



Notices d'information contractuelles

Solution Professions Indépendantes®

PRÉVOYANCE.....	1
FRAIS GÉNÉRAUX.....	15
SANTÉ.....	23

PROFESSIONS MÉDICALES
PROFESSIONS PARAMÉDICALES

ATTENTION

L'offre SOLUTION PROFESSIONS INDÉPENDANTES se compose des garanties Prévoyance, Frais Généraux et Santé.
Seule(s) la(les) notice(s) d'information relative(s) aux garanties effectivement souscrite(s) par l'adhérent et mentionnée(s) dans le certificat d'adhésion lui est(sont) applicable(s).

Sommaire

CONDITIONS GÉNÉRALES PRÉVOYANCE	2-13
1• OBJET DU CONTRAT	2
2• ADHÉSION AU CONTRAT	2-3
3• VIE ET DURÉE DE L'ADHÉSION	3
4• NATURE DES GARANTIES	4-7
5• ÉTENDUE TERRITORIALE	7
6• FORMALITÉS MÉDICALES	7-8
7• LIMITATIONS ET EXCLUSIONS DE GARANTIES	8
8• COTISATIONS	8-9
9• PAIEMENT DES PRESTATIONS	9-11
10• OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT	11
11• DISPOSITIONS DIVERSES	11-13



Notice d'information contractuelle

Solution Professions Indépendantes[®]

PROFESSIONS MÉDICALES

PROFESSIONS PARAMÉDICALES

L'ADHÉSION

Pour les professions non salariées suivantes :

- **Médicaux** : médecins, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, pharmaciens, biologistes et sages femmes,
- **Paramédicaux** : ambulanciers, audio-prothésistes, chiropracteurs, diététiciens, ergothérapeutes, infirmiers(es), manipulateurs en électrocardiologie médicale, masseurs kinésithérapeutes, orthopédistes, orthophonistes, orthoptistes, ostéopathes, phytothérapeutes, podologues, pédicures, prothésistes, prothésistes dentaires, psychanalystes, psychologues, psychomotriciens, psychothérapeutes,
- leur conjoint collaborateur ou associé participant à l'activité de l'entreprise,

âgés de moins de **55 ans**, exerçant et résidant en France Métropolitaine à l'exclusion de la Corse et de Monaco.

Le présent document constitue la notice d'information contractuelle, prévue par l'article L. 141-4 du Code des assurances. Il reprend les dispositions du contrat d'assurance de groupe n° **135 199**, souscrit par les associations ALPTIS et APTI auprès de **SHAM - SOCIÉTÉ HOSPITALIÈRE D'ASSURANCES MUTUELLES**, entreprise régie par le Code des assurances, et de **SHAM Vie**, entreprise régie par le Code des assurances.

PRÉAMBULE

Il a été conclu entre :

- d'une part, l'association ALPTIS dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 et l'association APTI dont le siège social est situé 21, rue du Mail - BP4 - 38501 VOIRON CEDEX, associations loi 1901,
- et d'autre part, SHAM, Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles - Société d'Assurance Mutuelle – SIREN N° 779 860 881 RCS LYON - entreprise régie par le Code des assurances - 18, rue Edouard Rochet - 69372 LYON CEDEX 08, pour les garanties autres que le décès et SHAM VIE - Société Anonyme au capital de 6 000 000 € - N° 487 632 861 RCS LYON - entreprise régie par le Code des assurances - 18, rue Edouard Rochet - 69008 LYON, pour les garanties en cas de décès. SHAM gère l'ensemble des garanties du contrat pour le compte des deux sociétés. Les 2 sociétés sont appelées dans la suite du contrat, l'Assureur, un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n° 135 199.

Ce contrat est ouvert aux membres des associations ALPTIS et APTI. La gestion de ce contrat est déléguée à ALPTIS ASSURANCES, société de gestion et de courtage dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03.

Le nom de l'association auprès de laquelle l'adhésion est enregistrée et les garanties choisies sont précisés sur votre certificat d'adhésion. Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code des assurances. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

1• OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de garantir à l'adhérent qui réside et exerce son activité en France Métropolitaine à **l'exclusion de la Corse et de Monaco**, le versement des prestations suivantes en cas de maladie ou d'accident, en fonction des garanties obligatoires ou optionnelles souscrites.

1• En cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie :

- capital en cas de décès ou de PTIA,
- capital supplémentaire en cas de décès simultané ou postérieur du conjoint (double effet),
- allocation obsèques en cas de décès de l'assuré, de son conjoint ou d'un de ses enfants à charge,
- rente éducation en cas de décès ;

2• Option capital supplémentaire en cas de décès ou de PTIA par accident ;

3• Option rentes de conjoint en cas de décès ;

4• En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail ou d'Invalidité Permanente : versement d'indemnités journalières ou d'une rente.

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

2• ADHÉSION AU CONTRAT

2•1 PERSONNES ASSURABLES

Le présent contrat est réservé :

- **aux professions médicales** : médecins* (CARMF), chirurgiens-dentistes (CARCDSF), vétérinaires (CARPV), pharmaciens (CAVP), biologistes (CAVP) et sages femmes (CARCDSF) ;

*Les médecins remplaçants sont admis dans le présent contrat.

- **aux professions paramédicales** : ambulanciers, audio-prothésistes, chiropracteurs, diététiciens, ergothérapeutes, infirmiers(es), manipulateurs en électro-cardiologie médicale, masseurs kinésithérapeutes, orthopédistes, orthophonistes, orthoptistes, ostéopathes, phytothérapeutes, podologues, pédicures, prothésistes, prothésistes dentaires, psychanalystes, psychologues, psychomotriciens, psychothérapeutes, exerçant en entreprise individuelle ou en société et affiliés à la CARPIMKO, au RSI ou à la CIPAV,

- à leur conjoint collaborateur ou associé participant effectivement à l'activité de l'entreprise,

âgés de moins de **55 ans**, exerçant et résidant en France Métropolitaine à **l'exclusion de la Corse et de Monaco**.

Les assurés doivent exercer de manière effective une activité professionnelle et ne doivent pas bénéficier d'aménagements du temps et/ou des conditions de travail pour raisons de santé.

Les assurés souhaitant bénéficier des dispositions de la loi Madelin pour leurs garanties Décès (hors prestations versées en capital), Rente éducation, Rentes conjoint, Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente, doivent être à jour de leurs cotisations auprès des régimes obligatoires dont ils relèvent et doivent fournir les justificatifs afférents.

2•2 PROFESSIONS ET ACTIVITÉS NON ADMISES

Les salariés, les saisonniers, les gérants minoritaires et égalitaires n'ont pas accès au contrat SOLUTION PROFESSIONS MÉDICALES ET PARAMÉDICALES. Les missions humanitaires à l'étranger ne sont pas admises. De manière générale, toute profession caractérisée par un risque particulier lié à son exercice, eu égard aux critères de sélection de l'assureur, pourra faire l'objet d'une étude au cas par cas pouvant entraîner une acceptation (avec ou sans condition particulière) ou un refus de couverture. Les accidents, maladies, infirmités survenus à l'occasion de l'exercice d'une profession différente de celle indiquée à l'adhésion sont exclus.

2•3 CONDITIONS D'ADHÉSION

L'adhésion aux garanties Décès/PTIA et Incapacité Temporaire Totale / Invalidité Permanente Totale est obligatoire.

L'adhésion du conjoint collaborateur ou associé est subordonnée à l'adhésion de l'assuré principal. Son adhésion est recevable simultanément et en complément de celle de l'assuré principal ou dans les 24 mois qui suivent l'acquisition de son statut de conjoint collaborateur ou associé.

2•4 FORMALITÉS D'ADHÉSION

Toute personne souhaitant bénéficier des présentes garanties doit compléter, dater et signer une Demande d'Adhésion complétée par les formalités médicales afférentes à son niveau de garanties. En outre, en fonction du montant des garanties souscrites, il pourra lui être demandé de se soumettre à des formalités médicales complémentaires.

2•5 DROIT DE RENONCIATION

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

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

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

Le courrier de renonciation devra être envoyé à ALPTIS ASSURANCES, 25 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, en recommandé avec accusé de réception.

Modèle de lettre de renonciation :

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

À..... Le

Signature

2•6 PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES

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

Cas particulier : couverture provisoire du décès accidentel jusqu'à la notification d'acceptation ou de non acceptation :

Sous réserve du paiement de l'acompte et de la réception de la Demande d'Adhésion au siège d'ALPTIS ASSURANCES, une garantie provisoire est accordée pendant deux mois au maximum en cas de décès accidentel entre :

- la date d'effet souhaitée (au plus tôt le lendemain de la date de réception de la Demande d'Adhésion),
- et la date d'envoi du certificat d'adhésion ou la date de refus de l'assureur.

Le capital versé est égal au montant du capital Décès toutes causes prévu dans le cadre de la formule A (formule en capital), dans la limite de 50 000 €. Toutefois, dans le cas d'une prise d'effet différée souhaitée, la couverture provisoire est acquise à la date de prise d'effet.

2•7 DÉLAIS D'ATTENTE

Aucun délai d'attente n'est appliqué. Le droit aux prestations des garanties est acquis dès la prise d'effet de l'adhésion.

3• VIE ET DURÉE DE L'ADHÉSION

3•1 DURÉE DES GARANTIES

L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction.

3•2 MODIFICATION DES GARANTIES

L'adhérent peut adapter ses garanties (base des garanties, franchise de la garantie Incapacité/Invalidité), notamment lorsque ses revenus varient, sous réserve de satisfaire aux formalités médicales prévues lors de l'adhésion, le cas échéant (voir § 6 Formalités médicales).

Lorsque ses revenus diminuent, l'adhérent peut adapter sa base de garanties afin qu'elle soit conforme à son niveau réel de revenus.

Cependant, la base des garanties ne peut représenter plus de 150 % des revenus déclarés à l'administration fiscale.

En cas d'augmentation des garanties en cours de contrat :

- dans le cas où l'assuré a changé de tranche d'âge, l'augmentation de garantie est tarifée dans la nouvelle tranche d'âge ;
- pour les prestations supplémentaires, le suicide n'est couvert qu'à compter de la 2^e année suivant la date d'effet de l'augmentation (cf § 7).

3•3 ÉVOLUTION CONTRACTUELLE DES GARANTIES

La base des garanties est exprimée en fonction du Plafond Annuel de la Sécurité sociale et est donc revalorisée chaque année au 1^{er} janvier en fonction de la variation du Plafond Annuel de la Sécurité sociale, constatée entre le 1^{er} janvier de l'année N et le 1^{er} janvier de l'année N-1.

3•4 CESSATION DES GARANTIES

L'ensemble des garanties prend fin :

- en cas d'exercice de la faculté de renonciation ;
- lorsque l'assuré perd son statut de profession médicale ou paramédicale non salariée définie au § 2•1 ou cesse son activité ;
- lorsque l'assuré ne relève plus de la catégorie professionnelle déclarée ;
- lorsque l'assuré demande la résiliation des garanties qui prend effet au 31 décembre de chaque année, sous réserve d'en faire la demande par écrit avant le 1^{er} novembre, par lettre recommandée, adressée au siège d'ALPTIS ASSURANCES - 25 cours Albert Thomas 69445 Lyon cedex 03. Les cotisations restant dues pour la totalité de l'exercice ;
- en cas de dénonciation de l'adhésion suite à une modification du contrat d'assurance de groupe en application des dispositions de l'article L. 141-4 du Code des assurances ;
- en cas de résiliation du contrat d'assurance de groupe par l'Assureur ou l'Association. Toutefois, lors d'une résiliation à l'initiative de l'Assureur, ce dernier s'engage à maintenir des garanties équivalentes aux assurés ayant au moins 2 ans d'ancienneté, et qui en font la demande ;
- conformément à la loi Evin, l'Assureur, pendant les 2 premières années d'adhésion, peut mettre fin aux garanties à l'échéance anniversaire de l'adhésion, sous réserve de le notifier à l'assuré 2 mois avant la date de la résiliation, par lettre recommandée à son dernier domicile connu ;
- en cas de démission par l'adhérent de l'association au 31 décembre par lettre recommandée avec un préavis de 2 mois ;
- en cas de non paiement des cotisations (cf § 8•2) ;
- en cas de décès de l'assuré ;
- l'adhésion du conjoint collaborateur ou associé est résiliée dès lors :
 - que l'adhésion de l'assuré principal est résiliée, y compris en cas de décès de ce dernier ;
 - que le conjoint perd son statut de collaborateur ou d'associé ;
- lorsque l'assuré n'est plus à jour de ses cotisations aux régimes d'assurances obligatoires.

Par ailleurs, les limites d'âge de couverture sont les suivantes :

- pour l'ensemble des garanties Décès/PTIA, lorsque l'assuré atteint son 70^e anniversaire ; pour la garantie Rente de conjoint, lorsque l'assuré atteint son 65^e anniversaire ; au 65^e anniversaire du conjoint pour la garantie Double Effet et la garantie obsèques. En cas de décès de l'assuré après son 65^e anniversaire, le capital est réduit de 2 % par trimestre civil entamé ;
- pour les garanties Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente, par maladie ou par accident, lorsque l'assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension de retraite, et au plus tard à son 65^e anniversaire ;
- pour l'option Incapacité Temporaire Totale de travail à partir de 65 ans (souscrite à 65 ans), au 70^e anniversaire de l'assuré.

La garantie optionnelle souscrite à 65 ans (cf § 4•3•3) prend fin lorsque l'assuré fait valoir ses droits à une pension de retraite.

4• NATURE DES GARANTIES

4•1 BASE DES GARANTIES

Les garanties sont exprimées en pourcentage de **la base des garanties**.

La **base des garanties** est un multiple du Plafond Annuel de la Sécurité sociale (PASS) en vigueur au 1^{er} janvier de l'année en cours :

- de **0,5 à 5** plafonds annuels de la Sécurité sociale (par pas de 0,1) pour les médicaux ;
- de **0,5 à 3** plafonds annuels de la Sécurité sociale (par pas de 0,1) pour les paramédicaux.

La base des garanties est commune aux garanties Décès et Incapacité Temporaire Totale de travail - Invalidité Permanente.

Elle est constituée du montant des **revenus professionnels** et, le cas échéant, du montant des **dividendes** déclarés par l'assuré à l'administration fiscale (l'année précédant son adhésion) au titre de l'activité exercée. Le montant de la base de garanties est indiqué sur la Demande d'Adhésion.

Au-delà de 1 PASS de revenu garanti, la base de garantie ne peut dépasser 150 % du revenu annuel (revenus professionnels et dividendes) le plus proche du montant de la base des garanties souscrites, sur les 3 derniers exercices fiscaux.

Pour un créateur d'entreprise, la base des garanties en 1^{ère} année doit être comprise entre 0,5 et 1 plafond annuel de la Sécurité sociale.

Pour un repreneur d'entreprise, la base des garanties en 1^{ère} année n'est pas limitée dans la mesure où elle correspond au revenu annuel net soit voté par l'Assemblée Générale, soit alloué par une décision des associés ou indiqué dans le plan de développement.

Pour les auto-entrepreneurs la base des garanties est comprise entre 0,5 et 0,7 Plafond Annuel de la Sécurité sociale.

Pour le conjoint collaborateur ou associé, la base des garanties est de 0,5 plafond annuel de la Sécurité sociale.

La base des garanties en vigueur aux 65 ans de l'adhérent ne peut être majorée au-delà de cet âge, en cas de souscription de l'option Incapacité Temporaire Totale de travail à 65 ans prévue au § 4•3•3.

4•2 GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS

La souscription de la garantie Décès/PTIA toutes causes est obligatoire. Elle est obligatoirement souscrite avec la garantie ITT/IPT.

Décès - PTIA toutes causes	En % de la base des garanties
A - Formule en capital (au choix du bénéficiaire au moment du décès)	
• Capital Décès/PTIA toutes causes	
Marié, pacsé, concubin désigné nominativement ⁽¹⁾ , célibataire, veuf, divorcé, séparé, sans enfant à charge	300 %
Assuré avec enfant à charge	400 %
Majoration par enfant à charge supplémentaire (maximum 5 enfants)	100 %
• Double effet (en cas de décès simultané ou postérieur du conjoint dans un délai de 12 mois)	100 % du capital Décès toutes causes (Formule A)
• Allocation obsèques (assuré, conjoint, enfants)	100 % du PMSS
B - Formule Capital Décès + Rente éducation (au choix du bénéficiaire au moment du décès)	
• Capital Décès , quelle que soit la situation de famille	200 %
• Rente éducation par enfant à charge - Si le nombre d'enfants à charge est < à 3	
De 0 à 10 ans	15 %
De 11 à 18 ans	20 %
De 19 à 26 ans (si études) - y compris pour enfant handicapé	25 %
- Si le nombre d'enfants à charge est ≥ à 3	60 %/n ⁽²⁾
• Double effet (en cas de décès simultané ou postérieur du conjoint dans un délai de 12 mois)	100 % du capital Décès toutes causes (Formule A)
• Allocation obsèques (assuré, conjoint, enfants)	100 % du PMSS
Option Décès/PTIA par accident	100 % du capital Décès toutes causes (Formule A)
Option Rentes de conjoint	Rente viagère : 1,00 % (65 - X) (Rente minimum 5 %) Rente temporaire : 0,5 % (X - 25) (X = âge au décès)

⁽¹⁾ Si le concubin est nominativement désigné comme bénéficiaire du capital décès.

⁽²⁾ n désigne le nombre d'enfants à charge de l'assuré au cours de chaque période de versement de la rente.

4•2•1 Capital en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) par maladie ou accident

En cas de décès avant le 70^e anniversaire de l'assuré, survenant pendant la validité de l'adhésion, il est versé aux bénéficiaires désignés un capital, dont le montant est déterminé en fonction :

- de la base des garanties souscrite ;
- et de la situation de famille de l'assuré à la date de survenance du sinistre.

Au moment du décès, les bénéficiaires pourront choisir de percevoir un capital (Formule A) ou un capital réduit assorti d'une Rente éducation par enfant à charge (formule B).

En cas de choix de la Formule A par le(s) bénéficiaire(s) au moment du décès de l'assuré, la majoration par enfant à charge est limitée à 5 enfants à charge (voir § 11•7 Définitions). La majoration est répartie entre tous les enfants à charge.

Le versement du capital en cas de décès met fin à l'ensemble des garanties du présent contrat, à l'exception de la garantie Double effet et du versement des Rentes éducation et de conjoint.

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'assuré avant le 70^e anniversaire, il lui est versé le capital PTIA de la Formule A, dont le montant est déterminé en fonction :

- de la base des garanties souscrite ;
- et de la situation de famille de l'assuré à la date de survenance de la PTIA.

Le versement du capital en cas de PTIA met fin à la garantie Décès toutes causes. L'assuré continue d'être couvert :

- pendant 12 mois pour les garanties Allocation obsèques et Double Effet ;
- pour les garanties Décès accidentel et Rentes de conjoint, si elles ont été souscrites ;

Si l'assuré a demandé à bénéficier des dispositions de la loi Madelin, les capitaux seront nécessairement versés sous forme de rente viagère.

Les modalités de calcul de la rente seront déterminées sur les bases techniques pratiquées au jour du décès.

Modalités et conséquences de la désignation du ou des bénéficiaires

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

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

À défaut de désignation expresse d'un bénéficiaire ou si la désignation est caduque ou sans effet, les sommes dues sont versées : au conjoint non séparé judiciairement de corps ou au signataire d'un Pacte Civil de Solidarité, à défaut aux enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales entre eux, à défaut aux père et mère par parts égales ou au survivant d'entre eux, à défaut aux héritiers de l'assuré.

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

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

L'acceptation peut être faite soit par un avenant signé de l'assureur, de l'assuré et du bénéficiaire, soit par acte authentique ou par un acte sous seing privé, signé de l'assuré et du bénéficiaire, mais dans ce cas, elle n'a d'effet à l'encontre de l'assureur que lorsqu'il lui a été notifié par écrit.

4•2•2 Garantie Double effet

Si simultanément ou dans un délai de 12 mois suivant le décès de l'assuré (avant son 65^e anniversaire), le conjoint non remarié et non pacsé décède (avant son 65^e anniversaire), alors qu'il avait un ou plusieurs enfants à charge, lesquels étaient également à la charge de l'assuré au moment de son décès, il est versé aux enfants à charge (ou à leur représentant légal), par parts égales entre eux, un capital supplémentaire (exprimé en pourcentage de la base des garanties) correspondant à celui de la Formule A. La garantie cesse au remariage ou à la conclusion d'un pacte civil de solidarité par le conjoint.

4•2•3 Allocation obsèques

En cas de décès de l'assuré (assuré principal ou son conjoint collaborateur ou associé), dû à une maladie ou à un accident garanti, avant son 65^e anniversaire, il est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) un capital supplémentaire dont le montant est égal à un plafond mensuel de la Sécurité sociale.

En cas de décès du conjoint (voir § 11•7 Définitions) ou d'un enfant à charge, l'allocation obsèques est alors versée à l'assuré.

En cas d'adhésion de l'assuré principal et de son conjoint collaborateur ou associé, la prestation n'est pas cumulative.

4•2•4 Rente éducation

En cas de choix de la Formule B par le(s) bénéficiaire(s) au moment du décès de l'assuré, il sera versé une rente à chaque enfant à charge (voir § 11•7 Définitions) :

- si le nombre d'enfants à charge au moment du décès est inférieur à trois, le montant de la rente varie selon l'âge de l'enfant (voir § 4•2) ;
- si le nombre d'enfants à charge au moment du décès est au moins de trois, les rentes sont les suivantes : 60 % de la base des garanties souscrite/n*.
(*n désigne le nombre d'enfants à charge de l'assuré au cours de chaque période de versement de la rente).

La rente est servie par trimestre civil jusqu'au dernier jour du trimestre civil échu qui précède celui au cours duquel :

- l'enfant décède ;
- l'enfant atteint son 18^e ou son 26^e anniversaire tant qu'il poursuit des études supérieures.

4•2•5 Option Décès ou PTIA par accident

Cette garantie est optionnelle et doit être souscrite en complément de la garantie Décès/PTIA toutes causes et de la garantie Incapacité Temporaire de Travail / la garantie Invalidité Permanente.

Si le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) survient dans un délai maximum de 12 mois suivant un accident tel que défini au § 11•7 Définitions des conditions générales, et avant le 70^e anniversaire, il sera versé un capital supplémentaire égal à celui prévu en cas de Décès toutes causes (Formule A). Un même événement donne lieu au versement d'un seul capital au titre de cette garantie.

4•2•6 Option Rentes de conjoint

Cette garantie est optionnelle et doit être souscrite en complément de la garantie Décès/PTIA toutes causes et de la garantie Incapacité Temporaire de Travail/Invalidité Permanente.

Elle ne peut pas être souscrite par le conjoint collaborateur ou associé.

Rente viagère

En cas de décès de l'assuré avant son 65^e anniversaire, il sera versé une **rente viagère** au conjoint (voir § 11•7 Définitions) désigné sur le certificat d'adhésion.

La rente est servie trimestriellement jusqu'au dernier jour du trimestre civil échu qui précède celui au cours duquel :

- le conjoint décède ;
- le conjoint se remarie, ou se lie par un nouveau Pacte Civil de Solidarité.

Le montant de la rente est déterminé en fonction de l'âge de l'assuré au moment du décès (calculé par différence de millésimes).

Rente temporaire

Dans le cas d'un conjoint ne satisfaisant pas aux conditions d'attribution de la pension de réversion au titre du régime de retraite de l'assuré décédé, il lui sera versé une **rente temporaire**, en cas de décès de l'assuré avant son 65^e anniversaire, servie jusqu'au dernier jour du trimestre civil au cours duquel :

- le conjoint bénéficie de l'obtention de la pension de réversion ;
- le conjoint décède ;
- le conjoint se remarie, ou se lie par un nouveau Pacte Civil de Solidarité ;
- le conjoint atteint son 60^e anniversaire.

Dans le cas où l'assuré(e) est plus âgé(e) que son conjoint, l'option Rente conjoint ne peut être souscrite que si la différence d'âge entre l'assuré(e) et le conjoint est inférieure ou égale à 15 ans.

4•3 GARANTIES EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL OU D'INVALIDITÉ PERMANENTE

Ces deux garanties sont obligatoirement souscrites en complément de la garantie Décès/PTIA toutes causes.

Elles ne peuvent être souscrites séparément.

Niveau d'Incapacité Temporaire Totale de travail/Invalidité Permanente	Niveau des prestations (en % de la base des garanties, sous déduction du Régime Obligatoire)
Incapacité Temporaire Totale de travail	100 %
Invalidité Permanente totale (N* ≥ 66 %)	100 %
Invalidité Permanente partielle (16 % ≤ N* < 66 %) pour les chirurgiens, les chirurgiens dentistes et les vétérinaires Réduction de la rente totale dans la proportion de	N/66 ^e
Invalidité Permanente partielle (33 % ≤ N* < 66 %) pour les médecins, les pharmaciens, les sages femmes, les biologistes, les paramédicaux et les conjoints collaborateurs	N/66 ^e

*N : correspond au taux d'invalidité

Option disponible à la souscription pour les assurés atteignant l'âge de 65 ans.

Option Incapacité Temporaire Totale de travail à 65 ans	50 %
---	------

L'indemnisation s'effectue sous déduction du Régime Obligatoire d'incapacité / invalidité reconstitué sur la base du revenu garanti et non du revenu réel perçu lors de l'arrêt de travail.

Jusqu'à 1 PASS de revenu garanti, la prestation est servie (sous déduction du régime obligatoire) sur la base du montant déclaré à l'adhésion, sans demande de justificatif fiscal.

Au-delà de 1 PASS :

- Si la valeur du revenu déclaré au titre de l'année N-1 est au moins égale au niveau de la base de garantie souscrite, l'indemnisation est effectuée à hauteur du montant de la base de garantie souscrite (moins la prestation du régime obligatoire).
- Si la valeur du revenu déclaré au titre de l'année N-1 est inférieure au niveau de la base de garantie souscrite, est pris en compte le revenu annuel (converti en €/jour) le plus proche du montant de la base de garantie souscrite, sur les trois derniers exercices fiscaux.

La prestation versée est plafonnée à 150 % de ce montant (moins la prestation du régime obligatoire), dans la limite de la base de garantie souscrite.

4•3•1 Garantie en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail

La garantie prévoit le paiement d'une indemnité journalière lorsque l'assuré se trouve en Incapacité Temporaire Totale de travail (voir § 11•7 Définitions) d'exercer l'activité professionnelle déclarée à l'adhésion, suite à une maladie ou à un accident reconnu médicalement.

L'arrêt de travail, pour donner droit à une indemnisation, doit entraîner une interruption, réelle et complète des occupations professionnelles de l'assuré, et ce dernier doit suivre le traitement médical qui lui est prescrit et se soumettre au repos nécessaire à sa guérison.

La prestation versée dans le cadre du présent contrat est déterminée en fonction de l'indemnité journalière souscrite et du montant de revenus déclarés à l'administration fiscale.

Le service de l'indemnité journalière débute à compter du 1^{er} jour qui suit le délai de franchise choisi. Il prend fin dans les conditions prévues au § 9•3.

Les franchises (exprimées en nombre de jours) proposées en Maladie/Accident/Hospitalisation sont : 30/30/30 ou 30/3/3 (la franchise de 30 jours est ramenée à 3 jours en cas d'accident ou d'hospitalisation de plus de 3 jours).

En cas de reprise partielle dans un but thérapeutique par l'assuré de son activité professionnelle (c'est-à-dire de nature à favoriser la reprise totale de l'activité), et suite à une indemnisation d'une durée minimum de 90 jours continus pour Incapacité Temporaire Totale de travail, il pourra être versé forfaitairement pendant une durée de 120 jours une indemnité journalière égale à 50 % de l'indemnité journalière versée au cours de l'Incapacité Temporaire Totale de travail. Cette extension de garantie est soumise à accord du Médecin Conseil de l'Assureur.

En tout état de cause, la somme des revenus de l'activité partielle augmentée des prestations versées par le régime obligatoire et des prestations prévoyance versées au titre du présent contrat, est limitée au revenu d'activité.

4•3•2 Garanties en cas d'Invalidité Permanente

Si l'assuré est atteint d'une Invalidité Permanente, il lui est versé une rente d'invalidité (sous déduction des prestations versées par le régime obligatoire) dont la date d'effet de versement est fixée par le Médecin Conseil de l'Assureur.

Lorsque le taux d'invalidité "N" est supérieur ou égal à 66 %, la rente est servie intégralement (assimilation à l'Invalidité Permanente totale).

Lorsque le taux d'invalidité "N" est compris entre 16 % et 66 % pour les **chirurgiens, chirurgiens dentistes et vétérinaires**, elle est servie proportionnellement dans le rapport N/66 (Invalidité Permanente partielle). **Aucune rente n'est servie si le taux d'invalidité est inférieur à 16 %.**

Lorsque le taux d'invalidité "N" est compris entre 33 % et 66 % pour les **médecins, les pharmaciens, les sages femmes, les biologistes, les paramédicaux et les conjoints collaborateurs**, elle est servie proportionnellement dans le rapport N/66 (Invalidité Permanente partielle).

Aucune rente n'est servie si le taux d'invalidité est inférieur à 33 %.

Le mode de détermination du taux d'invalidité N est précisé aux § 9•4•1.

L'état d'invalidité doit être constaté en France Métropolitaine (**hors Corse et Monaco**).

4•3•3 Option Incapacité Temporaire Totale de travail à 65 ans

L'option ne peut être souscrite qu'à 65 ans par les assurés sur ce contrat et :

- si l'assuré (assuré principal et son conjoint collaborateur ou associé) poursuit son activité professionnelle à temps plein à 65 ans ;
- si l'assuré n'a eu aucune Incapacité Temporaire Totale de travail indemnisée depuis son 62e anniversaire, aucune formalité médicale n'est exigée. Sinon, de nouvelles formalités médicales s'appliquent.

La garantie prévoit le versement d'indemnités journalières à hauteur de 50 % de la base des garanties en place à 65 ans pour une durée de 1095 jours au plus et au plus tard jusqu'au 70e anniversaire de l'assuré.

Les indemnités journalières sont versées à compter de la fin de la franchise 90/90/90. Elles prennent fin dans les conditions prévues au § 9•3.

4•3•4 Rechute

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

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

Si ce nouvel arrêt est lié aux conséquences d'un accident déjà indemnisé, c'est la franchise maladie qui s'applique.

En outre, en cas de rechute de pathologie lombaire ou relative à l'axe rachidien (cf. § 7), la franchise s'applique de nouveau, quelle que soit la durée de reprise entre les deux arrêts de travail.

5• ÉTENDUE TERRITORIALE

L'ensemble des garanties du contrat s'applique en France et dans le monde entier pour les séjours touristiques et les missions professionnelles n'excédant pas 3 mois. Les séjours supérieurs à 3 mois (en une ou plusieurs fois) peuvent faire l'objet d'études au cas par cas auprès de l'assureur.

Pour les incapacités de travail survenues hors de France

L'événement est garanti sous réserve :

- que l'assuré soit domicilié en France Métropolitaine, **hors Corse et Monaco** ;
- que le constat médical de l'Incapacité Temporaire Totale de travail soit effectué en France Métropolitaine, **hors Corse et Monaco**.

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

- dès le 1^{er} jour en cas d'hospitalisation ;
- sinon au jour du rapatriement de l'assuré en France Métropolitaine, **hors Corse et Monaco**.

Dans tous les cas, la prise en charge débute après l'expiration de la franchise prévue au certificat d'adhésion.

6• FORMALITÉS MÉDICALES

6•1 LORS DE L'ADHÉSION INITIALE

Les formalités médicales dépendent de la base des garanties souscrites et de la classe professionnelle :

• Pour les médicaux

NIVEAU COUVERTURE PRÉVOYANCE	
BASE GARANTIE ≤ 3 PASS	Déclaration d'État de Santé (DES) + Questionnaire Médical (QM) si souscription de la rente de conjoint
3 PASS < BASE GARANTIE ≤ 4 PASS	Questionnaire Médical (QM)
4 PASS < BASE GARANTIE ≤ 5 PASS	Questionnaire Médical (QM) + Dossier médical standard + copie dernier avis imposition

• Pour les paramédicaux

NIVEAU COUVERTURE PRÉVOYANCE	
BASE GARANTIE ≤ 2 PASS	Déclaration d'État de Santé (DES) + Questionnaire Médical (QM) si souscription de la rente de conjoint
2 PASS < BASE GARANTIE ≤ 3 PASS	Questionnaire Médical (QM)

PASS : Plafond Annuel de la Sécurité sociale

Si l'assuré n'est pas en mesure de signer la Déclaration d'État de Santé, il lui sera demandé de compléter le Questionnaire Médical et de se soumettre, le cas échéant, à des formalités complémentaires.

Aucune formalité médicale n'est demandée pour la garantie SANTÉ. Concernant la garantie FRAIS GÉNÉRAUX, seul le niveau de garanties souscrit en PRÉVOYANCE détermine le niveau de formalités médicales, en cas de souscription simultanée.

DES : Déclaration d'État de Santé de la Demande d'Adhésion

QM : Questionnaire Médical de la Demande d'Adhésion.

Profil sanguin : Numération formule sanguine, Vitesse de sédimentation, Numération Plaquettaire, Glycémie, Créatinine, Urée, Acide Urique, Phosphatases Alcalines, Exploration d'une Anomalie Lipidique (EAL), Transaminases SGOT-SGPT et Gamma GT, HIV types 1 et 2 par immunoenzymologie 2 réactifs, marqueurs du virus des Hépatites B et C (antigène HBS et réactifs HCV).

L'assuré est tenu de répondre à toute demande de renseignements concernant la nature de son affection et l'époque de sa première constatation médicale.

Dossier médical standard : Rapport de visite médicale avec analyse des urines [Sucre, Albumine, Leucocytes, Sang, Cytobactériologie des Urines, dosage de la cotinine (pour les non fumeurs)] + Electrocardiogramme au repos à douze dérivations avec rapport du cardiologue + Profil sanguin.

6•2 EN COURS DE CONTRAT

Formalités médicales applicables en cas d'augmentation de la base des garanties

- Augmentation de 0,1 PASS par an : une simple Déclaration de Situation inchangée est demandée.
- Au-delà d'une augmentation des garanties de 0,1 PASS par an : les formalités médicales qui devront s'appliquer sont celles de la nouvelle base des garanties.

Formalités médicales applicables en cas de souscription ultérieure de l'option Rente de conjoint

- Les formalités médicales standards s'appliquent en fonction du niveau de couverture (cf § 6•1).

Formalités médicales applicables en cas de souscription ultérieure de l'option Décès/PTIA par accident

- Aucune formalité médicale ne s'applique.

Formalités médicales applicables en cas de modification de la franchise

- En cas de réduction de la franchise : les formalités médicales standards s'appliquent en fonction de la base de garanties souscrites.
- En cas d'augmentation de la franchise : aucune formalité médicale ne s'applique.

7• LIMITATIONS ET EXCLUSIONS DE GARANTIES

Limitation de l'indemnisation en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail suite à :

- Une des maladies d'origine psycho-pathologique ou neurologique décrites au § 11•7 Définitions.
Ces affections et leurs conséquences sont indemnisées uniquement lorsqu'elles ont donné lieu à une hospitalisation d'au moins 8 jours consécutifs dans un établissement psychiatrique ou service psychiatrique d'un établissement hospitalier.
- Une des pathologies relative à l'axe rachidien : maladies para-vertébrales, disco-vertébrales ou dorso-lombaires (cervicalgies, cruralgies, dorsalgies, hernies discales, lombalgies, sciatiques...)
Ces affections et leurs conséquences sont indemnisées si elles ont donné lieu à une hospitalisation continue supérieure à 48 heures.
- Une grossesse
Le service des indemnités journalières est suspendu pendant la période du congé légal de maternité de l'assurée. Les maladies en rapport avec une grossesse ou la procréation assistée donnent lieu à indemnisation si elles sont reconnues comme pathologiques par le Médecin Conseil de l'Assureur.

Exclusions

Sont exclues pour toutes les garanties, les conséquences des événements suivants :

- le suicide, pendant la première année suivant l'adhésion. En cas de majoration des garanties, pour les garanties supplémentaires le suicide est couvert à compter de la 2nde année suivant la date d'effet de l'augmentation ;
- les maladies, invalidités et accidents manifestés antérieurement à la prise d'effet des garanties (ou la remise en vigueur des garanties ou la date d'augmentation des garanties) et non déclarés sur le questionnaire médical, ainsi que ceux ayant donné lieu à limitation ou exclusion de garantie sur le certificat d'adhésion ;
- la guerre étrangère, la guerre civile. Il appartient au bénéficiaire de prouver que le sinistre est dû à un fait autre que ceux cités ;
- les accidents d'avion lorsque l'assuré se trouve à bord, en qualité de pilote, d'un appareil non muni d'un certificat de navigabilité en cours de validation ou sans posséder un brevet et une licence valides correspondant au type d'appareil concerné ;
- les accidents aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essais, vols sur prototype, record ou tentative de record ;
- les émeutes, les mouvements populaires, les actes de terrorisme ;
- les maladies ou accidents qui résultent du fait intentionnel de l'assuré ou du bénéficiaire (art. L. 132-24 du Code des assurances) et d'une façon générale tous les cas prévus par la loi ;
- les accidents qui proviennent directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique.

Pour les garanties décès / PTIA par accident, l'Incapacité Temporaire Totale, l'Invalidité Permanente Totale, sont exclues les conséquences des événements suivants :

- les exclusions ci-dessus ;
- les sinistres survenus alors que l'assuré était sous l'emprise d'un taux d'alcoolémie supérieur au taux légal en vigueur au jour du sinistre et si le membre participant est reconnu comme étant responsable de l'accident ;
- les sinistres résultant de l'usage de produits stupéfiants ou hallucinogènes ;
- les sports pratiqués à titre professionnel et leurs conséquences, les paris ou défis, ainsi que tout sport pratiqué en qualité d'amateur licencié participant à des compétitions, matches ou paris comportant l'utilisation d'animaux, de véhicules ou d'embarcations à moteur ;
- les conséquences de la pratique de l'ulm, de l'aile volante, du parapente, du parachutisme, de la plongée sous marine (au-delà de 20 mètres), de l'alpinisme, dès lors que l'assuré n'est pas encadré par un moniteur diplômé d'état, de la boxe et de la spéléologie, du saut à l'élastique, et de la navigation à voile impliquant la traversée d'un océan ;
- les accidents, maladies, infirmités survenus à l'occasion de l'exercice d'une profession différente de celle indiquée à l'adhésion.

8• COTISATIONS

8•1 MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est fonction :

- des garanties souscrites ;
- de la base des garanties souscrites ;
- de l'âge de l'assuré à l'adhésion (calculé par différence de millésimes) ;
- de la classe professionnelle ;
- pour toutes les garanties, le tarif est minoré lorsque l'assuré est non fumeur, au sens défini au § 11•7 Définitions
- pour la garantie en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail :
 - de la franchise souscrite ;
 - du régime obligatoire d'affiliation de l'assuré.

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

- la cotisation d'Association de 1 € par mois en cas de souscription des garanties Prévoyance seules ou des garanties Prévoyance et Frais Généraux ;
- la cotisation d'Association de 2,70 € par mois en cas de souscription des garanties Prévoyance et Santé ;
- le droit d'entrée à l'Association de 11 € pour la constitution du dossier (cette somme est perçue une seule fois pour toute la durée de l'adhésion et n'est pas due pour les personnes déjà adhérentes à l'Association).

8•2 PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, avec possibilité de fractionnement par semestre, trimestre ou mois, au choix de l'assuré. Conformément au Code des assurances, à défaut de paiement d'une cotisation, ou d'une fraction de cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie sera suspendue trente jours après la mise en demeure de l'assuré. L'Assureur a le droit de résilier l'adhésion dix jours après l'expiration de ce délai de trente jours. Néanmoins, la totalité des cotisations de l'année en cours sera exigée, majorée des frais de poursuite et de recouvrement. Toute maladie ou accident, et leurs conséquences, survenus pendant une période de suspension sont définitivement exclus.

8•3 ÉVOLUTION ANNUELLE DES COTISATIONS

Pour tenir compte de l'évolution de la base des garanties, les cotisations évoluent chaque année au 1^{er} janvier en fonction de la variation du Plafond annuel de la Sécurité sociale, constatée entre le 1^{er} janvier de l'année N et le 1^{er} janvier de l'année N-1.

8•4 MODIFICATION DU TARIF EN FONCTION DES RÉSULTATS DU CONTRAT

En cas de déséquilibre technique du contrat, l'Assureur, en accord avec l'Association, a la possibilité d'augmenter les cotisations.

Dans ce cas, ALPTIS ASSURANCES informe les assurés, qui disposent individuellement d'un délai de trente jours pour résilier leur adhésion à l'échéance annuelle. Passé ce délai, l'assuré accepte implicitement l'augmentation des cotisations.

Les augmentations tarifaires seront différenciées en fonction des résultats du groupe assuré, qui est composé d'assurés présentant des caractéristiques communes : année d'adhésion, classe professionnelle, garanties souscrites.

8•5 EXONÉRATION DES COTISATIONS EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL OU D'INVALIDITÉ PERMANENTE

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

En cas d'Invalidité Permanente partielle, l'exonération des cotisations à compter du 91^e jour est proportionnelle au taux d'invalidité. Lors d'une reprise partielle dans un but thérapeutique suite à une Incapacité Temporaire Totale de travail, l'exonération des cotisations n'est pas accordée.

9• PAIEMENT DES PRESTATIONS

L'indemnisation se fait en France Métropolitaine (**hors Monaco et Corse**), et en euros, au domicile du bénéficiaire.

9•1 FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

9•1•1 En cas de décès

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

Les capitaux, les rentes de conjoint et les rentes éducation sont réglés après réception par ALPTIS ASSURANCES, des pièces justificatives suivantes :

- une copie du livret de famille mentionnant la date de naissance et la date du décès de l'assuré ;
- toute pièce permettant de justifier la qualité du bénéficiaire ;
- le certificat relatif au décès fourni par ALPTIS ASSURANCES et complété par le médecin traitant de l'assuré ;
- le certificat établi par le médecin ayant constaté le décès et précisant, à défaut de la cause exacte, qu'il s'agit d'une mort naturelle, d'une mort accidentelle ou d'un suicide ;
- le dernier avis d'imposition ;
- un justificatif du nombre d'enfants à charge ;
- un certificat de scolarité ainsi qu'un justificatif de revenus, fournis annuellement pour les enfants au-delà de 18 ans ;
- si le décès résulte d'un accident, une copie du rapport de police ou de gendarmerie, ou tout autre document justificatif.

9•1•2 En cas de perte totale et irréversible d'autonomie

La déclaration de perte totale et irréversible d'autonomie doit être faite dans les plus brefs délais.

Un certificat médical détaillé précisant, notamment la nature de l'invalidité et la date de constatation médicale de la maladie ou de survenance de l'accident entraînant l'invalidité, ce certificat devant également attester du caractère définitif de l'invalidité ainsi que de la nécessité d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne. Si la PTIA résulte d'un accident, il conviendra de transmettre à ALPTIS ASSURANCES, une copie du rapport de police ou de gendarmerie, ou tout autre document justificatif pour règlement du capital.

9•1•3 En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail ou en cas d'Invalidité Permanente

La déclaration d'un arrêt de travail doit être faite dans les plus brefs délais et au plus tard dans les 30 jours qui suivent le début de l'Incapacité Temporaire Totale de travail, sauf cas de force majeure. En cas de retard (sauf cas de force majeure), la période de franchise ne commence à courir qu'à partir de la date à laquelle l'arrêt de travail a été déclaré à ALPTIS ASSURANCES.

Par ailleurs, il convient de fournir :

- la déclaration d'incapacité de travail fournie par ALPTIS ASSURANCES et complétée par l'assuré, le certificat médical prescrivant l'arrêt de travail, ou s'il y a lieu, le bulletin d'hospitalisation ;
- en cas d'accident, la date, l'heure, les circonstances et le lieu de survenance de celui-ci ;
- toutes les pièces justifiant de la profession et du statut de l'assuré, et de l'exercice effectif d'une activité professionnelle, au jour de l'événement ;
- la justification des revenus de l'assuré si la base de garanties souscrite est supérieure à 1 PASS (le dernier avis d'imposition et tout autre document fiscal permettant l'appréciation des revenus) ;
- les décomptes du régime obligatoire, si nécessaire.

L'Assureur peut demander à tout moment, à ses frais et à son Médecin Conseil, de mener un examen médical ou un contrôle en vue du versement ou de la continuité de versement des prestations. Toute prolongation d'arrêt de travail doit être signalée à ALPTIS ASSURANCES dans les plus brefs délais.

9•1•4 Dans tous les cas

Sous peine de perdre le droit aux prestations, l'assuré devra se prêter à tout examen ou expertise des médecins mandatés par l'Assureur et fournir toutes pièces que celui-ci jugera nécessaire de lui demander. Par ailleurs, l'assuré doit autoriser l'accès à son domicile au délégué de l'Assureur tous les jours ouvrables entre 9 heures et 21 heures. L'assuré est tenu de rester à son domicile, en dehors des heures de sortie prévues par son médecin traitant. À défaut, il peut être déchu de tout droit à prestations.

9•2 PAIEMENT DES RENTES ÉDUCATION ET RENTES CONJOINT

Les prestations sont versées trimestriellement à terme échu.

9•3 PAIEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

L'indemnité journalière prévue est versée mensuellement, à terme échu. Elle prend fin :

- lorsque l'Incapacité Temporaire Totale de travail devient partielle, sauf en cas de reprise partielle dans un but thérapeutique telle que décrite à l'article 4•3•1 ;
- au plus tard au 1095^e jour d'Incapacité Temporaire Totale de travail ;
- à la date de reconnaissance de l'Invalidité Permanente ;
- en cas de refus de l'assuré de se soumettre à un contrôle médical ;
- en cas de contrôle médical signifiant sa capacité à reprendre, même partiellement, son activité professionnelle ;
- lorsque l'assuré fait valoir ses droits à la retraite et au plus tard lorsqu'il atteint son 65^e anniversaire (70^e anniversaire s'il a souscrit l'option Incapacité Temporaire Totale de travail à partir de 65 ans) ;
- à la date du décès de l'assuré.

9•4 PAIEMENT DE LA RENTE D'INVALIDITÉ

La rente invalidité prévue est versée trimestriellement, à terme échu.

9•4•1 Calcul du taux d'invalidité N

• Pour les assurés exerçant une profession médicale

Le taux d'invalidité N est déterminé par expertise en fonction de l'invalidité professionnelle par rapport à l'activité exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions d'exercice normales, des possibilités d'exercice restantes, ainsi que de sa capacité éventuelle à effectuer une reconversion dans son domaine de qualification professionnelle. Ce taux varie entre 0 et 100 %.

• Pour les assurés exerçant une profession paramédicale et les conjoints collaborateurs

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

- **de l'invalidité fonctionnelle** : (barème fonctionnel indicatif des invalidités en droit commun - concours médical 2002) elle est fondée uniquement sur la diminution de la capacité, indépendamment de toute considération professionnelle. Ce taux est estimé, s'il y a lieu, en tenant compte des invalidités préexistantes ;
 - **de l'invalidité professionnelle** par rapport à l'activité exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions d'exercice normales, des possibilités d'exercice restantes, ainsi que de sa capacité éventuelle à effectuer une reconversion dans son domaine de qualification professionnelle.
- Ces taux varient entre 0 et 100 %.

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

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

9•4•2 Conditions d'attribution de la rente d'invalidité

La rente est toujours accordée à titre temporaire. Le taux d'invalidité peut être révisé à tout moment en fonction de l'évolution médicalement constatée de l'état de santé initial correspondant au taux d'invalidité. En outre, l'assuré devra nous déclarer toute modification du taux d'invalidité par son régime de prévoyance obligatoire.

9•4•3 Service de la rente d'invalidité

La rente d'invalidité est servie dès la date de reconnaissance de l'invalidité par le Médecin Conseil de l'Assureur et au plus tôt à partir de la fin du délai de franchise de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail.

L'indemnisation se fait en France Métropolitaine (**hors Monaco et Corse**), et en euros.

Elle cesse :

- à la fin de l'état d'invalidité ;
- lorsque l'assuré fait valoir ses droits à la retraite et au plus tard lorsqu'il atteint son 65^e anniversaire.

Elle prend fin :

- lorsque le taux d'invalidité N devient inférieur à 16 % pour **les chirurgiens, les chirurgiens dentistes et les vétérinaires**,
- lorsque le taux d'invalidité N devient inférieur à 33 % pour **les médecins, les pharmaciens, les sages femmes, les biologistes, les paramédicaux et les conjoints collaborateurs**,
- en cas de refus de l'assuré de se soumettre à un contrôle médical ou en cas d'absence injustifiée au domicile.

9•5 REVALORISATION DES PRESTATIONS

Les prestations versées sous forme de rente (rentes éducation, rentes de conjoint viagère / temporaire et rentes versées en cas d'Invalidité Permanente et les indemnités journalières) sont revalorisées en fonction des réserves disponibles dans le fonds de revalorisation défini dans le compte de résultats. La revalorisation est effectuée à chaque 1^{er} janvier dès lors que les prestations sont servies depuis au moins un an. Elle est limitée au maximum à l'évolution du point de retraite des cadres AGIRC, constatée le 1^{er} janvier de l'année N-1 par rapport au 1^{er} janvier de l'année N-2.

9•6 LITIGES D'ORDRE MÉDICAL

Toute décision qui n'est pas contestée dans les 30 jours est considérée comme acquise.

En cas de contestation de l'assuré, il doit transmettre une attestation médicale contestant la décision du Médecin Conseil de l'Assureur. À réception de ce document, un troisième médecin, choisi d'un commun accord par les deux parties, sera désigné pour les départager, à frais partagés.

Si l'assuré et l'Assureur ne parviennent pas à s'accorder sur la désignation du médecin expert, la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du lieu de domicile de l'assuré. Cette nomination est effectuée sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Le rapport d'expertise amiable ne pourra pas être invalidé par les parties.

Tant que cette expertise amiable n'a pas eu lieu, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire.

10• OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT

10•1 MODIFICATION OU CESSATION DU RISQUE

Sous peine de l'application des dispositions en cas de fausse déclaration, l'adhérent a l'obligation de signaler tout changement de situation (domicile, statut, profession, fumeur/non fumeur...). En outre, l'adhérent doit veiller à l'adaptation de ses garanties en cas de baisse des revenus.

Dans le cas contraire, les prestations seront réduites proportionnellement aux cotisations qui auraient dû être payées si l'assuré avait déclaré le changement. En cas de déclaration tardive, l'Assureur peut appliquer à l'adhérent la déchéance du droit à indemnisation, s'il est établi que ce retard lui a causé un préjudice (les cotisations restant dues jusqu'à la date de la déclaration de modification ou de cessation du risque).

En cas de cessation de son activité, l'information doit parvenir à l'Assureur dans les plus brefs délais, et au plus tard dans les trois mois suivant cette cessation. Les garanties prennent fin le jour même de la cessation de l'activité.

10•2 SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

Pour les déclarations à faire à la souscription du contrat, et éventuellement celles devant être faites en cours de contrat, l'adhérent est prévenu que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, même si elle a été sans influence sur le sinistre, entraîne l'application, suivant le cas, des articles L. 113-8 (nullité de l'adhésion) ou L. 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances.

11• DISPOSITIONS DIVERSES

11•1 LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies par ALPTIS ASSURANCES sont nécessaires à l'appréciation de la demande d'adhésion et font l'objet d'un traitement informatique pour les besoins de la gestion de votre adhésion au contrat. Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude ou d'obligations légales et à des fins commerciales. Certaines de ces données seront transmises à l'association souscriptrice, à l'organisme assureur et à nos partenaires appelés à connaître de l'adhésion en raison de sa gestion. ALPTIS ASSURANCES prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité de vos données personnelles. Conformément à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent ; vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à : ALPTIS ASSURANCES, 25 cours Albert Thomas, 69445 Lyon cedex 03 ou contact-cnil@alptis.fr. ALPTIS ASSURANCES se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires.

11•2 EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, l'adhérent peut formuler sa réclamation au Service Client d'ALPTIS ASSURANCES, 25 cours Albert Thomas - 69003 Lyon ou à l'adresse suivante : serviceclient@alptis.fr en précisant son numéro d'adhérent.

Si la réponse apportée ne convient pas, l'adhérent peut adresser une nouvelle réclamation auprès de l'organisme assureur qui communiquera, si la position est maintenue, les coordonnées d'un médiateur indépendant.

11•3 ORGANISME DE CONTRÔLE

L'autorité de contrôle prudentiel (ACP) - 61, rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09, est chargée du contrôle :

- de l'Assureur
- de l'organisme gestionnaire du contrat.

11•4 FONDS DE GARANTIE

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

11•5 PRESCRIPTION

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

Article L.114-1 du Code des assurances :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte du Souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré.

Article L.114-2 du Code des assurances :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil. Il s'agit notamment de la demande en justice, même en référé, de la reconnaissance du droit de celui contre lequel la prescription devrait jouer, et de l'acte d'exécution forcée.

Article L.114-3 du Code des assurances :

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

11•6 SUBROGATION

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

11•7 DÉFINITIONS

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérés comme accident :

- les pathologies lombaires ou relatives à tout ou partie de l'axe rachidien (sauf fracture) • le suicide, la tentative de suicide • l'infarctus du myocarde • les affections vasculaires • les crises d'épilepsie • les ruptures d'anévrisme • les embolies cérébrales • les hémorragies méningées • les affections dues à un choc émotif ou à un surmenage.

ADHÉRENT OU ASSURÉ

Personne physique ayant un statut non salarié de profession médicale ou paramédicale, qui adhère au présent contrat groupe et à l'Association, qui réside et exerce son activité professionnelle en France Métropolitaine à l'exclusion de la Corse et de Monaco, et sur laquelle repose l'assurance.

BASE DE GARANTIES

La base des garanties est un multiple du Plafond Annuel de la Sécurité sociale (PASS) en vigueur au 1^{er} janvier de l'année en cours. Elle est commune aux garanties Décès, Incapacité Temporaire Totale de travail et Invalidité Permanente.

CONJOINT

C'est la personne avec laquelle l'assuré est marié, ou a conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS), ou vit en concubinage. La désignation du concubin en tant que bénéficiaire des garanties en cas de décès doit être nominative. Cette désignation nominative permet en outre à l'assuré d'être lui-même considéré comme concubin pour la détermination des garanties en cas de décès, sous réserve de justifier de sa situation de concubinage. À défaut, celui-ci est assimilé à un célibataire.

CONJOINT COLLABORATEUR OU ASSOCIÉ

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

CRÉATEUR D'ENTREPRISE

Créateurs qui souscrivent les présentes garanties dans les 12 mois qui suivent la création de l'entreprise.

ENFANT À CHARGE

C'est l'enfant répondant à l'un des 5 critères suivants :

- enfant admis par l'administration fiscale pour déterminer le quotient familial applicable pour le calcul de l'impôt sur le revenu ;
- enfant pour lequel l'assuré verse une pension alimentaire déduite de son revenu imposable ;
- enfant du conjoint à la charge fiscale de l'assuré (tel que défini ci-dessus) ;
- enfant à la charge de l'assuré mais sans lui être rattaché fiscalement ;
- enfant du conjoint de l'assuré qui ne lui est pas rattaché fiscalement.

FRANCHISE

Période qui débute le premier jour d'Incapacité Temporaire Totale de travail et pendant laquelle aucune prestation n'est due.

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

Impossibilité momentanée pour l'assuré d'exercer totalement son activité professionnelle déclarée à l'adhésion, suite à une maladie ou à un accident reconnus médicalement par son régime de base.

MALADIE

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

MALADIE D'ORIGINE PSYCHO-PATHOLOGIQUE OU NEUROLOGIQUE

Sont considérées comme maladies psycho-pathologiques ou neurologiques :

- les affections neurologiques • les troubles psychologiques • l'asthénie • l'anxiété • la spasmophilie • les maladies nerveuses, psychosomatiques, névrotiques • les états dépressifs de toute nature • les aliénations mentales • les troubles de l'alimentation • les troubles de la personnalité et/ou du comportement • la fibromyalgie.

NON FUMEUR

Peuvent bénéficier du tarif non fumeur, les personnes pouvant certifier qu'elles n'ont pas fumé au cours des 24 mois précédant la date d'adhésion. Lors de l'adhésion, l'assuré signe une déclaration spéciale non fumeur indiquant qu'il s'engage à prévenir ALPTIS ASSURANCES s'il devenait fumeur. Dans ce cas, le tarif fumeur lui sera appliqué au prochain renouvellement annuel.

Sommaire

CONDITIONS GÉNÉRALES FRAIS GÉNÉRAUX	16-21
1• OBJET DU CONTRAT	16
2• ADHÉSION AU CONTRAT	16-17
3• VIE ET DURÉE DE L'ADHÉSION	17
4• NATURE DE LA GARANTIE	18
5• ÉTENDUE TERRITORIALE	18
6• FORMALITÉS MÉDICALES	18
7• LIMITATIONS ET EXCLUSIONS DE GARANTIES	18-19
8• COTISATIONS	19
9• PAIEMENT DES PRESTATIONS	19-20
10• OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT	20
11• DISPOSITIONS DIVERSES	20-21



Notice d'information contractuelle

Solution Professions Indépendantes®

PROFESSIONS MÉDICALES

PROFESSIONS PARAMÉDICALES

L'ADHÉSION

Pour les professions non salariées suivantes :

- **Médicaux** : médecins, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, pharmaciens, biologistes et sages femmes,
- **Paramédicaux** : ambulanciers, audio-prothésistes, chiropracteurs, diététiciens, ergothérapeutes, infirmiers(es), manipulateurs en électrocardiologie médicale, masseurs kinésithérapeutes, orthopédistes, orthophonistes, orthoptistes, ostéopathes, phytothérapeutes, podologues, pédicures, prothésistes, prothésistes dentaires, psychanalystes, psychologues, psychomotriciens, psychothérapeutes,

âgés de moins de **55 ans**, exerçant et résidant en France Métropolitaine à l'exclusion de la Corse et de Monaco.

Le présent document constitue la notice d'information contractuelle. Il reprend les dispositions du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n° FRBCOA03620 souscrit par les associations ALPTIS et APTI auprès de **ACE European Group Limited**, entreprise régie par le Code des assurances.

PRÉAMBULE

Il a été conclu entre :

- d'une part, l'association ALPTIS dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 et l'association APTI dont le siège social est situé 21, rue du Mail - BP4 - 38501 VOIRON CEDEX, associations loi 1901,
- et d'autre part, ACE European Group Limited dont le siège social est situé 100 Leadenhall Street, London, EC3A 3 BP, Royaume Uni - Société de droit étranger au capital de 544.741.144 £ enregistrée au registre de commerce et des compagnies de l'Angleterre et du Pays de Galles sous le numéro 1112892 - Direction Générale pour la France : Le Colisée - 8, avenue de l'Arche - 92419 COURBEVOIE CEDEX - 450 327 374 RCS Nanterre - APE 65.12Z,

ci-après dénommée l'Assureur, entreprise soumise aux dispositions du Code des assurances,

un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n° FRBCOAO3620.

Ce contrat est ouvert aux membres des associations ALPTIS et APTI. La gestion de ce contrat est déléguée à ALPTIS ASSURANCES, société de gestion et de courtage dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03. Le nom de l'association auprès de laquelle l'adhésion est enregistrée et les garanties choisies sont précisés sur votre certificat d'adhésion. Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code des assurances. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

1• OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de garantir au bénéficiaire des prestations (tel que défini au § 11•7 des conditions générales) qui a son siège social en France Métropolitaine **à l'exclusion de la Corse et de Monaco**, le remboursement de tout ou partie de ses **Frais Généraux Professionnels Permanents** en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'assuré par suite de maladie ou d'accident.

On entend par frais généraux l'ensemble des frais professionnels fixes et des dépenses ayant un caractère récurrent dans l'activité du bénéficiaire des prestations.

Sont ainsi admises les dépenses suivantes (sur présentation de justificatifs) :

- les dépenses d'eau, gaz, électricité, chauffage, téléphone, loyers et charges des locaux professionnels ;
- les intérêts et taxes payés sur les traites de financement des locaux professionnels ;
- les taxes et impôts professionnels ;
- les primes d'assurances professionnelles ;
- le coût des locations de matériel et mobilier (y compris crédit-bail) ;
- les salaires des salariés du bénéficiaire des prestations (charges et avantages en nature inclus) ;
- les charges sociales personnelles obligatoires de l'assuré.

N'entrent pas dans les frais généraux :

- la rémunération de l'assuré quel qu'en soit le mode (salaires, honoraires, prélèvements, dividendes, profits et autres avantages) ;
- la rémunération du personnel intérimaire ;
- les frais d'acquisition de toutes matières consommables, marchandises, fournitures, petit outillage ;
- l'ensemble des frais ne présentant pas un caractère récurrent dans le temps (frais exceptionnels, frais d'actes, de contentieux, amendes, agios, pertes diverses...) ;
- les mensualités de remboursement de prêt pour l'acquisition d'immobilisations corporelles ou incorporelles ;
- la TVA pour les sociétés qui y sont assujetties.

Le salaire du remplaçant n'est pas considéré comme une charge fixe. Néanmoins, l'indemnisation au titre du présent contrat peut servir à financer le salaire du remplaçant.

2• ADHÉSION AU CONTRAT

L'adhérent au contrat **SOLUTION PROFESSIONS MÉDICALES ET PARAMÉDICALES - Frais Généraux** est obligatoirement l'assuré non salarié de l'entreprise bénéficiaire des prestations.

2•1 PERSONNES ASSURABLES

Le présent contrat est réservé :

- aux **professions médicales** : médecins (CARMF) - médecins remplaçants, chirurgiens - dentistes (CARCDSF), vétérinaires (CARPV), pharmaciens (CAVP), biologistes (CAVP) et sages femmes (CARCDSF) ;
- aux **professions paramédicales** : ambulanciers, audio-prothésistes, chiropracteurs, diététiciens, ergothérapeutes, infirmiers(es), manipulateurs en électro-cardiologie médicale, masseurs kinésithérapeutes, orthopédistes, orthophonistes, orthoptistes, ostéopathes, phytothérapeutes, podologues, pédicures, prothésistes, prothésistes dentaire, psychanalystes, psychologues, psychomotriciens, psychothérapeutes, exerçant en entreprise individuelle ou en société et affiliés à la CARPIMKO, au RSI ou à la CIPAV ;

âgés de moins de **55 ans**, résidant et exerçant leur activité professionnelle en France Métropolitaine **à l'exclusion de la Corse et de Monaco**.

Les assurés doivent exercer de manière effective une activité professionnelle et ne doivent pas bénéficier d'aménagements du temps et/ou des conditions de travail pour raisons de santé.

Les conjoints collaborateurs ou associés ne peuvent pas adhérer à la garantie.

2•2 PROFESSIONS ET ACTIVITÉS NON ADMISES DANS LE RÉGIME

Les salariés, les saisonniers, les gérants minoritaires et égalitaires n'ont pas accès au contrat **SOLUTION PROFESSIONS MÉDICALES ET PARAMÉDICALES**. Les missions humanitaires à l'étranger ne sont pas admises.

De manière générale, toute profession caractérisée par un risque particulier lié à son exercice, eu égard aux critères de sélection de l'assureur, pourra faire l'objet d'une étude au cas par cas pouvant entraîner une acceptation (avec ou sans condition particulière) ou un refus de couverture. Les accidents, maladies, infirmités survenus à l'occasion de l'exercice d'une profession différente de celle indiquée à l'adhésion sont exclus.

2•3 CONDITIONS D'ADHÉSION

L'adhésion à la garantie Frais Généraux est facultative et n'est possible qu'en complément des garanties prévoyance de **SOLUTION PROFESSIONS MÉDICALES ET PARAMÉDICALES**. Elle peut être souscrite ultérieurement à l'adhésion initiale.

2•4 FORMALITÉS D'ADHÉSION

L'adhérent doit compléter, dater et signer une Demande d'Adhésion et se soumettre aux formalités médicales exigées (voir § 6).

2•5 DROIT DE RENONCIATION

L'adhérent dispose d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion de celle-ci (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion).

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

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

Modalités d'exercice du droit de renonciation :

Le courrier de renonciation devra être envoyé à ALPTIS ASSURANCES, 25 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, en recommandé avec accusé de réception.

Modèle de lettre de renonciation :

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

À..... Le

Signature

2•6 PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION ET DES GARANTIES

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

2•7 DÉLAIS D'ATTENTE

Le droit aux prestations de la garantie Frais Généraux est acquis dès la prise d'effet de l'adhésion en cas d'accident. Le droit aux prestations en cas de maladie est acquis 90 jours après la date d'adhésion.

Si l'assuré peut justifier avoir bénéficié de garanties antérieures de même nature et de niveau équivalent, résiliées par lui depuis moins de 90 jours, les délais ci-dessus peuvent être abrogés.

En cas d'augmentation des garanties en cours de contrat, les délais d'attente ci-dessus sont appliqués pour la prestation supplémentaire, à compter de la date d'effet de la majoration.

3• VIE ET DURÉE DE L'ADHÉSION

3•1 DURÉE DES GARANTIES

L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction.

3•2 ÉVOLUTION CONTRACTUELLE DES GARANTIES

Les garanties ne sont pas revalorisées, à moins que l'adhérent mette à jour sa base de garanties.

3•3 MODIFICATION DES GARANTIES

L'adhérent peut adapter les garanties lorsque les frais généraux du bénéficiaire des prestations varient, sous réserve de satisfaire aux formalités médicales prévues au § 6 Formalités médicales.

Lorsque les frais généraux du bénéficiaire des prestations diminuent, l'adhérent doit adapter sa base des garanties, afin qu'elle soit conforme à son niveau réel desdits frais généraux.

En cas d'augmentation des garanties en cours de contrat, dans le cas où l'assuré a changé de tranche d'âge, l'augmentation de garantie est tarifée dans la nouvelle tranche d'âge.

3•4 CESSATION DES GARANTIES

La garantie prend fin :

- en cas d'exercice de la faculté de renonciation ;
- lorsque l'assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension de retraite, et au plus tard à son 65^e anniversaire ;
- à la date à laquelle l'assuré n'exerce plus la profession déclarée à l'adhésion des présentes garanties ou à la date à laquelle l'entreprise cesse son activité ;
- lorsque l'assuré perd son statut de profession médicale ou paramédicale non salariée ou cesse son activité ;
- lorsque l'adhérent demande la résiliation des garanties qui prend effet au 31 décembre de chaque année, sous réserve d'en faire la demande par écrit avant le 1^{er} novembre, par lettre recommandée, adressée au siège d'ALPTIS ASSURANCES - 25 cours Albert Thomas 69445 Lyon cedex 03. Les cotisations restant dues pour la totalité de l'exercice ;
- en cas de dénonciation de l'adhésion suite à une modification du contrat d'assurance de groupe en application des dispositions de l'article L. 141-4 du Code des assurances ;
- en cas de résiliation du contrat d'assurance de groupe par l'Assureur ou l'Association ;
- l'Assureur peut mettre fin aux garanties à l'échéance anniversaire de l'adhésion, sous réserve de le notifier à l'assuré deux mois avant la date de la résiliation, par lettre recommandée à son dernier domicile connu ;
- en cas de démission par l'adhérent de l'association au 31 décembre par lettre recommandée avec un préavis de 2 mois ;
- en cas de non paiement des cotisations (voir § 8•2) ;
- en cas de décès de l'assuré ;
- en cas de résiliation de l'adhésion de l'assuré aux garanties prévoyance de SOLUTION PROFESSIONS MÉDICALES ET PARAMÉDICALES.

4• NATURE DE LA GARANTIE

4•1 BASE DES GARANTIES

La base de garanties est exprimée en euros par an. Elle ne peut être supérieure au montant réel des Frais Généraux Permanents Annuels.

Pour les professions médicales, elle ne peut être supérieure à 120 000 €. Pour les professions paramédicales, elle ne peut être supérieure à 90 000 €.

La base de garantie annuelle est choisie par tranche de 100 € et est au minimum de 1 000 €.

Lorsque plusieurs personnes sont associées pour l'exercice d'une activité dépendant d'une structure de gestion et d'exploitation commune, il conviendra de prendre en considération le montant des frais généraux incombant à chacune, proportionnellement à son engagement financier dans la structure, afin de déterminer exactement le montant de la garantie pouvant être souscrite, dans la limite du plafond ci-dessus.

4•2 FRANCHISE

Le service de la prestation Frais Généraux est subordonné à un état d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'assuré. La prestation est versée jusqu'au 365^e jour d'arrêt de travail (sous déduction de la franchise retenue).

La franchise (Maladie/Accident/Hospitalisation) est choisie à l'adhésion et est identique à celle de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail / Invalidité Permanente Totale. **Deux niveaux de franchise sont proposés :**

- 30/30/30 jours ;
- 30/3/3 jours (la franchise de 30 jours est ramenée à 3 jours en cas d'accident ou d'hospitalisation de plus de 3 jours).

4•3 RECHUTE

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

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

Si ce nouvel arrêt est lié aux conséquences d'un accident déjà indemnisé, c'est la franchise maladie qui s'applique.

En outre, en cas de rechute de pathologie lombaire ou relative à l'axe rachidien, la franchise s'applique de nouveau quelque soit la durée de reprise entre les deux arrêts de travail.

5• ÉTENDUE TERRITORIALE

L'ensemble des garanties du contrat s'applique en France et dans le monde entier pour les séjours touristiques et les missions professionnelles n'excédant pas 3 mois. Les séjours supérieurs à 3 mois (en une ou plusieurs fois) peuvent faire l'objet d'études au cas par cas auprès de l'assureur.

Pour les incapacités de travail survenues hors de France

L'événement est garanti sous réserve :

- que l'assuré soit domicilié en France Métropolitaine, **hors Corse et Monaco** ;
- que le constat médical de l'Incapacité Temporaire Totale de travail soit effectué en France Métropolitaine, **hors Corse et Monaco**.

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

- dès le 1^{er} jour en cas d'hospitalisation ;
- sinon au jour du rapatriement de l'assuré en France Métropolitaine **hors Corse et Monaco**.

Dans tous les cas, la prise en charge débute après l'expiration de la franchise prévue au certificat d'adhésion.

6• FORMALITÉS MÉDICALES

6•1 LORS DE L'ADHÉSION INITIALE

Aucune formalité médicale complémentaire à celles demandées dans le cadre de l'adhésion aux garanties Prévoyance de **SOLUTION PROFESSIONS MÉDICALES ET PARAMÉDICALES** n'est exigée.

6•2 EN COURS DE CONTRAT

Formalités médicales applicables en cas de souscription ultérieure de la garantie Frais Généraux ou en cas d'augmentation de la base des garanties

Des formalités médicales complémentaires seront réclamées en fonction de la base des garanties Frais Généraux souscrite.

Rappel : cette base ne peut être supérieure aux plafonds définis ci-dessus (voir § 4•1).

Formalités médicales applicables en cas de modification de la franchise

- En cas de réduction de la franchise (la franchise étant égale à celle de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail) : des formalités médicales complémentaires seront réclamées en fonction de la base des garanties Frais Généraux souscrite.
- En cas d'augmentation de la franchise : aucune formalité médicale ne s'applique.

7• LIMITATIONS ET EXCLUSIONS DE GARANTIES

Limitation de l'indemnisation en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail suite à :

- **Une des maladies d'origine psycho-pathologique ou neurologique décrites au § 11•7 Définitions.**
Ces affections et leurs conséquences sont indemnisées uniquement lorsqu'elles ont donné lieu à une hospitalisation d'au moins 8 jours consécutifs dans un établissement psychiatrique ou service psychiatrique d'un établissement hospitalier ;
- **Une des pathologies relative à l'axe rachidien : maladies para-vertébrales, disco-vertébrales ou dorso-lombaires (cervicalgies, cruralgies, dorsalgies, hernies discales, lombalgies, sciatiques...). Ces affections et leurs conséquences sont indemnisées si elles ont donné lieu à une hospitalisation continue supérieure à 48 heures.**

- Une grossesse.

Le service de la prestation Frais Généraux est suspendu pendant la période du congé légal de maternité de l'assuré. Les maladies en rapport avec une grossesse ou la procréation assistée donnent lieu à indemnisation si elles sont reconnues comme pathologiques par le Médecin Conseil de l'Assureur.

Sont exclues les conséquences des événements suivants :

- la guerre étrangère, la guerre civile, grèves. Il appartient au bénéficiaire de prouver que le sinistre est dû à un fait autre que ceux cités ;
- les accidents d'avion lorsque l'assuré se trouve à bord, en qualité de pilote ;
- les accidents aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essais, vols sur prototype, record ou tentative de record ;
- les émeutes, les mouvements populaires, les actes de terrorisme ;
- les maladies ou accidents qui résultent du fait intentionnel de l'assuré ou du bénéficiaire (art. L. 132-24 du Code des assurances) et d'une façon générale tous les cas prévus par la loi : le suicide, la tentative de suicide et la mutilation volontaire ;
- les accidents qui proviennent directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique ;
- les sinistres résultant de la conduite d'un véhicule alors que l'assuré est sous l'emprise d'un état alcoolique au sens de la réglementation du Code de la route ;
- les maladies, invalidités et accidents manifestés antérieurement à la prise d'effet des garanties (ou la remise en vigueur des garanties ou la date d'augmentation des garanties) et non déclarés sur le questionnaire médical, ainsi que ceux ayant donné lieu à limitation ou exclusion de garantie sur le certificat d'adhésion ;
- les sports pratiqués à titre professionnel et leurs conséquences ainsi que tout sport pratiqué en qualité d'amateur licencié participant à des compétitions, matches ou paris comportant l'utilisation d'animaux, de véhicules ou d'embarcations à moteur ;
- les conséquences de la pratique de l'ulm, de l'aile volante, du parapente, du parachutisme, de la plongée sous marine (au-delà de 20 mètres), de l'alpinisme, du basejump, du speed riding, du ski extrême, de la boxe, du krav maga, de la spéléologie et du saut à l'élastique ;
- les cures de toute nature, notamment thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement ou d'engraissement, de désintoxication ;
- les accidents, maladies, infirmités survenus à l'occasion de l'exercice d'une profession différente de celle indiquée à l'adhésion.

8• COTISATIONS

8•1 MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est fonction :

- de la base des garanties souscrite ;
- de l'âge de l'assuré. L'adhérent bénéficie d'un tarif préférentiel jusqu'à 40 ans ;
- de la classe professionnelle ;
- de la franchise souscrite ;
- le tarif est minoré lorsque l'assuré est non fumeur, au sens défini au § 11•7 Définitions.

8•2 PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, avec possibilité de fractionnement par semestre, trimestre ou mois, au choix de l'adhérent.

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

Néanmoins, la totalité des cotisations de l'année en cours sera exigée, majorée des frais de poursuite et de recouvrement.

Toute maladie ou accident, et leurs conséquences, survenus pendant une période de suspension sont définitivement exclus.

8•3 ÉVOLUTION DES COTISATIONS

Les cotisations évoluent en fonction de l'évolution de la base des garanties choisie par l'adhérent.

8•4 MODIFICATION DU TARIF EN FONCTION DES RÉSULTATS DU CONTRAT

En cas de déséquilibre technique du contrat, l'Assureur, en accord avec l'Association, a la possibilité d'augmenter les cotisations.

Dans ce cas, ALPTIS ASSURANCES informe les adhérents, qui disposent individuellement d'un délai de trente jours pour résilier leur adhésion à l'échéance annuelle. Passé ce délai, l'adhérent accepte implicitement l'augmentation des cotisations.

Les augmentations tarifaires seront différenciées en fonction des résultats du groupe assuré, qui est composé d'assurés présentant des caractéristiques communes : année d'adhésion, classe professionnelle, garanties souscrites.

9• PAIEMENT DES PRESTATIONS

L'indemnisation se fait en France Métropolitaine (**hors Monaco et Corse**), et en euros, au bénéficiaire des prestations.

9•1 FORMALITÉS À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

Le délai de déclaration d'un arrêt de travail est de 5 jours maximum, sauf cas de force majeure.

Ensuite, l'assuré doit transmettre à ALPTIS ASSURANCES, la déclaration d'incapacité de travail fournie par ALPTIS ASSURANCES et complétée par l'assuré, le certificat médical prescrivant l'arrêt de travail, ou s'il y a lieu, le bulletin d'hospitalisation.

En cas d'accident, la date, l'heure, les circonstances et le lieu de survenance de celui-ci.

En cas de retard, sauf cas de force majeure, la période de franchise ne commence à courir qu'à partir de la date à laquelle l'arrêt de travail a été déclaré à ALPTIS ASSURANCES.

Si le retard atteint trois mois, il exclut le versement de la prestation Frais Généraux prévue.

Par ailleurs, il convient de fournir toutes pièces justificatives de l'incapacité de travail et notamment le certificat du médecin traitant, les éléments comptables nécessaires au calcul du montant des frais généraux, ainsi que la copie du dernier compte de résultat du bénéficiaire des prestations.

Toute prolongation d'arrêt de travail doit être signalée. L'assuré devra se prêter à tout examen ou expertise des médecins mandatés par l'Assureur et fournir toutes pièces que celui-ci jugera nécessaire de lui demander, à défaut de quoi le droit aux prestations sera perdu.

Par ailleurs, l'assuré doit autoriser l'accès à son domicile au délégué de l'Assureur tous les jours ouvrables entre 9 heures et 21 heures.

L'assuré est tenu de rester à son domicile, en dehors des heures de sortie prévues par son médecin traitant. À défaut, il peut être déchu de tout droit à prestations.

9•2 REMBOURSEMENT DES FRAIS GÉNÉRAUX

La prestation Frais Généraux prévue est versée mensuellement, à terme échu.

Elle prend fin :

- lorsque l'Incapacité Temporaire Totale de travail cesse (y compris en cas de reprise partielle dans un but thérapeutique) ;
- au plus tard au 365^e jour d'Incapacité Temporaire Totale de travail ;
- en cas de refus de l'assuré de se soumettre à un contrôle médical, ou en cas d'absence injustifiée au domicile ;
- lorsque l'assuré atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension de retraite et au plus tard à son 65^e anniversaire.

9•3 LITIGES D'ORDRE MÉDICAL

Toute décision qui n'est pas contestée dans les 30 jours est considérée comme acquise.

En cas de contestation de l'assuré, il doit transmettre une attestation médicale contestant la décision du Médecin Conseil de l'Assureur. À réception de ce document, un troisième médecin, choisi d'un commun accord par les deux parties, sera désigné pour les départager, à frais partagés.

Si l'assuré et l'Assureur ne parviennent pas à s'accorder sur la désignation du médecin expert, la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du lieu de domicile de l'assuré. Cette nomination est effectuée sur simple requête signée des deux parties ou d'une seule, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée.

Le rapport d'expertise amiable ne pourra pas être invalidé par les parties.

Tant que cette expertise amiable n'a pas eu lieu, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire.

10• OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT

10•1 MODIFICATION OU CESSATION DU RISQUE

Sous peine de l'application des dispositions en cas de fausse déclaration, l'adhérent a l'obligation de signaler tout changement de situation (domicile, statut, profession, fumeur / non fumeur...). En outre, l'adhérent doit veiller à l'adaptation de ses garanties en cas de baisse des revenus.

En cas de cessation de son activité, l'information doit parvenir à l'Assureur dans les plus brefs délais, et au plus tard dans les trois mois suivant cette cessation. Les garanties prennent fin le jour même de la cessation d'activité.

Dans le cas contraire, les prestations seront réduites proportionnellement aux cotisations qui auraient été payées si l'assuré avait déclaré le changement.

En cas de déclaration tardive, l'Assureur peut appliquer à l'adhérent la déchéance du droit à indemnisation, s'il est établi que ce retard lui a causé un préjudice (les cotisations restant dues jusqu'à la date de la déclaration de modification ou de cessation du risque).

10•2 SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

Pour les déclarations à faire à la souscription du contrat, et éventuellement celles devant être faites en cours de contrat, l'adhérent est prévenu que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, même si elle a été sans influence sur le sinistre, entraîne l'application, suivant le cas, des articles L. 113-8 (nullité de l'adhésion) ou L. 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances.

11• DISPOSITIONS DIVERSES

11•1 LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies par ALPTIS ASSURANCES sont nécessaires à l'appréciation de la demande d'adhésion et font l'objet d'un traitement informatique pour les besoins de la gestion de votre adhésion au contrat. Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude ou d'obligations légales et à des fins commerciales. Certaines de ces données seront transmises à l'association souscriptrice, à l'organisme assureur et à nos partenaires appelés à connaître de l'adhésion en raison de sa gestion. ALPTIS ASSURANCES prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité de vos données personnelles. Conformément à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent ; vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à : ALPTIS ASSURANCES, 25 cours Albert Thomas, 69445 Lyon cedex 03 ou contact-cnif@alptis.fr. ALPTIS ASSURANCES se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires.

11•2 EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, l'adhérent peut formuler sa réclamation au Service Client d'ALPTIS ASSURANCES, 25 cours Albert Thomas - 69003 Lyon ou à l'adresse suivante : serviceclient@alptis.fr en précisant son numéro d'adhérent.

Si la réponse apportée ne convient pas, l'adhérent peut adresser une nouvelle réclamation auprès de l'organisme assureur qui communiquera, si la position est maintenue, les coordonnées d'un médiateur indépendant.

11•3 ORGANISMES DE CONTRÔLE

Financial Services Authority - 25 The North Colonnade - Canary Wharf - Londres E145HS - Royaume Uni, est chargée du contrôle de l'Assureur : ACE European Group Limited. Dans certains cas, le contrôle peut être exercé dans des conditions différentes de celles applicables au Royaume Uni. L'autorité de contrôle prudentiel (ACP) - 61, rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09, est chargée du contrôle de l'organisme gestionnaire du contrat : ALPTIS ASSURANCES.

11•4 FONDS DE GARANTIE

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

11•5 PRESCRIPTION

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

Article L.114-1 du Code des assurances :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

Article L.114-2 du Code des assurances :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil. Il s'agit notamment de la demande en justice, même en référé, de la reconnaissance du droit de celui contre lequel la prescription devrait jouer, et de l'acte d'exécution forcée.

Article L.114-3 du Code des assurances :

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

11•6 SUBROGATION

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

11•7 DÉFINITIONS

ACCIDENT

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

Ne sont pas considérés comme accident :

• les pathologies lombaires ou relatives à tout ou partie de l'axe rachidien (sauf fracture) • le suicide, la tentative de suicide • l'infarctus du myocarde • les affections vasculaires • les crises d'épilepsie • les ruptures d'anévrisme • les embolies cérébrales • les hémorragies méningées • les affections dues à un choc émotif ou à un surmenage.

ADHÉRENT OU ASSURÉ

Personne physique ayant un statut de non salarié de profession médicale ou paramédicale, qui adhère au présent contrat groupe et à l'association, qui réside et exerce son activité professionnelle en France Métropolitaine à l'exclusion de la Corse et de Monaco, et sur laquelle repose l'assurance.

BÉNÉFICIAIRE DES PRESTATIONS

Entreprise dont l'adhérent est le dirigeant TNS, qui a son siège social en France Métropolitaine à l'exclusion de la Corse et Monaco, et dont le présent contrat garantit le remboursement de tout ou partie de ses frais généraux permanents en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail de l'assuré.

BASE DE GARANTIES

La base des garanties correspond au montant de frais généraux permanents annuels souscrit lors de l'adhésion. Ce montant ne peut dépasser les frais généraux de l'exercice précédant l'année d'adhésion.

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

Impossibilité momentanée pour l'assuré d'exercer totalement son activité professionnelle déclarée à l'adhésion, suite à une maladie ou à un accident reconnu médicalement.

MALADIE

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

MALADIE D'ORIGINE PSYCHO-PATHOLOGIQUE OU NEUROLOGIQUE

Sont considérées comme maladies psycho-pathologiques ou neurologiques :

• les affections neurologiques • les troubles psychologiques • l'asthénie • l'anxiété • la spasmophilie • les maladies nerveuses, psychosomatiques, névrotiques • les états dépressifs de toute nature • les aliénations mentales • les troubles de l'alimentation • les troubles de la personnalité et/ou du comportement • la fibromyalgie.

NON FUMEUR

Peuvent bénéficier du tarif non fumeur, les personnes pouvant certifier qu'elles n'ont pas fumé au cours des 24 mois précédant la date d'adhésion. Lors de l'adhésion, l'assuré signe une déclaration spéciale non fumeur indiquant qu'il s'engage à prévenir ALPTIS ASSURANCES s'il devenait fumeur. Dans ce cas, le tarif fumeur lui sera appliqué au prochain renouvellement annuel.

Sommaire

DESCRIPTIF DES PRESTATIONS SANTÉ	24
CONDITIONS GÉNÉRALES SANTÉ	25-29
1• OBJET DU CONTRAT	25
2• ADHÉSION AU CONTRAT	25-26
3• GARANTIES	26-27
4• COTISATIONS	27
5• CESSATION DES GARANTIES	28
6• DEMANDES DE REMBOURSEMENTS	28
7• VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES	28
8• CHANGEMENT DE LA SITUATION DE L'ASSURÉ	28
9• DISPOSITIONS DIVERSES	29

[sans questionnaire médical]

Notice d'information contractuelle

Solution Professions Indépendantes®

PROFESSIONS MÉDICALES

PROFESSIONS PARAMÉDICALES

L'ADHÉSION

Pour les professions non salariées suivantes :

- **Médicaux** : médecins, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, pharmaciens, biologistes et sages femmes,
- **Paramédicaux** : ambulanciers, audio-prothésistes, chiropracteurs, diététiciens, ergothérapeutes, infirmiers(es), manipulateurs en électrocardiologie médicale, masseurs kinésithérapeutes, orthopédistes, orthophonistes, orthoptistes, ostéopathes, phytothérapeutes, podologues, pédicures, prothésistes, prothésistes dentaires, psychanalystes, psychologues, psychomotriciens, psychothérapeutes,

âgés de moins de **55 ans**, exerçant et résidant en France Métropolitaine à l'exclusion de la Corse et de Monaco.

Le présent document constitue la notice d'information contractuelle, prévue par l'article L. 141-4 du Code des assurances. Il reprend les dispositions du contrat d'assurance de groupe n° **135 234**, souscrit par les associations ALPTIS et APTI auprès de **SHAM - SOCIÉTÉ HOSPITALIÈRE D'ASSURANCES MUTUELLES**, entreprise régie par le Code des assurances.

Les remboursements incluent les remboursements du régime de base (sauf pour les montants exprimés en euros) ; ils ne peuvent dépasser les frais restant à la charge de l'assuré.

Frais pris en charge	NIVEAU 200	NIVEAU 300	NIVEAU 400	NIVEAU 500
HOSPITALISATION MÉDICALE/CHIRURGICALE/À DOMICILE ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS (voir définition page 26)				
• Frais de séjour et honoraires en secteur conventionné	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
• Frais de séjour et honoraires en secteur non conventionné	200 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS	500 % BRSS
• Chambre particulière en secteur conventionné maxi 90 jours en établissements spécialisés	60 €/jour	80 €/jour	100 €/jour	120 €/jour
• Séjour accompagnant (sans limite d'âge)	30 €/jour	40 €/jour	50 €/jour	60 €/jour
• Forfait hospitalier	Frais Réel	Frais Réels	Frais Réels	Frais Réels
MATERNITÉ Plafond de remboursement doublé en cas de naissance gémellaire	300 €	450 €	600 €	750 €
SOINS ET PRESTATIONS INOPINÉS À L'ÉTRANGER (pris en charge par le régime de base)	200 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS	500 % BRSS
FRAIS MÉDICAUX COURANTS				
• Consultations et visites				
• Actes techniques médicaux, actes d'obstétrique	200 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS	500 % BRSS
• Actes d'anesthésie, actes de chirurgie				
• Actes d'imagerie et d'échographie				
• Analyses, auxiliaires médicaux, transports				
• Actes d'ostéopathe, d'étiopathe, de pédicure, de podologue, de chiropracteur, d'acupuncteur, de diététicien, non pris en charge par le régime de base (5 séances par an et par assuré, toutes spécialités confondues)	30 € par séance	40 € par séance	50 € par séance	60 € par séance
PHARMACIE				
• Pharmacie remboursée par le régime de base	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS	100 % BRSS
• Pharmacie prescrite mais non prise en charge par le régime de base : médicaments, contraceptifs, préparations pharmaceutiques, traitement du paludisme. La parapharmacie est exclue.		50 % des Frais Réels dans la limite de		
• Automédication: antalgiques et traitement troubles gastro- intestinaux	30 €/an	40 €/an	50 €/an	60 €/an
DENTAIRE				
• Soins	200 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS	500 % BRSS
• Prothèses et orthodontie remboursées par le régime de base	200 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS	500 % BRSS
• Prothèses et orthodontie non remboursées par le régime de base				
• Parodontie et implantologie	400 €/an	600 €/an	800 €/an	1 000 €/an
Plafond de remboursement par assuré pour l'ensemble du poste dentaire hors soins	4 000 €/an	4 000 €/an	4 000 €/an	4 000 €/an
OPTIQUE				
• Verres, monture, lentilles prescrites remboursées ou non prises en charge par le régime de base y compris lentilles jetables, chirurgie réfractive :				
- Montant de base	200 €/an	300 €/an	400 €/an	500 €/an
- Si aucun remboursement n'est intervenu l'année précédente	300 €/an	450 €/an	600 €/an	750 €/an
- Si aucun remboursement n'est intervenu les 2 années précédentes	400 €/an	600 €/an	800 €/an	1 000 €/an
PROTHÈSES MÉDICALES				
• Orthopédie, prothèses médicales	200 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS	500 % BRSS
• Prothèses auditives	400 €	600 €	800 €	1 000 €
CURES THERMALES (acceptées par le régime de base)	400 €	600 €	800 €	1 000 €
PRÉVENTION				
• Actes remboursés par le régime de base	200 % BRSS	300 % BRSS	400 % BRSS	500 % BRSS
• Actes non pris en charge par le régime de base :				
- vaccins non pris en charge par le régime de base				
- ostéodensitométrie non prise en charge, amniocentèse	30 €/an	40 €/an	50 €/an	60 €/an
- sevrage tabagique (patch, acupuncture, laserothérapie)				
SERVICES				
• Tiers payant et remboursements automatisés (télétransmission)	Oui	Oui	Oui	Oui
• Assistance PLUS (se reporter à la notice Assistance Plus)	Oui	Oui	Oui	Oui
• Protection juridique santé (se reporter à la notice Protection Juridique Santé)	Oui	Oui	Oui	Oui
• Exonération des cotisations en cas de décès accidentel (se reporter à la notice Assistance Plus)	Oui	Oui	Oui	Oui

BRSS (Base de Remboursement Sécurité Sociale) : tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par la Sécurité sociale française. Ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné. Les remboursements en % de la BRSS incluent les remboursements du régime de base. Les montants exprimés en euros interviennent en complément du régime de base dans la limite d'un forfait défini par bénéficiaire. Lorsqu'ils intègrent une limite annuelle, celle-ci s'applique par année d'adhésion, c'est-à-dire par période de 12 mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie. Les remboursements ne peuvent dépasser les frais restant à la charge du bénéficiaire de prestations. Les garanties du présent contrat s'inscrivent dans le cadre du dispositif législatif des contrats d'assurances visés à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale dits "contrats responsables".

PRÉAMBULE

Il a été conclu entre :

- d'une part, l'association ALPTIS dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 et l'association APTI dont le siège social est situé 21, rue du Mail - BP4 - 38501 VOIRON CEDEX, associations loi de 1901,
- et d'autre part, SHAM, Société Hospitalière d'Assurances Mutuelles - Société d'Assurance Mutuelle – SIREN N° 779 860 881 RCS LYON - entreprise régie par le Code des assurances,

un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n° 135 234.

Ce contrat est ouvert aux membres des associations ALPTIS et APTI. La gestion de ce contrat est déléguée à ALPTIS ASSURANCES, société de gestion et de courtage dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03.

Le nom de l'association auprès de laquelle l'adhésion est effectuée et la garantie choisie sont précisés sur votre certificat d'adhésion. Le contrat s'inscrit dans le cadre du dispositif législatif des contrats responsables et solidaires. Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code des assurances. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

1• OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de garantir aux assurés le remboursement des frais médicaux et chirurgicaux qu'ils ont engagés, dans la limite des garanties et du niveau souscrit (cf. Descriptif des prestations). Ce contrat ne peut être souscrit en tant que surcomplémentaire à une assurance complémentaire de Frais de Santé.

2• ADHÉSION AU CONTRAT

2•1 PERSONNES ASSURABLES ET CONDITIONS D'ADHÉSION

Peuvent bénéficier des garanties du présent contrat les professions non salariées suivantes :

- **Médicaux** : médecins, chirurgiens - dentistes, vétérinaires, pharmaciens, biologistes et sages femmes ;
- **Paramédicaux** : ambulanciers, audio-prothésistes, chiropracteurs, diététiciens, ergothérapeutes, infirmiers(es), manipulateurs en électro-cardiologie médicale, masseurs kinésithérapeutes, orthopédistes, orthophonistes, orthoptistes, ostéopathes, phytothérapeutes, podologues, pédicures, prothésistes, prothésistes dentaires, psychanalystes, psychologues, psychomotriciens, psychothérapeutes ;

résidant et exerçant une des professions suivantes en France Métropolitaine (**à l'exclusion de la Corse et de Monaco**) ;

âgés de moins de **55 ans** (55 ans exclu) au jour de l'adhésion.

Et leurs ayants droit résidant en France Métropolitaine (**à l'exclusion de la Corse et de Monaco**),

- leur conjoint ;
- leur(s) enfant(s) de moins de 18 ans, ou de moins de 26 ans s'ils poursuivent des études ou s'ils sont embauchés en contrat aidé (d'apprentissage, de qualification, initiative emploi, orientation...), ou sans limite d'âge s'ils bénéficient de l'allocation pour les personnes handicapées prévue par la loi 75-534 du 30 Juin 1975.

Tous les assurés doivent souscrire le même niveau de garantie.

L'assuré travailleur non salarié doit être affilié au Régime Social des Indépendants (RSI) ou au Régime de Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés (PAMC).

Les ayants droit doivent être affiliés à l'un des régimes légaux français **hors DOM** (voir Définition au § 9•8).

L'adhésion à la présente garantie est subordonnée à l'adhésion, acceptée par l'Assureur, à la garantie Prévoyance du contrat **SOLUTION PROFESSIONS MÉDICALES ET PARAMÉDICALES**.

2•2 FORMALITÉS D'ADHÉSION

- L'adhérent doit compléter, signer et dater une demande d'adhésion indiquant l'option choisie et les éventuels ayants droit inscrits.
- Aucun questionnaire médical n'est exigé. Toutefois, l'adhésion à la garantie Santé étant subordonnée à l'adhésion à la garantie Prévoyance du contrat **SOLUTION PROFESSIONS MÉDICALES ET PARAMÉDICALES**, le refus du risque du travailleur non salarié en prévoyance engendre un refus de l'adhésion sur le risque santé.

2•3 PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date indiquée dans le certificat d'adhésion et au plus tôt le lendemain de la réception au siège d'ALPTIS ASSURANCES de la Demande d'Adhésion complétée et signée sous réserve d'acceptation notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion et du paiement de la 1^{ère} cotisation.

2•4 DROIT DE RENONCIATION

L'adhérent dispose d'un délai de 14 (quatorze) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date de conclusion de celle-ci (qui correspond à la date d'émission du certificat d'adhésion).

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

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

En cas de démarchage à domicile :

L'article L. 112-9 du Code des assurances dispose que "Toute personne physique qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de quatorze jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités".

Modalités d'exercice du droit de renonciation :

Le courrier de renonciation devra être envoyé à ALPTIS ASSURANCES, 25 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, en recommandé avec accusé de réception.

Modèle de lettre de renonciation :

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

À..... Le

Signature

2•5 PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Le droit aux prestations est acquis, à l'égard de chaque bénéficiaire, à la date de prise d'effet de l'adhésion ou de l'inscription au contrat en cas de modification de la situation de famille.

2•6 MODIFICATION DE GARANTIE

Après un an d'adhésion à la garantie, l'adhérent pourra demander la modification de sa garantie (en optant pour un niveau inférieur ou supérieur) pour un effet au 1^{er} janvier ou 1^{er} juillet suivant la demande. Les limites d'âge d'accès aux garanties doivent aussi être respectées lors de la modification de la garantie.

2•7 DURÉE DE L'ADHÉSION

L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction.

En cours de contrat, aucun assuré ne peut être exclu de la garantie, ni voir sa cotisation majorée en raison d'une dégradation de son état de santé.

3• GARANTIES

3•1 RISQUES COUVERTS

Les prestations garanties sont complémentaires aux prestations en nature des assurances maladie et maternité du régime de base de l'assuré et leur attribution est subordonnée à la déclaration et à la prise en charge par cet organisme des frais engagés par l'assuré (sauf mention explicite dans le descriptif des prestations). Les prestations accordées par l'organisme assureur visent au remboursement des dépenses pour les types d'actes ci-après énumérés, sous réserve des exclusions figurant au § 3•10 Risques exclus.

Sont couverts les frais médicaux et l'hospitalisation résultant d'un accident, d'une maladie et de la maternité.

Seuls les frais expressément mentionnés dans le descriptif des prestations sont pris en charge.

Le présent contrat dit responsable, prend en charge dans les conditions fixées par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

- les prestations liées aux consultations et prescriptions des médecins consultés dans le cadre du respect du parcours de soins, mentionnées à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale dans les conditions définies au I de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale ;
- les prestations liées à la prévention dans les conditions définies au II de l'article R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale, dont la liste est fixée par l'arrêté du 8 juin 2006.

3•2 FONCTIONNEMENT DES MONTANTS EXPRIMÉS EN EUROS

Les montants exprimés en euros sont alloués par année d'adhésion, c'est-à-dire par période de 12 mois successifs (à partir de la date d'effet de la garantie).

3•3 PRESTATIONS OPTIQUES

Si le montant exprimé en euros n'a pas été utilisé au cours d'une année, calculée à partir de la date d'effet de la garantie de l'assuré, 50 % de ce montant s'ajoute au montant de l'année suivante, dans la limite de 2 années, soit au maximum deux fois la valeur initiale du montant de base.

3•4 MÉDECINES NATURELLES

Les actes, non pris en charge par le régime de base, d'ostéopathes, étioopathes, pédicures, podologues, chiropracteurs, acupuncteurs et diététiciens sont pris en charge dans la limite de 5 séances par année d'adhésion (c'est-à-dire par période de 12 mois successifs à compter de la date d'effet de la garantie) et par assuré selon le montant prévu, toutes spécialités confondues. Ces actes doivent avoir été réalisés par des praticiens diplômés d'un établissement de formation agréé par le Ministère de la Santé (ce praticien doit être un médecin lorsqu'il s'agit de séances d'acupuncture).

3•5 HOSPITALISATION MÉDICALE, CHIRURGICALE, À DOMICILE, ÉTABLISSEMENTS SPÉCIALISÉS

Seuls sont pris en charge les soins et séjours effectués au sein des établissements sanitaires. On entend par établissements sanitaires :

- les établissements de médecine, chirurgie ;
- les établissements obstétricaux (au titre de la chirurgie) ;
- les établissements spécialisés :
 - les établissements psychiatriques,
 - les établissements de soins de suite,
 - les établissements de réadaptation.

Pour pouvoir être indemnisé, le séjour doit donner lieu en outre à facturation du forfait journalier (sauf dans le cas de l'hospitalisation à domicile).

La chambre particulière n'est indemnisée que pour une durée maximum de 90 jours dans les établissements spécialisés pris en charge.

Les prestations et séjours effectués au sein des établissements médico-sociaux ne sont pas pris en charge.

3•6 CURES THERMALES

Seules les cures thermales médicalement prescrites et acceptées par le régime obligatoire sont prises en charge.

3•7 PRISE EN CHARGE EN CAS D'HOSPITALISATION

En cas d'hospitalisation dans toute la France Métropolitaine et dans les DOM dans un établissement conventionné (cliniques, hôpitaux publics et privés) pratiquant le tiers payant avec les caisses de Sécurité sociale, ALPTIS ASSURANCES délivre des prises en charge. Le tiers payant hospitalisation est accordé jusqu'à 400 % de la BRSS quel que soit le niveau. Le complément du remboursement sera versé à l'adhérent sur présentation de la facture de l'établissement hospitalier.

3•8 MATERNITÉ

La maternité n'est pas intégrée dans le poste hospitalisation. Les frais de maternité sont pris en charge au titre du poste maternité et dans la limite du plafond d'indemnisation prévu à la garantie. Ce plafond est doublé en cas de naissances gémellaires ou multiples.

3•9 ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties sont accordées en France Métropolitaine, et dans le monde entier (y compris en Corse et à Monaco), lors de séjours n'excédant pas trois mois.

Toutefois, l'indemnisation des soins effectués à l'étranger est subordonnée à la prise en charge par le régime de base en France.

Le niveau des remboursements est défini dans le poste "Soins et prestations inopinés à l'étranger" du descriptif des prestations.

Les règlements sont effectués en France et en euros.

3•10 RISQUES EXCLUS

Ne sont pas pris en charge les frais qui sont la conséquence de :

- la guerre civile et étrangère ;
- la désintégration du noyau atomique ;
- les faits volontaires de l'assuré, y compris la mutilation volontaire et la tentative de suicide ;
- l'usage de stupéfiants non ordonnés médicalement.

De plus, ne sont pas pris en charge :

- les frais relatifs aux soins effectués antérieurement à la date d'adhésion ou postérieurement à la date de cessation des garanties ;
- les séjours qui sont en cours à la date d'adhésion, dans tous types d'établissements, sauf si l'adhésion fait suite à une couverture antérieure, sans interruption entre les deux contrats ;
- les séjours et frais relatifs aux établissements médico-sociaux : établissements pour personnes handicapées (institut ou centre médico-psychopédagogiques, institut médico-éducatif, maison accueil spécialisée, institut médico-professionnel, foyer d'accueil médicalisé, service d'accueil médico-social pour adulte handicapé...), établissements pour personnes âgées (maison de retraite, établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, service de soins infirmiers à domicile...), les CCAA, ACT, CAARUD, LHSS... ;
- les séjours en maisons d'enfants ;
- les frais relatifs aux établissements de longs séjours ;
- les cures de sommeil, amaigrissement, rajeunissement, désintoxication, ainsi que leurs suites ;
- la chirurgie esthétique et les actes esthétiques non consécutifs à un accident ; le caractère esthétique est établi par le Médecin Conseil de l'organisme assureur indépendamment de tout accord ou refus de prise en charge du régime de base de l'assuré ;
- les actes cotés hors nomenclature sauf mention contraire prévue dans le descriptif des prestations.

Les garanties du présent contrat dit responsable ne couvrent pas, conformément à l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application :

- la participation forfaitaire instaurée par l'article L. 322-2-II du Code de la Sécurité sociale et la franchise médicale instaurée par l'article L. 322-2-III du Code de la Sécurité sociale concernant les médicaments, le transport et les actes paramédicaux ;
- les pénalités résultant du non respect du parcours de soins :
 - la majoration du ticket modérateur mentionnée à l'article L. 162-5-3 du Code de la Sécurité sociale ;
 - les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques pris en application du 18° de l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale, à hauteur au moins du dépassement autorisé sur les actes cliniques ;
- tout autre acte, prestation, majoration, franchise ou dépassement d'honoraire dont la prise en charge serait exclue par l'article L. 871-1 du Code de la Sécurité sociale et ses textes d'application.

Enfin, en tout état de cause, aucune exclusion ne peut être opposée à la prise en charge des frais pour lesquels des obligations minimales de couverture sont fixées aux articles R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale.

3•11 LIMITE DES PRESTATIONS

Conformément à l'article 9 alinéa 1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 et à l'article 2 alinéa 1 du décret n° 90-769 du 30 août 1990, les remboursements ou indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale. Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leurs effets dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, le bénéficiaire du contrat ou de la convention peut obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de son choix.

4• COTISATIONS

4•1 PAIEMENT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est fonction du lieu de résidence et du choix de cotisation (isolé/famille).

Les cotisations sont payables d'avance annuellement.

Elles peuvent faire l'objet d'un fractionnement semestriel, trimestriel ou mensuel, sans frais.

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

- la cotisation d'Association de 2,70 € par mois et par dossier (qu'il y ait une ou plusieurs personnes assurées) ;
- le droit d'entrée à l'Association de 11 € pour la constitution du dossier (cette somme est perçue une seule fois pour toute la durée de l'adhésion et n'est pas due pour les personnes déjà adhérentes à l'Association).

(Un seul droit d'entrée et une seule cotisation mensuelle de 2,70 € sont dus pour l'adhésion à l'ensemble des garanties SOLUTION PROFESSIONS MÉDICALES ET PARAMÉDICALES Prévoyance, Frais Généraux et Santé).

4•2 AIDE À L'ACQUISITION D'UNE COMPLÉMENTAIRE SANTÉ (CRÉDIT D'IMPÔT)

Le présent contrat peut permettre aux adhérents qui remplissent les conditions afférentes, de bénéficier de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire Santé, prévue à l'article L. 863-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale (droit à déduction sur les cotisations de protection complémentaire Santé).

Pour tout renseignement, contacter l'organisme gérant votre régime de base.

4•3 LOI MADELIN

Les travailleurs non salariés, non agricoles en activité peuvent bénéficier de la déductibilité fiscale de leurs cotisations pour le présent contrat, s'ils remplissent les conditions prévues par cette loi.

5• CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent dans les cas suivants :

- en cas d'exercice de la faculté de renonciation ;
- en cas de dénonciation de l'adhésion suite à une modification du contrat d'assurance de groupe en application des dispositions de l'article L. 141-4 du Code des assurances ;
- en cas de démission par l'adhérent de l'association au 31 décembre par lettre recommandée avec un préavis de 2 mois ;
- en cas de résiliation par l'adhérent à l'échéance annuelle au 31 décembre, par lettre recommandée, adressée au siège d'ALPTIS ASSURANCES - 25 cours Albert Thomas 69445 Lyon cedex 03, avec un préavis de 2 mois (avant le premier novembre) ; les cotisations restent dues pour la totalité de l'exercice (jusqu'au 31 décembre). Les conditions de radiation d'un ayant droit sont identiques aux conditions de résiliation d'un adhérent ;
- lorsque l'adhérent atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension de retraite et au plus tard lors de son 65^e anniversaire ;
- lorsque l'adhérent perd son statut de profession médicale ou paramédicale non salariée ou cesse son activité ;
- en cas de résiliation de l'adhésion de l'adhérent aux garanties prévoyance SOLUTION PROFESSIONS MÉDICALES ET PARAMÉDICALES ;
- en cas de décès de l'assuré ;
- en cas d'omission ou d'inexactitude dans la déclaration du risque lors de l'adhésion et en cours de contrat ;
- en cas de non paiement des cotisations : conformément au Code des assurances, à défaut de paiement d'une cotisation, ou d'une fraction de cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie sera suspendue trente jours après la mise en demeure de l'adhérent. L'Assureur a le droit de résilier l'adhésion dix jours après l'expiration de ce délai de trente jours. Néanmoins, la totalité des cotisations de l'année en cours sera exigée, majorée des frais de poursuite et de recouvrement. La prise en charge des frais relatifs aux soins effectués pendant une période de suspension est définitivement exclue ;
- lorsque l'assuré n'est plus à jour de ses cotisations aux régimes d'assurances obligatoires.

MAINTIEN DES GARANTIES

Toutefois, dans les cas suivants visés ci-dessus : perte du statut de profession médicale ou paramédicale non salarié, résiliation de la garantie Prévoyance, départ en retraite ou 65^e anniversaire, l'adhérent peut demander, dans les 6 mois qui suivent le changement de situation, à bénéficier de garanties d'accueil dont les conditions lui seront adressées sur simple demande. La garantie prendra effet le lendemain de la demande sans formalités médicales ni délai d'attente.

6• DEMANDES DE REMBOURSEMENTS

ALPTIS ASSURANCES pratique la télétransmission informatique des décomptes de prestations du régime de base. Ceci permet d'éviter l'envoi des décomptes papiers (sous réserve de la présence sur le décompte de la mention "copie transmise pour information à votre organisme complémentaire"). Cette liaison est réalisée à réception des attestations papiers délivrées avec la carte Vitale de tous les assurés inscrits.

Les assurés sociaux pour lesquels la télétransmission n'est pas opérationnelle doivent envoyer à ALPTIS ASSURANCES les décomptes originaux des prestations délivrés par le régime de base pour obtenir le règlement des prestations.

En outre, pour obtenir le règlement des prestations des montants exprimés en euros (naissance, cures thermales, optique...), l'assuré doit envoyer à ALPTIS ASSURANCES :

- les notes d'honoraires ou factures acquittées justifiant les dépenses réelles ;
- un acte de naissance.

Dans tous les cas, l'Assureur peut subordonner le service des prestations à la communication préalable par l'assuré d'informations ou justificatifs complémentaires. Le refus de communiquer les éléments demandés peut entraîner la perte de tous droits aux prestations.

Les demandes de remboursements doivent être présentées dans un délai maximum de 6 mois suivant la date de cessation des soins, sous peine de déchéance. La date des soins prise en compte est celle retenue par le régime de base sur le décompte.

Tiers payant

Le tiers payant permet aux bénéficiaires des prestations d'éviter l'avance de la partie des dépenses de santé dans la limite de la base de remboursement de la Sécurité sociale. Cette dispense résulte d'accords conclus par les établissements et les praticiens et les organismes sociaux en application de l'article L. 322-1 du Code de la Sécurité sociale. Le tiers payant pharmacie et hospitalisation est disponible dans tous les départements, ainsi qu'à Saint-Barthélemy et Saint-Martin et selon accords passés avec les praticiens pour les autres prestations, et ce dans la limite du ticket modérateur.

7• VARIATIONS DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

Les cotisations étant exprimées en pourcentage du plafond mensuel de la Sécurité sociale, elles évoluent chaque année au premier janvier en fonction de la variation de celui-ci constaté entre le premier janvier de l'année N et le premier janvier de l'année N-1.

En outre, les cotisations sont indexées au premier janvier de chaque année en fonction de l'évolution de la consommation médicale totale (CMT) nationale, et des résultats du contrat.

De même, les garanties et les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification des remboursements des régimes de base, ou de la législation fiscale ou sociale.

8• CHANGEMENT DE LA SITUATION DE L'ASSURÉ

L'adhérent doit informer ALPTIS ASSURANCES par écrit, dans les trois mois qui suivent tout changement dans la situation d'un assuré :

- d'un changement d'adresse : par défaut, les lettres adressées au dernier domicile connu produiront tous leurs effets ;
- d'un changement du régime de base ;
- d'un changement de profession ;
- d'un changement de statut ;
- de la cessation de son activité.

9• DISPOSITIONS DIVERSES

9•1 LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies par ALPTIS ASSURANCES sont nécessaires à l'appréciation de la demande d'adhésion et font l'objet d'un traitement informatique pour les besoins de la gestion de votre adhésion au contrat. Ces informations peuvent également être utilisées aux fins d'études statistiques, de prévention de la fraude ou d'obligations légales et à des fins commerciales. Certaines de ces données seront transmises à l'association souscriteuse, à l'organisme assureur et à nos partenaires appelés à connaître de l'adhésion en raison de sa gestion. ALPTIS ASSURANCES prend toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité de vos données personnelles. Conformément à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent ; vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à : ALPTIS ASSURANCES, 25 cours Albert Thomas, 69445 Lyon cedex 03 ou contact-cnif@alptis.fr. ALPTIS ASSURANCES se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires.

9•2 AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'autorité de contrôle prudentiel (ACP) - 61, rue Taitbout - 75436 PARIS CEDEX 09, est chargée du contrôle :

- de l'Assureur ;
- de l'organisme gestionnaire du contrat.

9•3 FONDS DE GARANTIE

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

9•4 DÉLAI DE PRESCRIPTION

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

Article L.114-1 du Code des assurances :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

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

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

Article L.114-2 du Code des assurances :

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énumérées aux articles 2240 et suivants du Code civil. Il s'agit notamment de la demande en justice, même en référé, de la reconnaissance du droit de celui contre lequel la prescription devrait jouer, et de l'acte d'exécution forcée.

Article L.114-3 du Code des assurances :

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

9•5 SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION

Pour les déclarations à faire à la souscription du contrat, et éventuellement celles devant être faites en cours de contrat, l'adhérent est prévenu que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, même si elle a été sans influence sur le sinistre, entraîne l'application, suivant le cas, des articles L. 113-8 (nullité de l'adhésion) ou L.113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances.

9•6 SUBROGATION

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

9•7 EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, l'adhérent peut formuler sa réclamation au Service Client d'ALPTIS ASSURANCES, 25 cours Albert Thomas - 69003 Lyon ou à l'adresse suivante : serviceclient@alptis.fr en précisant son numéro d'adhérent.

Si la réponse apportée ne convient pas, l'adhérent peut adresser une nouvelle réclamation auprès de l'organisme assureur qui communiquera, si la position est maintenue, les coordonnées d'un médiateur indépendant.

9•8 DÉFINITIONS

ADHÉRENT : personne physique ayant un statut de profession médicale ou paramédicale non salarié, qui adhère au présent contrat groupe et à l'Association, qui réside et exerce son activité professionnelle en France Métropolitaine à l'exclusion de la Corse et de Monaco.

ASSURÉS : l'adhérent et ses ayants droit inscrits : son conjoint (toutes personnes mariées ou ayant conclu un PACS ou vivant en concubinage) et leurs enfants (âgés de moins de 18 ans ou de moins de 26 ans s'ils poursuivent des études ou sans limite d'âge s'ils bénéficient de l'allocation pour les personnes handicapées prévue par la loi 75-534 du 30 juin 1975), affiliés à un régime de base et mentionnés dans le certificat d'adhésion.

BASE DE REMBOURSEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (BRSS) : tarif sur lequel sont calculés les remboursements effectués par la Sécurité sociale française, ce tarif peut varier selon que le praticien est conventionné ou non conventionné.

CERTIFICAT D'ADHÉSION : c'est le document envoyé à l'adhérent après acceptation de sa demande d'adhésion. Il reprend les conditions d'admission et les garanties souscrites.

PLAFOND MENSUEL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (PMSS) : montant fixé par décret et qui sert de référence pour déterminer les cotisations et certaines prestations. Le PMSS de référence est celui de l'année en cours.

RÉGIME DE BASE : régime légal de protection sociale français auquel est obligatoirement affilié l'adhérent : régime social des indépendants (RSI) ou régime PAMC. Régime légal de protection sociale français auquel sont obligatoirement affiliés les ayants droit : régime général de la Sécurité sociale, régime social des indépendants, régimes des exploitants agricoles (AMEXA), régimes des salariés agricoles, régime des étudiants, régime d'Alsace-Moselle, régime des fonctionnaires.



Entrez dans l'univers Alptis

La dimension associative d'Alptis, née en 1976 grâce à la volonté d'une poignée de travailleurs indépendants, place les adhérents au cœur d'un mouvement singulier.

Transparence, prévenance, indépendance, innovation ont forgé le caractère intrinsèque d'Alptis. C'est à partir de ces valeurs clés que le mouvement s'est développé autour d'une idée simple : on ne spéculé pas sur la santé !

Avec Alptis, vous participez vous aussi au mouvement.

Soyez les bienvenus dans votre association.

adherent.alptis.org

Le saviez-vous ?

Alptis vous offre l'accès à votre dossier en ligne, 24 h/24, et vous informe de l'actualité de votre association.



ALPTIS ASSURANCES

Intermédiaire d'assurance, gestionnaire du contrat

25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03 • Tél. : 04 72 36 16 20 • Fax : 04 72 36 16 73 • Email : gestion@alptis.fr • Internet : www.alptis.org
Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - RCS Lyon 335 244 489 - N° ORIAS : 07 005 850 - www.orient.fr - N° TVA : FR37335244489
Assurance de responsabilité civile professionnelle et garantie financière conformes au Code des assurances