP 419 - 07504 Guilherand Granges cedex, ou du gestionnaire délégué une lettre recommandée avec avis de réception selon le modèle proposé ci-dessous.**

Modèle : « Je soussigné(e) (nom et prénom), né(e) le....., demeurant..... déclare renoncer expressément à la souscription du contrat d'assurance pour lequel j'ai versé ..... € en date du ..... entre les mains de M....., et demande le remboursement des sommes versées.

Fait à....., le..... et signature ».

**Les sommes versées à l'adhésion sont alors intégralement restituées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de cette lettre.**

#### ARTICLE 7 CATÉGORIES PROFESSIONNELLES - PROFESSIONS EXCLUES

##### Catégories Professionnelles (CP) :

- **CP 1** : Professions libérales, hors agents commerciaux, dont la profession nécessite une certaine expertise. Professions médicales.  
Notamment : architecte, avocat, chirurgien, comptable, ingénieur conseil, médecin, notaire, pharmacien.
- **CP 2** : Artisans, commerçants dont la profession comporte peu ou pas de travail manuel, ou un travail manuel peu dangereux. Agents commerciaux. Professions paramédicales.  
Notamment : assistante maternelle, bijoutier, coiffeur, débitant de tabac, fleuriste, hôtelier, infirmier, libraire, patron de café, restaurateur, sage-femme.
- **CP 3** : Artisans, commerçants dont la profession comporte un travail manuel important et/ou une manipulation de marchandises lourdes ou dangereuses.  
Notamment : boucher, charcutier, chauffeur, électricien, entrepreneur du bâtiment, maçon, mécanicien, menuisier, plombier, paysagiste.

##### Professions exclues du bénéfice du présent Contrat :

**Agent de sécurité, bûcheron, commerçant d'armes, débardeur, démineur, exploitant de carrières, exploitant forestier, ferrailleur, intermittent du spectacle, marin pêcheur, pompier, professeur de sport, professionnel du cirque, saisonnier (camping, ...), scaphandrier, sportif professionnel.**

#### ARTICLE 8 INFORMATIONS

##### Changement dans la situation des bénéficiaires

L'Adhérent doit informer par lettre recommandée l'Assureur de tout changement le concernant ou concernant les autres bénéficiaires dans le mois suivant ce changement.

Il en est ainsi, notamment, en cas de changement :

- de nom,
- de profession,

- de statut professionnel,
- de situation matrimoniale,
- de situation familiale,
- de régime d'assurance maladie obligatoire,
- d'adresse (par défaut les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets),

Ces modifications sont prises en compte au jour de la réception de la demande ou à une date ultérieure choisie par l'Adhérent, dès lors que celle-ci est compatible avec les dispositions du Contrat, et sous réserve de l'acceptation expresse de l'Assureur.

#### Loi « Madelin »

**Si le TNS a adopté une ou plusieurs garanties optionnelles et souhaite bénéficier du cadre de la loi « Madelin », il doit également joindre, chaque année à la Mutuelle l'attestation de paiement de ses cotisations aux régimes obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse.**

### ARTICLE 9 COTISATIONS

Le certificat d'adhésion fixe la cotisation due par l'Adhérent ; elle est calculée selon les éléments suivants :

- âge atteint par l'adhérent au début de chaque échéance annuelle,
- niveau de garantie souscrit,
- catégorie professionnelle.

L'âge est calculé par différence de millésimes entre l'année en cours et l'année de naissance.

#### Modification du niveau de garantie choisi.

Les cotisations sont payables d'avance par prélèvement automatique mensuel, trimestriel ou semestriel, le 10 du mois d'échéance de la cotisation.

La première est déterminée prorata temporis de la période d'adhésion.

#### Révision des cotisations

- Sur décision de l'Assureur

En plus de la révision de cotisation liée à l'âge de l'adhérent, s'ajoute l'augmentation, observée ou prévisible, due à l'aggravation de la sinistralité globale enregistrée au titre du présent contrat ou à une modification des conditions d'attribution des prestations du Régime Obligatoire.

Les révisions de cotisations ont lieu chaque année au 1<sup>er</sup> janvier ou, éventuellement, en cours

d'année si la participation à la charge des bénéficiaires venait à être augmentée par une modification du Régime Obligatoire (la nouvelle cotisation prendra effet à la date d'effet de ladite modification).

En outre, la cotisation sera révisée à la date de changement de fonction de l'Adhérent entraînant un changement de catégorie professionnelle.

Au cas où l'Adhérent ne souhaiterait pas accepter cette augmentation, il pourra résilier son adhésion dans les conditions de l'Article 12.

- En cas de modification de l'adhésion du fait de l'adhérent

Pour toute modification de la base des garanties (BDG), par l'adhérent, il sera tenu compte pour le calcul de la cotisation, de l'âge de l'adhérent à la date de prise d'effet de cette modification.

#### Non paiement des cotisations

Lorsqu'une cotisation ou une fraction de cotisation n'est pas payée dans les 10 jours de son échéance, la mutuelle adresse à l'adhérent une lettre recommandée par laquelle elle l'informe qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation ou de la fraction de cotisation échues ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance, au cours dudit délai, entraîne la résiliation de l'adhésion.

### ARTICLE 10 EXONÉRATION DES COTISATIONS

Lorsque l'Assuré a adhéré aux deux garanties optionnelles définies aux articles 22 et 23, il bénéficie après une période de 90 jours continus à compter du fait générateur du sinistre ouvrant droit au bénéfice des prestations garanties — incapacité ou invalidité si celle-ci n'a pas été précédée d'une période d'incapacité — à l'exonération du paiement des cotisations afférentes aux garanties décès, incapacité et invalidité auxquelles il a adhéré.

Cette exonération est :

- totale s'il ne perçoit aucune rémunération au titre d'une quelconque activité professionnelle,
- ou proportionnelle aux rémunérations effectivement perçues du fait de la poursuite d'une activité professionnelle.

Les garanties incapacité temporaire de travail et invalidité ainsi que les garanties décès sont maintenues à l'assuré, sur la base des garanties en vigueur à la date de son arrêt de travail ou de

son classement en invalidité, si celui-ci n'a pas été précédé d'une période d'incapacité.

L'exonération de cotisation et le maintien des garanties cessent dans les cas de cessation des prestations prévus aux articles 22 et 23.

#### **ARTICLE 11** **CESSATION DES GARANTIES**

Les garanties cessent à la date de résiliation de l'adhésion, conformément aux dispositions de l'article 12, sous réserve des dispositions de l'article 10 relatives à l'exonération des cotisations et de l'article 18 concernant la garantie double effet.

#### **ARTICLE 12** **RÉSILIATION DE L'ADHÉSION**

La résiliation de l'adhésion intervient :

- **à l'initiative de l'adhérent**
  - au 31 décembre de l'année civile en cours, sous réserve qu'il en informe la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé réception, adressée au moins deux mois avant cette date,
  - à la date d'effet de la modification du présent contrat, conformément aux articles 4 et 8, sous réserve qu'il en informe la Mutuelle par lettre recommandée avec accusé réception dans un délai de 30 jours à compter, respectivement, de la remise de la notice lui notifiant ces modifications ou de l'envoi de l'avenant notifiant l'augmentation tarifaire (cachet de la poste faisant foi).
- **de plein droit :**
  - à la date à laquelle l'adhérent cesse de remplir les conditions définies à l'article 5 à savoir lorsqu'il :
    - perd la qualité d'adhérent à l'APGME,
    - cesse d'être Travailleur non Salarié non agricole,
    - cesse d'exercer une activité professionnelle relevant de l'une des catégories professionnelles assurables définies à l'article 7,
    - cesse de relever d'un régime obligatoire d'assurance maladie français,
    - cesse de résider en France Métropolitaine,
    - n'exerce plus son activité professionnelle en France Métropolitaine,
  - à la date à laquelle il liquide sa retraite du régime d'assurance vieillesse obligatoire,

- au jour de son décès ou à la date de versement de son capital Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA).

- au plus tard à son 65<sup>e</sup> anniversaire.

- **à l'initiative de l'Assureur**

- au 31 décembre de l'année civile en cours, sous réserve qu'il en informe l'adhérent par lettre recommandée avec accusé réception adressée au moins deux mois avant cette date.

**Toutefois, conformément à l'article 6 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « loi Evin », après l'expiration d'un délai de 2 ans suivant l'adhésion aux garanties optionnelles incapacité et invalidité définies respectivement aux articles 22 et 23, la Mutuelle ne pourra résilier cette adhésion tant que l'assuré n'a pas atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse, sous réserve du paiement des cotisations et des sanctions pour fausse déclaration.**

- en cas de non paiement des cotisations : 40 jours après l'envoi par la Mutuelle d'une lettre recommandée restée sans effet conformément aux dispositions de l'article 9.
- en cas de fausse déclaration intentionnelle conformément à l'article L.221-14 du Code de la Mutualité.
- en cas de résiliation du contrat dans les conditions prévues à l'article 1.

La résiliation de l'adhésion pour non paiement des cotisations ou fausse déclaration est définitive. Elle rend impossible toute nouvelle adhésion de l'Assuré.

#### **ARTICLE 13** **RISQUES EXCLUS**

##### **1- Risque exclu des garanties décès, PTIA, rente de conjoint et rente d'éducation :**

- le suicide pendant la première année suivant la date d'adhésion.

##### **2- Risques exclus des garanties Incapacité Temporaire Totale et Invalidité Permanente :**

- les conséquences des arrêts liés à des maladies mentales ou affections psychiques ne donnant pas lieu à hospitalisation de plus de 7 jours,
- les conséquences des arrêts dus à des patho-

logies rachidiennes qui ne sont pas en rapport avec une fracture, une tumeur, et non accompagnées de signes neurologiques objectifs. Ces pathologies ne peuvent pas être considérées comme fait générateur des garanties accidentelles,

- les conséquences des arrêts liés à l'état de grossesse (y compris grossesses pathologiques) pendant la période des congés légaux pré et post natals, fixés à 6 semaines avant l'accouchement, présumé et 10 semaines après celui-ci.

### 3. Risques exclus de l'ensemble des garanties :

- les conséquences, récidives, suites ou rechutes de maladies ou accidents survenus antérieurement à l'adhésion et non déclarés ;
- les conséquences du fait intentionnel de l'assuré ou du bénéficiaire ;
- les conséquences de mutilations volontaires et de tentatives de suicide ;
- les conséquences de l'ivresse de l'assuré (taux d'alcool dans le sang égal ou supérieur au taux maximum légal au jour du sinistre) et de l'usage de drogues, de stupéfiants ou tranquillisants non prescrits médicalement ;
- les conséquences de la participation en tant que concurrent ou passager à des démonstrations, défis, paris, courses, essais préparatoires, raids, acrobaties, exhibitions, compétitions, tentatives de record nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur ;
- les conséquences de la pratique des sports aériens, automobiles et motocyclistes à titre amateur ou professionnel et de tous les autres sports, à titre professionnel, sauf si la mention en est faite au certificat d'adhésion ;
- les conséquences de la navigation aérienne lorsque l'assuré se trouvait à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote ne possédant pas un brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence périmée, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même ;
- les conséquences de tremblements de terre, éruptions volcaniques, inondations ou autres cataclysmes ;
- les conséquences de la manipulation volontaire d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite ;
- les conséquences de tout phénomène de radioactivité ;

- les conséquences occasionnées par des faits de guerre civile ou étrangère, d'émeute, de rixe, d'acte de terrorisme dans lesquels l'assuré a pris une part active, étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis.

## ARTICLE 14

### DÉCLARATION DU SINISTRE ET DÉCHÉANCE

#### 1. Déclaration du sinistre

##### *Décès*

Le décès de l'adhérent doit être notifié à l'Assureur par écrit dans les 180 jours qui suivent sa survenance.

##### *Perte totale et irréversible d'autonomie*

Tout accident ou maladie pouvant entraîner une perte totale et irréversible d'autonomie doit être notifié à l'Assureur, par écrit, dans les 180 jours qui suivent la survenance, sauf cas de force majeure.

##### *Incapacité de travail*

La déclaration devra être faite à l'Assureur à l'issue de la période de franchise et au plus tard dans les 90 jours qui suivent la fin de ladite période ; à défaut, la franchise sera décomptée à partir du jour de la réception du dossier par l'Assureur.

##### *Invalidité*

La déclaration devra être faite à l'Assureur, au plus tard, dans les 90 jours qui suivent la survenance de l'Invalidité Permanente. À défaut, la prise en charge éventuelle ne pourra être antérieure à la date de réception du dossier par l'Assureur.

#### 2. Déchéance

**Le bénéficiaire de la garantie décès qui a été condamné pour avoir volontairement donné la mort à l'assuré est déchu du bénéfice des garanties, celles-ci produisant leurs effets au profit des autres bénéficiaires.**

## ARTICLE 15

### PRESCRIPTION

Selon les termes des articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la Mutualité, toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans, à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai de prescription ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive

ou inexacte sur le risque encouru, 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.

Ce délai est portée à dix ans lorsque le bénéficiaire n'est pas l'Assuré.

## ARTICLE 16

### TRAITEMENT DES CONTESTATIONS

L'Assuré qui conteste la décision de l'Assureur doit lui faire parvenir un certificat médical justifiant sa réclamation, ainsi qu'une lettre demandant expressément la révision de son dossier.

Après examen de la demande par le Service Médical de l'Assureur, celui-ci et le médecin de l'Assuré doivent désigner un troisième médecin, choisi parmi les médecins exerçant la médecine d'assurance ou experts auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen.

Après les conclusions de ce troisième médecin, le recours judiciaire peut être exercé. Les conclusions de ce dernier resteront applicables jusqu'à la décision judiciaire définitive.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du troisième médecin sont à la charge de la partie perdante, l'Assuré en faisant l'avance.

Cette procédure n'est pas appliquée si le médecin de l'Assuré et le Service Médical de l'Assureur peuvent signer un procès verbal d'accord sur l'évaluation de l'état de santé de l'Assuré.

En cas d'accident ou de maladie atteignant l'assuré hors de France, celui-ci est tenu de faire éléction de domicile en France pour toute contestation d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un sinistre.

**L'Assuré s'engage à ne pas opposer le secret médical à l'égard du Service Médical de l'Assureur.**

## ARTICLE 17

### DÉCÈS OU PERTE TOTALE OU IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE DE L'ADHÉRENT

**Garantie obligatoire pour toute adhésion.**

#### 1. Objet de la garantie

En cas de décès ou de Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) de l'adhérent, l'Assureur paie un capital déterminé en pourcentage de la base des garanties en vigueur à la date du décès.

## 2. Montant de la prestation

Célibataire, veuf, divorcé, séparé	150 %
Marié, concubin, partenaire lié par un pacte civil de solidarité, sans enfant à charge	200 %
Célibataire, veuf, divorcé, séparé, marié, concubin, partenaire lié par un pacte civil de solidarité, avec un enfant à charge	250 %
Majoration par enfant à charge supplémentaire	50 %

Sont considérés comme à charge pour le calcul de la prestation les enfants répondant, au jour du décès ou de la PTIA, à la définition de l'article 2.

#### Majoration en cas d'accident

Si le décès ou la Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) de l'adhérent résulte d'un accident, et qu'il (ou elle) survient dans un délai d'un an à partir du jour de l'accident, le capital dû au titre du décès ou de la Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) est doublé.

**La preuve de l'accident incombe au bénéficiaire de la prestation.**

## 3. Bénéficiaire(s) de la prestation

- En cas de décès :
  - à défaut de désignation particulière faite par l'adhérent, le capital — majoré s'il y a lieu pour enfant(s) à charge — est payé au conjoint, à défaut aux enfants (vivants ou représentés) par parts égales, à défaut aux héritiers sous couvert du notaire chargé de la succession de l'assuré.
- en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) :
  - l'adhérent pourra demander à ce que son capital décès, majoré s'il y a lieu pour enfant(s) à charge, lui soit versé par anticipation.
  - Dans ce cas, son décès ne donnera pas lieu au versement d'un nouveau capital.

## 4. Cessation de la garantie

Le capital décès n'est pas dû en cas de décès de l'adhérent :

- après la résiliation de son adhésion, sous réserve des dispositions de l'article 10 selon lesquelles la garantie en cas de décès est maintenue à l'adhérent qui perçoit des prestations d'incapacité ou d'invalidité au titre du présent contrat,

- et en toute hypothèse après son 65<sup>e</sup> anniversaire.

Le doublement du capital en cas de décès accidentel n'est pas dû en cas de décès de l'adhérent après :

- la résiliation de son adhésion.
- et en toute hypothèse après son 65<sup>e</sup> anniversaire.

Le capital décès versé par anticipation en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) n'est pas dû si sa consolidation survient après le 60<sup>e</sup> anniversaire ou après la résiliation d'adhésion de l'adhérent, même si l'accident ou la maladie qui en est la cause est antérieure.

Le doublement du capital en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) accidentelle n'est pas dû si sa consolidation survient après le 60<sup>e</sup> anniversaire de l'adhérent ou après la résiliation de son adhésion.

Le versement du capital décès par anticipation en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie met fin à toute garantie décès de l'Assuré.

## **ARTICLE 18** **DÉCÈS OU PTIA SIMULTANÉ OU POSTÉRIEUR** **DU CONJOINT - (GARANTIE DOUBLE EFFET)**

### **Garantie obligatoire pour toute adhésion.**

#### **1. Objet de la garantie**

En cas de décès ou de Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) du conjoint de l'adhérent, après le décès ou la consolidation de la Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) de l'adhérent, l'Assureur paie un capital déterminé en pourcentage de la base des garanties en vigueur à la date du décès.

#### **2. Montant de la prestation**

Le montant du capital est égal à 100 % du capital prévu en cas de décès non accidenté de l'Adhérent.

En cas de décès simultané de l'adhérent et de son conjoint résultant d'un même accident, le conjoint est réputé être décédé postérieurement à l'assuré.

#### **3. Bénéficiaire(s) de la prestation**

Le capital décès est versé par parts égales aux enfants du conjoint sous réserve, qu'au jour du décès ou de la PTIA de l'adhérent ils étaient à la charge fiscale de ce dernier et qu'ils répondaient à l'une des conditions suivantes :

- être âgés de moins de 18 ans (y compris les

enfants nés viables moins de 300 jours après le décès),

- être âgés de 18 ans et plus mais de moins de 25 ans à condition que, n'ayant pas de revenu distinct de ceux qui servent de base à l'imposition du conjoint de l'adhérent :
  - ils poursuivent des études secondaires ou supérieures,
  - ils bénéficient des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi 75-534 du 30 juin 1975.

En cas de Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), le conjoint pourra demander à ce que son capital décès, lui soit versé par anticipation. Dans ce cas, son décès ne donnera pas lieu au versement d'un nouveau capital.

### **4. Cessation de la garantie**

Ce capital n'est pas dû :

- si le conjoint décède ou est en Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) après son 65<sup>e</sup> anniversaire ou plus d'un an après le décès ou la consolidation de la PTIA de l'adhérent,
- si le conjoint s'est (re)marié ou (re) passé depuis le décès de l'Adhérent ou la consolidation de la Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) de l'Adhérent,

En outre, le versement du capital décès du conjoint par anticipation en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie met fin à la garantie décès. En conséquence, le décès du conjoint n'entraînera pas le versement d'un nouveau capital.

## **ARTICLE 19** **RENTE VIAGÈRE DE CONJOINT SURVIVANT**

**Garantie optionnelle qui ne peut être souscrite qu'à l'adhésion, ou dans les deux mois qui suivent le mariage de l'adhérent ou la conclusion d'un PACS par ce dernier.**

### **1. Objet de la garantie - montant de la prestation**

En cas de décès de l'adhérent, l'Assureur verse au conjoint survivant une rente viagère dont le montant annuel est égal à 10 % de la base des garanties (BDG) définie à l'article 2 en vigueur à la date du décès.

### **2. Paiement de la rente**

La rente est payable par trimestre échu. Le premier versement a lieu le dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'assuré est décédé.

Le montant du premier paiement est calculé pro-rata temporis entre la date du décès de l'assuré

et le dernier jour du trimestre civil au cours duquel le sinistre s'est réalisé.

Le dernier versement a lieu à la date de cessation de la garantie et des prestations prévues ci-après.

### 3. Cessation de la garantie et des prestations

La rente cesse d'être due le dernier jour du trimestre civil qui précède :

- le décès du conjoint survivant,
- la date de son (re)mariage ou de son (nouveau) PACS.

## ARTICLE 20

### RENTE TEMPORAIRE DE CONJOINT SURVIVANT

**Garantie optionnelle qui ne peut être souscrite :**

- **qu'à l'adhésion ou dans les deux mois qui suivent le mariage de l'adhérent ou la conclusion d'un PACS par ce dernier,**
- **et obligatoirement en complément de l'option Rente Viagère de Conjoint Survivant » visée à l'Article 19.**

#### 1. Objet de la garantie

En cas de décès de l'adhérent, l'Assureur verse au conjoint survivant une rente temporaire dont le montant annuel est égal à 10 % de la base des garanties (BDG) définie à l'article 2 en vigueur à la date du décès.

#### 2. Paiement de la rente

La rente est payable par trimestre échu. Le premier versement a lieu le dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'assuré est décédé.

Le montant du premier paiement est calculé prorata temporis entre la date du décès de l'assuré et le dernier jour du trimestre civil au cours duquel le sinistre s'est réalisé.

Le dernier versement a lieu à la date de cessation de la garantie et des prestations prévues ci-après.

### 3. Cessation de la garantie et des prestations

La rente cesse d'être due le dernier jour du trimestre civil qui précède :

- le décès du conjoint survivant,
- la date à laquelle le conjoint survivant bénéficie de la pension de réversion de l'adhérent décédé),
- la date de son (re)mariage ou de son (nouveau) PACS.

ou

- au plus tard, au 65<sup>e</sup> anniversaire du conjoint survivant.

## ARTICLE 21

### RENTE D'ÉDUCATION

**Garantie optionnelle qui ne peut être souscrite qu'à l'adhésion ou dans les deux mois qui suivent la naissance ou l'adoption d'un enfant par l'adhérent.**

#### 1. Objet de la garantie

En cas de décès de l'adhérent, l'Assureur verse une rente d'éducation à chaque enfant à charge de l'adhérent au jour de son décès tel que défini à l'article 2, ou à son tuteur légal s'il est mineur.

#### 2. Montant de la prestation

Le montant annuel de la rente est fixé à 12 % de la base des garanties (BDG) défini à l'article 2 en vigueur à la date du décès.

L'âge de l'enfant est celui au cours de la période indemnisée.

#### 3. Paiement de la rente

La rente est payable par trimestre échu. Le premier versement a lieu le dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'adhérent est décédé.

Le montant du premier paiement est calculé, prorata temporis entre la date du décès de l'adhérent et le dernier jour du trimestre civil au cours duquel le sinistre s'est réalisé.

Lorsque le montant de la rente est modifié en cours de trimestre, il en est tenu compte, prorata temporis, à l'échéance trimestrielle suivante.

Le dernier versement a lieu à la date de cessation de la garantie et des prestations prévues ci-après.

### 4. Cessation de la garantie et des prestations

**La rente cesse d'être due le dernier jour du trimestre civil au cours duquel l'enfant :**

- atteint son 18<sup>e</sup> anniversaire, ou son 25<sup>e</sup> anniversaire si l'enfant poursuit ses études ou s'il est atteint d'un handicap,
- cesse ses études.

## ARTICLE 22

### INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE

**Garantie optionnelle qui ne peut être souscrite qu'à l'adhésion et obligatoirement conjointement à la garantie Invalidité Permanente, visée à l'Article 23.**

#### 1. Objet et montant de la garantie

En cas d'incapacité temporaire totale de l'adhérent, l'Assureur lui paie une indemnité journalière.

lière égale à 75 % de la 365<sup>e</sup> partie de la base des garanties (BDG) définie à l'article 2 en vigueur à la date de survenance de l'Incapacité Temporaire Totale.

En cas de complications pathologiques à l'occasion d'une maternité, l'indemnité journalière n'est pas due pendant la période des congés légaux pré et post natus, fixés à 6 semaines avant l'accouchement présumé et 10 semaines après celui-ci.

L'Assureur se réserve le droit de faire procéder à tout contrôle de l'état de santé de l'adhérent par un médecin expert qu'il aura choisi.

## 2. Franchise

L'indemnité journalière est payable à l'expiration d'un délai de franchise de :

- 90 jours d'arrêt de travail continu, en cas de maladie mentale ou affection psychique,
- 30 jours d'arrêt de travail continu, en cas de maladie (hors maladies mentales ou affections psychiques),
- 3 jours en cas d'accident ou d'hospitalisation supérieure à 24 heures.

La franchise est absolue, autrement dit, aucune indemnité n'est due pendant la période de franchise.

Il est précisé que, pour l'adhérent qui a commencé à bénéficier du paiement des indemnités journalières, une reprise du travail inférieure à 60 jours n'entraîne qu'une suspension du paiement, sans application d'un nouveau délai de franchise.

Par contre, en cas de nouvel arrêt après une reprise de travail d'une durée égale ou supérieure à 60 jours, le délai de franchise sera de nouveau appliqué.

## 3. Délais de carence

Les délais de carence de cette garantie sont :

- 0 jours en cas d'accident ou maladies infectieuses ou aiguës (si la 1<sup>ère</sup> manifestation est constatée médicalement postérieurement à l'adhésion),
- 18 mois pour les maladies mentales ou affections psychiques,
- 3 mois pour les maladies autres que celles citées aux 2 points précédents,
- 12 mois pour les grossesses (y compris pathologiques). Le point de départ du délai de

carence est la date de début de grossesse mentionnée par la Sécurité sociale.

Ces délais de carence sont abrogés si l'adhérent justifie qu'il bénéficiait, à la veille de la date d'effet de son adhésion au présent contrat, d'un contrat couvrant le risque d'Incapacité Temporaire Totale. Cette abrogation ne porte, cependant, que sur le niveau d'indemnisation prévu contractuellement dans le précédent contrat.

## 4. Prolongation - reprise d'activité

Par ailleurs, toute prolongation d'arrêt de travail accordée par le médecin traitant devra être signalée dans un délai de 30 jours. À défaut, l'Assuré sera considéré comme guéri à l'expiration du délai prévu dans le certificat précédemment remis.

L'assuré doit informer l'Assureur de toute reprise d'activité professionnelle. En cas de reprise partielle d'activité, et après une période d'indemnisation, le versement de l'indemnité pourra être prolongé, sur une durée maximale de 6 mois, à hauteur de 50 % de l'indemnité prévue. Cependant, la somme de l'indemnisation versée par l'Assureur et des revenus de son activité ne pourra pas être supérieure à l'indemnisation versée par l'Assureur avant la reprise partielle d'activité.

## 5. Règlement

Les indemnités journalières sont versées par mois civil échu. Lorsque l'indemnité cesse d'être due en cours de mois, un prorata est immédiatement payé.

La durée maximale d'indemnisation pour maladies mentales ou affections psychiques, est limitée à 18 mois sur toute la durée du contrat de l'adhérent, au titre de la présente garantie Incapacité Temporaire Totale et de la garantie Invalidité Permanente.

**Aucune indemnité n'est versée en cas d'incapacité temporaire partielle qui n'a pas donné lieu préalablement au versement d'une indemnité au titre de la présente garantie.**

## 6. Contrôle médical

L'Assureur se réserve le droit de faire procéder à tout contrôle de l'état de santé de l'adhérent par un médecin expert qu'il aura choisi.

## 7. Cessation des prestations

La rente cesse d'être due :

- à la date de reprise par l'adhérent d'une activité professionnelle sous réserve des dispositions prévues au paragraphe 4°) ci-dessus,

- à la date du décès de l'adhérent,
- au plus tard au 1095<sup>e</sup> jour d'arrêt de travail.
- à l'expiration d'un délai de 18 mois d'indemnisation, au titre de la présente garantie Incapacité Temporaire Totale, et de la garantie Invalidité Permanente, sur toute la durée de l'adhésion en cas de maladie mentale ou une affection psychique,
- au plus tard, au 65<sup>e</sup> anniversaire de l'adhérent,
- à la date à laquelle l'adhérent peut prétendre au paiement d'une rente d'invalidité au titre de la garantie prévue à l'article 23.

## ARTICLE 23 INVALIDITÉ PERMANENTE

**Garantie optionnelle qui ne peut être souscrite qu'à l'adhésion et obligatoirement conjointement à la garantie Incapacité Temporaire Totale, visée à l'Article 22.**

### 1. Objet et montant de la garantie

En cas d'invalidité permanente de l'adhérent, l'Assureur lui paie une rente dont le montant annuel est déterminé comme suit, en pourcentage de la base des garanties en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice :

- si le taux d'invalidité est inférieur à 33 % : 0 %,
- si le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 33 % et inférieur à 66 % (invalidité permanente partielle) : 75 %,
- si le taux d'invalidité est supérieur ou égal à 66 % (invalidité permanente totale) : 100 %.

L'état et le taux d'invalidité sont déterminés par expertise du Service Médical de l'Assureur en fonction du « barème d'évaluation médico-légal » de la Société de Médecine Légale et de Criminologie de France et de l'Association des Médecins Experts en Dommage Corporel.

Cependant, il est admis que les pathologies suivantes donnent lieu à un taux d'invalidité de 100 % :

- Hémiplégie, paraplégie, tétraplégie complètes,
- Cécité,
- Surdité totale bilatérale inappareillable,
- Perte complète de l'usage d'un membre,
- Amputation d'un membre supérieur au poignet ou au dessus,
- Amputation d'un membre inférieur au genou ou au dessus,
- Insuffisance cardiorespiratoire classe fonctionnelle III ou IV du NYHA,

- Hémodialyse.

### 2. Délais de carence

Les délais de carence de cette garantie sont :

- 0 jours en cas d'accident ou maladies infectieuses ou aiguës (si la 1<sup>ère</sup> manifestation est constatée médicalement postérieurement à l'adhésion),
- 18 mois pour les maladies mentales ou affections psychiques,
- 3 mois pour les maladies autres que celles citées aux 2 points précédents,
- 12 mois pour les grossesses (y compris pathologiques). Le point de départ du délai de carence est la date de début de grossesse mentionnée par la Sécurité Sociale.

Ces délais de carence sont abrogés si l'adhérent justifie qu'il bénéficiait à la veille de la date d'effet de son adhésion au présent contrat, d'un contrat couvrant le risque d'Invalidité Permanente. Cette abrogation ne porte cependant que sur le niveau d'indemnisation prévu contractuellement dans le précédent contrat.

### 3. Reprise d'activité

L'assuré doit informer l'Assureur de toute reprise d'activité professionnelle. En cas de reprise d'activité, le versement de la rente sera maintenue sans, toutefois, que la somme de l'indemnisation versée par l'Assureur et des revenus de son activité ne puisse être supérieure à l'indemnisation versée par l'Assureur avant la reprise d'activité.

L'adhérent, qui reprendrait ainsi une activité, professionnelle pourra, en cas de maladie ou d'accident ouvrant droit au bénéfice de la garantie Incapacité temporaire totale de l'article 22, cumuler les prestations incapacité et invalidité.

Cependant, en aucun cas, le cumul de ces prestations ne pourra être supérieur à celle versée par l'Assureur avant la reprise d'activité. Le montant de l'indemnité journalière sera dans cette hypothèse réduit à due concurrence.

### 4. Règlement

La rente est payable par trimestre échu, pendant toute la durée de l'invalidité permanente partielle ou totale.

Toutefois, la durée maximale d'indemnisation pour maladies mentales ou affections psychiques, est **limitée à 18 mois** sur toute la durée du contrat de l'adhérent, au titre de la présente garantie

Invalidité Permanente et de la garantie Incapacité Temporaire Totale.

Lorsque le montant de la rente est modifié en cours de trimestre, il en est tenu compte, prorata temporis, à l'échéance trimestrielle suivante. Lorsque la rente cesse d'être due en cours de trimestre, un prorata est immédiatement payé.

### 5. Contrôle médical

L'Assureur se réserve le droit de faire procéder à tout contrôle de l'état de santé de l'adhérent par un médecin expert qu'il aura choisi.

### 6. Cessation des prestations

La rente cesse d'être due :

- à la date de reprise par l'adhérent d'une activité professionnelle sous réserve des dispositions prévues au paragraphe 3°) ci-dessus,
- à la date du décès de l'adhérent,
- à l'expiration d'un délai de 18 mois d'indemnisation au titre de la présente garantie Invalidité Permanente et de la garantie Incapacité Temporaire Totale sur toute la durée de l'adhésion en cas de maladie mentale ou une affection psychique,
- si le taux d'invalidité devient inférieur à 33 %,
- en cas de liquidation de la pension de vieillesse,
- au plus tard au 65<sup>e</sup> anniversaire de l'adhérent.

## ARTICLE 24

### REVALORISATION DES PRESTATIONS

Les prestations en cas d'arrêt de travail, de rente d'éducation et de rente de conjoint survivant servies depuis plus d'un an, sont revalorisées chaque année le 1<sup>er</sup> juillet en fonction de l'évolution de l'indice des prix à la consommation, hors tabac, et dans la limite des disponibilités du compte de résultats.

## ARTICLE 25

### FORMALITÉS EN CAS DE SINISTRES

La déclaration faite à l'Assureur devra être accompagnée des pièces suivantes :

#### 1. En cas de décès

- original du certificat d'adhésion et des avenants,
- acte de décès,
- certificat médical précisant la cause du décès,
- photocopie de chaque page du livret de famille avec attestation sur l'honneur de sa validité,

- en cas de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), un certificat médical détaillé (description, date des premiers symptômes, conséquences probables ...),
- procès-verbal de l'accident le cas échéant,
- attestation sur l'honneur de non séparation du conjoint,
- copie de l'attestation d'inscription au registre du greffe du tribunal d'instance du domicile de l'assuré en cas de Pacte Civil de Solidarité,
- pièces justificatives de la qualité des personnes susceptibles d'être prises en considération pour le calcul du capital (avis d'imposition de l'année précédant celle du décès et déclaration fiscale de l'année du décès, certificat de scolarité, copie de la carte d'étudiant, copie de la carte d'invalidité et de l'attestation de paiement de l'allocation pour personne handicapée, ...),
- copie des avis d'imposition des 2 années antérieures au sinistre,
- si l'adhérent était célibataire, veuf, séparé ou divorcé : un acte de notoriété,
- si le bénéficiaire est un enfant mineur, la photocopie de l'ordonnance désignant l'administrateur légal de ses biens.

#### 2. Rente de conjoint

##### Pièces supplémentaires

- photocopie d'une pièce d'identité (carte d'identité, passeport ...),
- acte de naissance du conjoint survivant comportant les mentions marginales.

#### 3. Incapacité de travail - Invalidité

- certificat médical du médecin traitant de l'Assuré indiquant les dates, cause et durée de l'incapacité de travail,
- original du certificat d'adhésion et des avenants,
- copie des avis d'imposition des 2 années antérieures au sinistre,
- certificat médical du médecin traitant de l'Assuré indiquant la cause et l'importance de l'invalidité reconnue ainsi que la date à partir de laquelle cette invalidité peut être considérée comme permanente et totale,

et s'il y a lieu :

- décomptes de règlement d'indemnités journalières de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme assimilé.

- notification d'attribution de la pension d'Invalité Permanente Totale et les décomptes de règlement de la pension ou de la rente servie par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme assimilé.

Cette liste de pièces pour l'ensemble des garanties est non exhaustive et l'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce qu'il estimerait nécessaire à l'instruction du dossier.

## **ARTICLE 26** **INFORMATIQUE ET LIBERTÉ**

Pour la constitution de leurs fichiers, chacune des Parties s'engage à respecter les dispositions de la loi du 6 janvier 1978 « informatique et libertés » et déclare qu'elle a dûment procédé à la déclaration de traitement auprès de la CNIL.

Conformément à la loi, l'Adhérent, ses enfants à charge, son conjoint et ses bénéficiaires disposent d'un droit d'accès et, le cas échéant, de rectification de toutes les informations les concernant figurant sur les fichiers de l'Assureur en s'adressant par écrit au siège social de Mornay Mutuelle ou du Souscripteur.

Les informations recueillies sont indispensables pour l'enregistrement et la gestion des adhésions.

## **ARTICLE 27** **AUTORITÉ DE CONTRÔLE**

L'autorité chargée du contrôle de la Mutuelle est l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM), 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.



**APGME**  
ASSOCIATION DE PRÉVOYANCE DU GROUPE MORNAY EUROPE  
ASSOCIATION RÉGIE PAR LA LOI DU 1<sup>er</sup> JUILLET 1901.  
SIÈGE SOCIAL : 5 A 9 RUE VAN GOGH - 75591 PARIS CEDEX 12



**EUROP ASSISTANCE**  
SOCIÉTÉ ANONYME AU CAPITAL DE 23 601 857 €. ENTREPRISE RÉGÉE  
PAR LE CODE DES ASSURANCES - 451 366 405 RCS NANTERRE SIÈGE SOCIAL :  
1, PROMENADE DE LA BONNETTE - 92230 GENNEVILLIERS



**MORNAY MUTUELLE**  
MUTUELLE SOUMISE AUX DISPOSITIONS DU LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITÉ.  
INSCRITE AU REGISTRE NATIONAL DES MUTUELLES SOUS LE N° 344 033 360  
SIÈGE SOCIAL : BP 419 - 07504 GUILHERAND GRANGES CEDEX

