



Conditions générales

Prévoyance Complémentaire Entreprises

[contrat collectif à adhésion obligatoire]

Sommaire

1• DÉFINITIONS	3
2• OBJET	3
3• MISE EN PLACE DES GARANTIES	4-5
4• MODIFICATION DE GARANTIE	5
5• SANCTIONS POUR FAUSSE DÉCLARATION	5
6• DURÉE ET CESSATION DES GARANTIES	5-6
7• BASE DES GARANTIES	7
8• COTISATIONS	7
9• VARIATION DES COTISATIONS ET DES GARANTIES	7
10• OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT	7
11• DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS	8
12• LES GARANTIES : DÉFINITIONS	8-9
13• LES GARANTIES : MODALITÉS D'APPLICATION	9-11
14• RISQUES EXCLUS	11-12
15• AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE	12
16• LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS	12
17• MÉDIATION	12
18• PRESCRIPTION	12
19• SUBROGATION	12

1• DÉFINITIONS

1•1 ASSOCIATION SOUSCRIPTRICE

C'est l'association qui souscrit le contrat cadre d'assurance de groupe, auprès d'un organisme assureur pour le compte de ses adhérents. Le nom de l'association est inscrit aux conditions particulières.

1•2 ALPTIS ASSURANCES

C'est l'organisme en charge de la gestion des contrats d'adhésion pour le compte de l'organisme assureur.

1•3 ORGANISME ASSUREUR

C'est la compagnie d'assurance ou la mutuelle auprès de laquelle l'association souscriptrice a souscrit un contrat cadre d'assurance de groupe ouvert à toute entreprise membre de l'association.

Le nom de la compagnie d'assurance ou de la mutuelle assurant le contrat cadre d'assurance de groupe est mentionné aux conditions particulières.

1•4 ADHÉRENT

C'est l'entreprise, dont le siège social est en France métropolitaine (**hors Corse et Monaco**), qui adhère au contrat cadre d'assurance de groupe souscrit auprès de l'organisme assureur par l'association souscriptrice, au bénéfice de ses salariés, dénommés participants.

1•5 CATÉGORIE DE PERSONNEL OU COLLÈGE

Tout ou partie du personnel déterminé à partir de critères objectifs tels que définis à l'article R. 242-1-1 du Code de la Sécurité sociale permettant d'établir la catégorie de salariés visés par l'adhésion.

1•6 PARTICIPANTS

Ce sont les salariés qui appartiennent à la catégorie de personnel assuré, et pour lesquels un certificat d'affiliation a été envoyé à l'entreprise.

1•7 DEMANDE D'ADHÉSION

C'est le document rempli et signé par l'entreprise en vue de son adhésion.

1•8 DEMANDE INDIVIDUELLE D'AFFILIATION

C'est le document rempli et signé par l'entreprise et le salarié, pour chaque salarié appartenant à la catégorie de personnel visée par l'adhésion.

1•9 CERTIFICAT D'AFFILIATION

C'est le document envoyé à l'entreprise pour lui notifier l'affiliation de chacun des salariés appartenant à la catégorie de personnel assuré et que l'entreprise remet par la suite à chaque participant. L'affiliation à l'association cesse en cas de résiliation de l'adhésion de l'entreprise.

1•10 CONTRAT D'ADHÉSION

Le contrat d'adhésion est constitué des présentes conditions générales, de la demande d'adhésion, des demandes individuelles d'affiliation et des conditions particulières.

Les conditions particulières reprennent notamment :

- les conditions d'admission et les garanties souscrites acceptées par l'entreprise ;
- le ou les descriptif(s) de prestations ;
- et éventuellement les dispositions spéciales.

Les garanties non mentionnées dans les conditions particulières sont réputées non souscrites.

Le contrat d'adhésion est régi par le droit français. Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée du contrat d'adhésion.

1•11 DESCRIPTIF DES PRESTATIONS

C'est la description des garanties souscrites par l'entreprise adhérente au profit des participants.

1•12 DATE D'EFFET

C'est la date à partir de laquelle les garanties prennent effet et les cotisations sont dues.

1•13 NOTICE D'INFORMATION

Document remis par l'adhérent aux participants qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre.

1•14 FRANCHISE

Période qui débute le 1^{er} jour d'Incapacité Temporaire Totale de travail et pendant laquelle aucune prestation n'est due. La durée de la franchise peut être différente selon l'origine de l'Incapacité Temporaire Totale de travail.

2• OBJET

Le présent contrat d'adhésion a pour objet de faire bénéficier à tous les membres de la catégorie de personnel de l'adhérent définie aux conditions particulières, des garanties définies aux paragraphes suivants et reprises dans les conditions particulières.

L'adhésion est à caractère obligatoire, c'est-à-dire qu'elle concerne la totalité des membres de la catégorie de personnel assuré, sous réserve de l'application des dispositions de l'article 11 de la loi Evin (loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989) et de l'article R. 242-1-6 du Code de la Sécurité sociale. L'adhésion est régie par le Code des assurances ou le Code de la mutualité selon l'organisme assureur.

3• MISE EN PLACE DES GARANTIES

3•1 CONDITIONS D'ADMISSION DE L'ENTREPRISE À L'ASSURANCE

L'entreprise doit transmettre à Alptis Assurances lors de son adhésion :

- la demande d'adhésion complétée et signée ;
- les demandes individuelles d'affiliation complétées et signées conjointement par l'entreprise et par chaque salarié appartenant à la catégorie de personnel assurable, y compris par ceux en arrêt de travail total ou partiel ;
- la liste des salariés de la catégorie de personnel assurable à la date de la demande d'adhésion en Incapacité Temporaire Totale de travail ou en Invalidité Permanente ;
- les pièces médicales décrites ci-après le cas échéant ;

L'entreprise s'engage à transmettre à Alptis Assurances, lors de son adhésion, tout élément lui permettant de déterminer avec exactitude le traitement des salariés ou des anciens salariés en incapacité ou en invalidité reconnue. Il importera notamment que l'entreprise puisse en cas de difficulté d'interprétation, solliciter de la part de l'organisme assureur tenant du risque les précisions nécessaires sur ce point.

3•2 CONDITIONS D'AFFILIATION DES PARTICIPANTS

L'affiliation des salariés est subordonnée aux conditions cumulatives suivantes :

- appartenir à la catégorie de personnel assurable ;
- et, être affilié au régime général de la Sécurité sociale ou au régime local d'Alsace-Moselle ;
- et, que la demande individuelle d'affiliation concernant chaque salarié soit transmise ;
- et, se soumettre aux formalités médicales, s'il y a lieu.

L'affiliation de chaque participant est notifiée par un certificat d'affiliation envoyé à l'entreprise, cette dernière devant le remettre à chaque participant.

Les formalités médicales sont exigées dans les cas suivants :

- lorsque l'effectif de la catégorie de personnel est inférieur à six ;
- ou, lorsqu'il y a souscription de garanties sur la tranche C ;
- ou pour les participants en état d'arrêt de travail total ou partiel à la date de demande d'adhésion.

La ou les personnes concernées reçoivent alors un questionnaire médical qu'elles doivent compléter.

Selon les réponses fournies au questionnaire médical, des compléments médicaux peuvent être demandés.

En cas de souscription de garanties sur la tranche C, la ou les personnes concernées doivent également renvoyer un rapport médical complété et effectuer des analyses.

3•3 ADMISSION DE L'ENTREPRISE À L'ASSURANCE

Suite aux éléments fournis, trois cas peuvent se présenter :

- le dossier est accepté aux conditions normales, c'est-à-dire sans majoration tarifaire ;
- le dossier est refusé, l'adhésion de l'entreprise pour l'ensemble des participants relevant de la catégorie de personnel visée est refusée ;
- le dossier est accepté moyennant des conditions tarifaires majorées, ces conditions tarifaires majorées concerneront l'ensemble des participants relevant de la catégorie de personnel visée.

Date d'effet du contrat d'adhésion

En cas d'acceptation du risque, le contrat d'adhésion prend effet à la date souhaitée par l'entreprise et au plus tôt le 1^{er} jour du mois qui suit la réception au siège d'Alptis Assurances du dossier complet de l'entreprise (demande d'adhésion, demandes individuelles d'affiliation et pièces médicales le cas échéant). La date d'effet retenue sera indiquée aux conditions particulières.

L'adhésion de l'entreprise est subordonnée au renvoi par cette dernière du contrat d'adhésion signé par ses soins à Alptis Assurances.

3•4 AFFILIATION POSTÉRIEURE D'UN PARTICIPANT

L'affiliation d'un nouveau participant, postérieurement à la date d'effet du contrat d'adhésion, est subordonnée aux conditions prévues à l'article 3.2, notamment en ce qui concerne les formalités médicales.

Si l'affiliation d'un nouveau participant est de nature à aggraver le risque et de remettre en cause les conditions d'équilibre du contrat d'adhésion, Alptis Assurances, pour le compte de l'organisme assureur, se réserve la possibilité :

- de proposer une nouvelle tarification ou un aménagement des conditions de garanties du contrat d'adhésion en le notifiant à l'adhérent par lettre recommandée. Cette lettre stipulera que si l'adhérent n'acceptait pas expressément les nouvelles conditions tarifaires ou en cas de silence de sa part, le contrat d'adhésion serait résilié dans les trente jours suivant l'envoi de la lettre recommandée. En cas d'acceptation par l'adhérent, les nouvelles conditions prendront effet à la date d'affiliation du nouveau participant.
- de résilier le contrat d'adhésion, la résiliation ne prenant effet au plus tôt que dix jours suivant la notification par lettre recommandée à l'adhérent de cette décision.

3•5 EFFET DES GARANTIES POUR LES PARTICIPANTS

Lors de la mise en place du contrat d'adhésion

Les salariés appartenant à la catégorie de personnel assuré bénéficient des garanties à compter de la date d'effet de l'adhésion de l'entreprise.

Lors de l'affiliation d'un participant postérieurement à la date d'effet de l'adhésion

Les salariés affiliables après la date d'effet de l'adhésion bénéficient des garanties à partir de la date à laquelle ils relèvent de la catégorie de personnel assuré, sous réserve que la demande individuelle d'affiliation et les pièces médicales le cas échéant soient transmises dans les deux mois suivant cette date et sous réserve d'acceptation du risque dans les conditions de l'article 3.4. A défaut, la date d'effet des garanties du participant sera le 1^{er} jour du mois qui suit la réception au siège d'Alptis Assurances de la demande individuelle d'affiliation et des pièces médicales le cas échéant.

Cas particulier des participants en état d'arrêt de travail total ou partiel à la date de demande d'adhésion et mentionnés aux conditions particulières

En cas d'adhésion faisant suite à un régime collectif de prévoyance souscrit auprès d'un autre organisme assureur et lorsqu'un salarié ou ancien salarié est en arrêt de travail (incapacité temporaire de travail ou invalidité permanente) lors de la prise d'effet des garanties, les prestations relatives à cet arrêt (y compris l'exonération de la cotisation décès) sont à la charge du précédent organisme assureur au niveau atteint, sauf accord spécial expressément notifié dans les conditions particulières.

Si, à la demande de l'adhérent, la prise en charge de revalorisations et ou de différentiels de garanties, doit être prévue sur des sinistres ouvrant droit à prestations de l'organisme assurant précédemment ces risques, l'organisme assureur en définira l'étendue des conditions de garanties et de tarification. Il en sera de même si des prestations telles que "Rente Éducation" ou "Rente de Conjoint" sont en cours auprès de ce précédent organisme. S'il s'agit d'une mise en place d'un Régime Collectif de Prévoyance, les salariés en arrêt de travail à la date de demande d'adhésion de l'entreprise adhérente et mentionnés aux conditions particulières sont garantis, sous réserve que l'organisme assureur en ait été informé au moment de l'adhésion, et dans les conditions d'acceptation de garanties éventuellement formulées.

4• MODIFICATION DE GARANTIE

Après un an d'adhésion, l'adhérent peut demander la modification de son contrat d'adhésion :

- En optant pour l'ajout ou la suppression d'une garantie ;
- En optant pour un niveau inférieur ou supérieur pour une garantie ;
- En optant pour le passage d'un capital fixe à un capital modulaire pour la garantie Décès/PTIA toutes causes.

Sauf cas d'ajout de la garantie Décès/PTIA par accident, toute modification de garantie ou de niveau de garantie donne lieu à des formalités médicales dans les cas suivants :

- lorsque l'effectif de la catégorie de personnel au moment de la demande est inférieur à six ;
- ou, lorsqu'il y a des salariés relevant de la tranche C ;
- ou pour les participants en état d'arrêt de travail (total ou partiel) ou en reprise d'activité depuis moins de quatre vingt dix jours.

La ou les personnes concernées reçoivent alors un questionnaire médical qu'elles doivent compléter.

Selon les réponses fournies au questionnaire médical, des compléments médicaux peuvent être demandés.

En cas de souscription de garanties sur la tranche C, la ou les personnes concernées doivent également renvoyer un rapport médical complété et effectuer des analyses.

Suite aux éléments fournis, trois cas peuvent se présenter :

- la modification est acceptée aux conditions normales, c'est-à-dire sans majoration tarifaire ;
- la modification est refusée ;
- la modification est acceptée moyennant des conditions tarifaires majorées.

En cas d'acceptation matérialisée par avenant signé des deux parties, la modification prendra effet au 1^{er} janvier suivant la réception par Alptis Assurances de la demande de l'adhérent sous réserve que cette demande soit intervenue avant le 1^{er} octobre de l'année en cours (année N). A défaut, la modification prendra effet le 1^{er} janvier de l'année N+2.

5• SANCTIONS POUR FAUSSE DÉCLARATION

Les déclarations de l'adhérent et des participants servent de base à l'adhésion de l'entreprise et à l'affiliation des salariés. En cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte, faite lors de l'adhésion, de l'affiliation des participants ou de la déclaration de sinistre, les dispositions des articles L. 113-8, L. 113-9 et L. 132-26 du Code des assurances, L. 221-14, L. 223-25 du Code de la mutualité seront appliquées selon l'organisme assureur à l'ensemble du contrat d'adhésion souscrit par l'adhérent.

6• DURÉE ET CESSATION DES GARANTIES

6•1 DURÉE ET CESSATION DE L'ADHÉSION DE L'ENTREPRISE ADHÉRENTE

L'adhésion court de la date d'effet jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

Elle se renouvelle par tacite reconduction annuelle le 1^{er} janvier de chaque année.

L'adhésion cesse dans les cas suivants :

- en cas de dénonciation du contrat cadre d'assurance de groupe par l'association souscriptrice ou l'organisme assureur à l'échéance annuelle ;
- en cas de résiliation de l'adhésion par l'organisme assureur ou par l'entreprise adhérente 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 de l'année en cours), et les garanties restent en vigueur jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

En outre, Alptis Assurances, pour le compte de l'organisme assureur peut mettre fin à l'adhésion :

- en cas de non paiement des cotisations selon les modalités définies à l'article 11 ;
- en cas de résiliation du contrat d'adhésion suite à une aggravation du risque selon les modalités définies à l'article 3.2 ;
- lorsque les conditions requises à l'adhésion ne sont plus remplies.

En cas de modification de ses droits et obligations, l'adhérent dispose d'une faculté de résiliation de son contrat par lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai d'un mois à compter de la notification de la modification par Alptis Assurances conformément à l'article L. 141-4 du Code des assurances ou L. 221-6 alinéa 2 du Code de la mutualité.

6•2 CESSATION DES GARANTIES POUR LES PARTICIPANTS

Les garanties cessent dans les cas suivants :

- en cas de dénonciation du contrat cadre d'assurance de groupe par l'association souscriptrice ou l'organisme assureur à l'échéance annuelle ;
- en cas de résiliation de l'adhésion par l'organisme assureur ou l'entreprise adhérente à l'échéance annuelle.

L'adhérent informe le participant de la résiliation ou de la non-reconduction du contrat d'assurance et du délai dans lequel le participant peut demander à Alptis Assurances pour le compte de l'organisme assureur, le maintien de sa couverture à titre individuel. Dans ce cas, sa cotisation globale sera majorée de 250 % ;

- en cas de sortie du participant de l'entreprise ou de la catégorie de personnel assuré par l'adhésion ;
- en cas de non paiement des cotisations selon les modalités définies à l'article 11 ;
- en tout état de cause, à la liquidation des droits à la retraite du participant, sauf lorsque celui-ci continue à exercer une activité professionnelle au sein de l'entreprise adhérente dans le cadre d'un cumul emploi-retraite, sous réserve de l'existence d'un contrat de travail et que cette information ait été portée à la connaissance de l'organisme assureur.

En cas de suspension du contrat de travail du participant, les garanties sont elles-mêmes suspendues pendant la même période et avec les mêmes effets que leur cessation.

Cependant, le bénéfice des garanties demeure maintenu au profit des salariés dont le contrat de travail est suspendu pour la période au titre de laquelle ils bénéficient soit d'un maintien total ou partiel de salaire soit d'indemnités journalières complémentaires financées au moins pour partie par l'employeur, qu'elles soient versées directement par l'employeur ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.

6.3 MAINTIEN DES GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL ET INVALIDITÉ POUR CERTAINS PARTICIPANTS

Le participant bénéficiant de prestations de son régime social obligatoire, continue à percevoir les prestations en cours (indemnité journalière ou rente invalidité) y compris en cas de résiliation de l'adhésion de l'entreprise lorsque cette résiliation intervient alors qu'il est en incapacité ou qu'il est en invalidité.

En cas de résiliation de l'adhésion de l'entreprise, les prestations en cours de service au titre d'une incapacité temporaire de travail et/ou d'une invalidité permanente ne font plus l'objet de la revalorisation prévue et sont figées au niveau atteint le jour de l'effet de la résiliation, les revalorisations antérieures demeurant acquises.

Si le participant devait voir son invalidité reconnue, suite à une incapacité temporaire de travail indemnisée sous l'emprise du présent contrat d'adhésion et alors que la résiliation de l'adhésion de l'entreprise est intervenue, il percevra la rente d'invalidité sur les bases de calcul déterminées au jour de la transformation de l'incapacité en invalidité. Le niveau des revalorisations est alors maintenu à hauteur de celui atteint à la date de résiliation ; aucune revalorisation n'est effectuée après cette date.

Exonération de cotisation en cas de maintien des garanties arrêt de travail et invalidité pour certains participants

Lorsque le participant continue à percevoir les prestations en cours (indemnité journalière ou rente invalidité), y compris en cas de résiliation de l'adhésion de l'entreprise, dans les modalités définies précédemment, ses cotisations ne sont plus dues à compter de l'expiration de son délai de franchise prévu aux conditions particulières pour le versement des indemnités journalières et au plus tard au 91^e jour d'arrêt de travail.

6.4 MAINTIEN DES GARANTIES DÉCÈS OU PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) PENDANT L'ARRÊT DE TRAVAIL

En cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail ou d'Invalidité Permanente d'un participant ouvrant droit aux prestations précitées, les garanties en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie resteront acquises tant que l'état d'Incapacité Temporaire Totale de travail ou d'Invalidité Permanente perdurera et sera indemnisé.

Les garanties maintenues sont celles en vigueur la veille du premier jour d'arrêt de travail du participant. En cas de rupture du contrat de travail résultant de l'arrêt de travail, ces garanties subsistent.

Le salaire servant de base de garanties est revalorisable dans la limite de la variation du point AGIRC. En cas de résiliation de l'adhésion de l'entreprise, la revalorisation s'arrête le jour de l'effet de la résiliation, les revalorisations antérieures demeurant acquises. La situation de famille à retenir est celle à la date de survenance du décès ou de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Le maintien des garanties en cas de décès ou Perte Totale et Irréversible d'Autonomie cesse :

- à la date d'attribution de la pension vieillesse par la Sécurité sociale ;
- ou, dès que l'Incapacité Temporaire Totale de travail ou l'Invalidité Permanente du participant n'est plus de nature à ouvrir droit aux indemnités journalières ou à la rente d'invalidité.

6.5 MAINTIEN DES GARANTIES EN APPLICATION DE L'ARTICLE 14 DE L'ACCORD NATIONAL INTERPROFESSIONNEL (ANI) DU 11 JANVIER 2008 SUR LA MODERNISATION DU MARCHÉ DE TRAVAIL (PORTABILITÉ DES DROITS) ET DE SES AVENANTS POUR LES ENTREPRISES SOUMISES À CET ACCORD

Le maintien du bénéfice des garanties est prévu en cas de rupture du contrat de travail, non consécutif à une faute lourde, ouvrant droit à la prise en charge par le régime d'assurance chômage (le Pôle Emploi). L'intéressé doit fournir à son ancien employeur la justification de la prise en charge par le régime d'assurance chômage.

L'entreprise adhérente transmettra à Alptis Assurances la demande d'affiliation de portabilité de l'ex-collaborateur, accompagnée de la copie de l'attestation employeur adressée au Pôle Emploi.

Le maintien des garanties commence à compter de la cessation du contrat de travail et s'applique pendant une durée égale à la durée du dernier contrat de travail, appréciée en mois entiers, tant que l'ancien salarié bénéficie des droits à allocations du Pôle Emploi et dans la limite maximale de 9 mois de couverture.

L'ancien salarié doit informer son ancien employeur de la cessation du versement des allocations du régime d'assurance chômage lorsque celle-ci intervient avant la fin de la période définie précédemment.

Les garanties maintenues sont les garanties complémentaires en vigueur dans l'ancienne entreprise. Si celles-ci devaient évoluer ou être résiliées après le départ de l'ancien salarié, les modifications s'imposeraient à lui. Cependant, les droits garantis par le régime de prévoyance au titre de l'incapacité temporaire, le cas échéant, ne peuvent conduire l'ancien salarié à percevoir des indemnités (indemnités journalières de la Sécurité sociale incluses) d'un montant supérieur à celui des allocations chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

Le salarié participant a la possibilité de renoncer au maintien de ses garanties. Cette renonciation est définitive et concerne l'ensemble des garanties. Elle doit être notifiée expressément par écrit à l'ancien employeur dans les 10 jours suivant la date de cessation du contrat de travail.

Deux modes de financement du maintien des garanties sont possibles, au choix de l'entreprise, formulé dans la demande d'adhésion :

- un financement conjoint par l'employeur et l'ancien salarié, dans les proportions et dans les conditions applicables aux salariés de l'entreprise. La quote-part de l'ancien salarié sera appelée en totalité au moment de la rupture du contrat de travail et du solde de tout compte. Le non paiement par l'ancien salarié de sa quote-part de financement entraînera la perte des garanties ;
- un financement par un système de mutualisation défini par accord collectif ou, à défaut d'accord collectif, par accord référendaire ou décision unilatérale. Le financement des garanties est préfinancé pendant la période d'activité. Ce maintien n'engendrera donc aucun appel de cotisation (ni pour l'ancien salarié, ni pour l'employeur). Le collège des bénéficiaires de la portabilité sera mutualisé avec celui des actifs, de façon à apprécier globalement les résultats techniques et à assurer un équilibre entre prestations versées et cotisations perçues sur le périmètre de mutualisation. Ce mode de financement implique une majoration de la cotisation des actifs. En outre, le montant de la cotisation pourra être revu en cas de plan social, ou encore de diminution significative de l'effectif (plus de 20 % de l'effectif sur une période de 60 jours consécutifs).

7• BASE DES GARANTIES

Sauf dispositions spécifiques, les prestations et les cotisations sont déterminées en fonction d'une base de garantie définie aux conditions particulières. La base de garantie est définie en fonction d'une ou plusieurs des tranches du salaire brut versé par l'entreprise et mentionné sur la déclaration annuelle des données sociales (DADS) au titre de la période retenue pour le calcul des cotisations ou des prestations.

Exemple :

- tranche A ou "TA" : limitée au plafond annuel du régime général de la Sécurité sociale,
- tranche B ou "TB" : comprise entre une fois et quatre fois le plafond annuel du régime général de la Sécurité sociale,
- tranche C ou "TC" : comprise entre quatre fois et huit fois le plafond annuel du régime général de la Sécurité sociale ;

Pour le calcul des prestations, il est tenu compte du salaire servant de base de garantie des douze mois entiers ayant précédés le mois au cours duquel est survenu l'arrêt de travail ou le décès lorsque ce dernier n'a pas été précédé d'un arrêt de travail.

Si le décès fait suite à un arrêt de travail, il est tenu compte du salaire de base annuel au moment de l'arrêt, revalorisé dans la limite de la variation du point AGIRC.

Si le participant ne compte pas douze mois entiers de présence dans l'entreprise au moment du sinistre ou si pendant cette période son salaire a été réduit ou supprimé pour cause de maladie ou accident, son salaire annuel est reconstitué prorata temporis sur la base des périodes au cours desquelles il a bénéficié d'un salaire plein. Toutefois, lorsque le salaire a été versé sur une durée inférieure à douze mois et comporte des éléments non mensualisés (prime par exemple), ceux-ci sont rapportés à une période annuelle, compte tenu de leur périodicité de paiement.

8• COTISATIONS

Les cotisations sont fixées en considération de la réglementation actuelle de la Sécurité sociale.

Les taux de cotisation sont mentionnés aux conditions particulières.

Le montant des cotisations est calculé en appliquant le ou les taux de cotisations aux tranches de la base des garanties se rapportant à la période au titre de laquelle ces cotisations sont dues.

En outre, les conditions tarifaires sont établies en fonction de la situation démographique au moment de l'adhésion. En cas de modification de cette situation démographique, les cotisations sont susceptibles d'être révisées.

Les cotisations sont dues à partir de la date d'effet du contrat d'adhésion.

Le paiement des cotisations à Alptis Assurances incombe à l'adhérent y compris pour la part salariale. L'appel des cotisations est trimestriel et les cotisations sont payables dans les dix jours suivant chaque trimestre.

9• VARIATION DES COTISATIONS ET DES GARANTIES

Les taux de cotisations sont indexés au 1^{er} janvier de chaque exercice en fonction des résultats techniques du groupe assuré. Par ailleurs, les garanties et les cotisations peuvent être réactualisées à tout moment en cas de modification de la législation fiscale ou sociale qui viendrait modifier la portée des engagements de l'organisme assureur. En cas d'événement tel qu'un rachat, une absorption, une offre publique d'achat, une fusion, ou une scission, de nature à remettre en cause la portée des engagements réciproques, les parties se réservent la possibilité de revoir en cours d'exercice les dispositions contractuelles en vigueur au niveau du contrat d'adhésion. En cours d'adhésion, ou lors de l'entrée dans la catégorie de personnel assuré de salarié présentant un risque aggravé, l'organisme assureur peut revoir les taux de cotisation prévus aux conditions particulières. Alptis Assurances pour le compte de l'organisme assureur peut également procéder à la résiliation des garanties.

10• OBLIGATIONS DE L'ADHÉRENT

L'adhérent doit :

- affilier au contrat d'adhésion la totalité des membres de son personnel appartenant à la catégorie à assurer à l'adhésion initiale ou au cours du contrat dans les conditions ci-après. Cette obligation s'entend sous réserve des cas de dispense admis par les réglementations sociale et fiscale en vigueur et si ces dispenses sont expressément prévus dans le cadre de l'acte instituant le régime complémentaire prévoyance au sein de l'entreprise, à savoir la convention ou l'accord collectif, ou la ratification à la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, ou la décision unilatérale du chef d'entreprise constatée dans un écrit remis par celui-ci à chaque intéressé.

Aux termes des réglementations précitées, il appartient à l'adhérent de conserver les demandes de dispense d'affiliation émanant des salariés ainsi que les documents justifiant des cas de dispenses pour chaque intéressé afin de les produire en cas de demande de l'administration sociale et fiscale ;

- maintenir dans l'assurance la totalité de la catégorie de personnel assuré ;
- remettre à Alptis Assurances dans les dix jours suivant la fin de chaque trimestre, un état indiquant le montant de la masse salariale trimestrielle sur la base des garanties, et le montant de la cotisation trimestrielle correspondante ;
- régler à Alptis Assurances les cotisations trimestrielles correspondantes dans les dix jours suivant la fin de chaque trimestre. Il est à noter que les cotisations sont payées directement par l'adhérent qui est seul responsable de leurs versements y compris pour la part salariale ;
- remettre à Alptis Assurances à la fin de chaque année civile, un état nominatif des participants de la catégorie de personnel assuré au cours de cette période avec indication du salaire brut perçu par chacun des participants au cours de l'exercice écoulé, avec mention des dates d'entrées et sorties du personnel (DADS) en précisant les salariés en arrêt de travail ;
- remettre aux participants la notice d'information et le(s) descriptif(s) de prestations y compris les notices modifiées en cours de contrat d'adhésion ;
- informer par écrit les participants des modifications qu'il est prévu, le cas échéant, d'apporter à leurs droits et obligations, notamment avant toute réduction de garanties, toute modification tarifaire ou résiliation de l'adhésion ;
- informer Alptis Assurances de toute modification de situation d'un participant (changement d'activité, de convention collective, de localisation, de situation de famille des participants, période éventuelle d'interruption de travail dont il a connaissance...) au plus tard dans les 15 jours qui suivent le changement de situation. Le défaut de déclaration dans ce délai engage la responsabilité de l'adhérent ;
- déclarer à Alptis Assurances les événements ouvrant droit à garantie et l'informer des reprises de travail.

Le non-respect des obligations précitées engage la responsabilité de l'entreprise vis-à-vis de ses salariés (livre 9 du Code de la Sécurité sociale - loi n° 94-678 du 8 août 1994).

11• DÉFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut du paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation, Alptis Assurances adresse à l'adhérent par lettre recommandée pour le compte de l'organisme assureur une mise en demeure avec avis de réception, au plus tôt dix jours après l'échéance.

La garantie est suspendue trente jours après la mise en demeure de l'adhérent.

La résiliation de l'adhérent et de tous les participants intervient sans autre formalité (sous réserve des dispositions spécifiques prévues aux conditions particulières) au plus tôt quarante jours après la mise en demeure.

Les cotisations sont dues jusqu'à la date de résiliation effective.

12• LES GARANTIES : DÉFINITIONS

12•1 SITUATION DE FAMILLE

En cas de versement d'un capital décès, d'une rente éducation ou d'une rente de conjoint, les définitions suivantes sont retenues :

• **Enfant à charge**

Sont considérés comme enfants à charge, les enfants du participant et ceux de son conjoint qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus ou adoptés et les enfants nés viables moins de trois cents jours après le décès du participant :

- jusqu'à leur majorité ou leur vingt-huitième anniversaire s'ils sont inscrits à la Sécurité sociale des étudiants et, n'exercent pas une profession à temps complet ou s'ils suivent une formation en alternance ou en apprentissage ;
- les enfants handicapés et titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'action sociale et des familles, avant leur vingt et unième anniversaire.

Les enfants, doivent en outre, soit :

- être pris en compte pour l'application du quotient familial pour au moins une demi-part ou être en contrat d'alternance ou d'apprentissage ;
- recevoir une pension alimentaire, par décision de justice, déductible du revenu global du participant.

• **Conjoint**

Est considéré comme conjoint, soit :

- le conjoint marié au participant non séparé judiciairement de corps ;
- ou la personne liée au participant par un PACS.

C'est la situation de famille existante au moment du décès ou de la PTIA qui est retenue pour le calcul des prestations.

12•2 BÉNÉFICIAIRES DES GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS

Le participant peut désigner le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès dans sa demande individuelle d'affiliation et ultérieurement par toute forme juridiquement valide notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique.

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

A 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 de corps ou à la personne liée au participant par un PACS, à défaut aux enfants nés ou à naître, vivants ou représentés à parts égales entre eux, à défaut aux père et mère par parts égales ou au survivant d'entre eux, à défaut aux héritiers du participant.

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

Le participant, sauf hypothèse de l'acceptation par le bénéficiaire, peut modifier cette clause bénéficiaire selon ses souhaits.

L'attention du participant 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'organisme assureur, du participant et du bénéficiaire, soit par acte authentique ou par un acte sous seing privé, signé du participant et du bénéficiaire, mais dans ce cas, elle n'a d'effet à l'encontre de l'organisme assureur que lorsqu'il lui a été notifié.

12•3 PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA)

Le participant est considéré en état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie lorsqu'il cumule l'ensemble des conditions suivantes :

- il est reconnu définitivement incapable de se livrer à aucune occupation ni à aucun travail susceptible de lui procurer gain ou profit ;
- et qu'il a été classé par la Sécurité sociale en troisième catégorie d'invalidité ou qu'il est atteint d'une invalidité professionnelle d'un taux égal à 100 % ;
- et que son état nécessite l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante ;
- et il est établi que son état, ayant un caractère définitif, n'est susceptible d'aucune amélioration.

12•4 ACCIDENT

Est considéré comme un accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part du participant ou du bénéficiaire des prestations, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

12•5 INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

On entend par Incapacité Temporaire Totale de Travail, l'incapacité totale à exercer pendant un délai déterminé son travail, constatée par une autorité médicale compétente.

La prise en charge au titre du présent contrat d'adhésion est subordonnée à l'octroi des prestations en espèces de la Sécurité sociale.

Toutefois, les décisions prises par la Sécurité sociale ne s'imposent pas à l'organisme assureur qui se réserve le droit de subordonner l'octroi de ses prestations à la vérification par son médecin conseil de l'état de santé du participant et de son droit à prestation au regard de la définition susvisée, dans le cadre du contrôle médical visé à l'article 12.8 des présentes conditions générales.

L'incapacité doit être constatée en France métropolitaine (**hors Corse et Monaco**).

12•6 INVALIDITÉ PERMANENTE

L'Invalidité Permanente correspond à une réduction de capacité de travail ou de gain du participant d'au moins 2/3, reconnue par la Sécurité sociale dans l'une des catégories d'invalides (1^{re}, 2^e ou 3^e catégorie de la Sécurité sociale), ou par l'attribution d'un taux d'incapacité sur les accidents du travail et maladies professionnelles égal ou supérieur à trente trois pourcent.

L'état d'invalidité est apprécié en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales du participant, ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle.

Relèvent de la première catégorie, les invalides capables d'exercer une activité rémunérée.

Relèvent de la deuxième catégorie, les invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque.

Relèvent de la troisième catégorie, les invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

La prise en charge au titre du présent contrat d'adhésion est subordonnée au versement par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité en cas d'accident ou de maladie professionnelle.

Toutefois, les décisions prises par la Sécurité sociale ne s'imposent pas à l'organisme assureur qui se réserve le droit de subordonner l'octroi de ses prestations à la vérification par son médecin conseil de l'état de santé du participant et de son droit aux prestations, au regard des définitions sus-visées, dans le cadre du contrôle médical visé à l'article 12.8 des présentes conditions générales.

L'invalidité doit être constatée en France métropolitaine (**hors Corse et Monaco**).

12•7 DÉLAI DE DÉCLARATION EN CAS DE RÉALISATION DU RISQUE

Les événements ouvrant droit aux prestations doivent être déclarés au plus tard dans les trois mois suivants leur survenance à Alptis Assurances. Tout événement ouvrant droit à des prestations continues (indemnités journalières, rentes), déclarés en dehors de ce délai de trois mois sera indemnisé au plus tôt à compter du jour de la déclaration.

12•8 CONTRÔLE ET EXPERTISE MÉDICALE

Au moment du sinistre

Sous peine de se voir refuser le bénéfice des prestations prévues, le participant devra fournir les renseignements et documents que l'organisme assureur jugera utiles d'obtenir, et se soumettre aux expertises médicales qui pourraient lui être demandées.

A défaut de pouvoir exercer le contrôle, le droit à prestations ne sera pas acquis.

En cas de désaccord sur les conclusions de l'organisme assureur, le participant peut en contester le bien fondé, au moyen d'une attestation médicale.

Une expertise médicale contradictoire amiable sera alors organisée entre le médecin expert de l'organisme assureur et le médecin du participant.

Si le désaccord persiste, un médecin arbitre sera alors désigné par les deux parties pour les départager, à frais partagés.

Le coût de l'expertise du médecin du participant est à la charge du participant.

En cours d'indemnisation

L'organisme assureur peut à tout moment procéder à des contrôles et expertises qu'il jugera utile. A défaut de pouvoir exercer le contrôle, le droit à prestations sera suspendu. Sous peine de perdre le droit aux prestations, le participant bénéficiaire des prestations prévues devra fournir tous les renseignements et documents que l'organisme assureur jugera utiles d'obtenir, et se soumettre aux expertises médicales qui pourraient lui être demandées. Le service des prestations sera suspendu provisoirement en cas d'expertise médicale et pourra être supprimé le cas échéant selon résultat de celui-ci.

En cas de désaccord sur les conclusions de l'organisme assureur, le participant peut en contester le bien fondé, au moyen d'une attestation médicale.

Une expertise médicale contradictoire amiable sera alors organisée entre le médecin expert de l'organisme assureur et le médecin du participant.

Si le désaccord persiste, un médecin arbitre sera alors désigné par les deux parties pour les départager, à frais partagés.

Le coût de l'expertise du médecin du participant est à la charge du participant.

13• LES GARANTIES : MODALITÉS D'APPLICATION

13•1 GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS OU DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

• Décès

Pour la garantie décès, l'adhérent a le choix, au moment de l'adhésion, entre l'option capital fixe ou capital modulaire.

En cas de décès du participant, le capital prévu aux conditions particulières est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s).

Dispositions applicables en cas de choix de l'option Capital modulaire

Si l'adhérent opte pour le capital modulaire de la garantie Décès/PTIA toutes causes, les modalités suivantes s'appliquent.

En cas de décès du participant, le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) selon les modalités de l'article 12.2 devra(ont), au moment du décès, choisir entre quatre types de prestations prévues aux conditions particulières :

- un capital décès majoré selon la situation familiale du participant ;
- un capital décès avec rente d'éducation ;
- un capital décès avec rente de conjoint ;
- un capital décès avec rente d'éducation et rente de conjoint.

En cas de pluralité de bénéficiaires, chaque bénéficiaire pourra choisir le type de prestations qu'il souhaite à hauteur de la quotité attribuée par le participant dans la clause bénéficiaire.

En l'absence d'information, dans la désignation, sur la quotité attribuée à chaque bénéficiaire désigné ou en cas d'application de la désignation par défaut prévue à l'article 12.2, le choix de chacun des bénéficiaires portera sur la même quotité définie par parts égales.

Le choix effectué par le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) et le versement des prestations correspondantes mettra fin à la garantie décès.

Les modalités d'application de la rente d'éducation et de la rente de conjoint sont celles définies ci-après dans les paragraphes Rente éducation et Rente de conjoint.

La garantie cesse au plus tard à la liquidation des droits à la retraite.

• Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Le capital décès est versé par anticipation au participant lui-même en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie survenue avant la liquidation de ses droits à la retraite. En cas d'option du capital modulaire de la garantie Décès/PTIA toutes causes par l'adhérent, c'est le capital décès majoré selon la situation familiale qui sera versé par anticipation au participant lui-même en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie survenue avant la liquidation de ses droits à la retraite, (le choix des capitaux accompagnés de rente de conjoint et/ou de rente éducation n'étant pas ouvert au participant).

Le versement du capital intervient après un délai de trois mois suivant la réception par l'organisme assureur d'un certificat de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie en cas de maladie, sans délai en cas d'accident.

Le versement du capital PTIA par anticipation met fin au capital Décès.

• Décès par accident

En cas de décès accidentel avant la liquidation des droits à la retraite, un capital supplémentaire, dont le montant est indiqué aux conditions particulières, est versé au(x) bénéficiaire(s).

Ce capital est versé dans le cas où le décès, intervenant avant la liquidation des droits à la retraite, fait suite aux conséquences de l'accident et survient au maximum dans les douze mois qui suivent la survenance de l'accident.

• Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) par accident

Le capital décès accidentel est versé par anticipation au participant lui-même en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie survenue dans les douze mois qui suivent l'accident.

Lorsque le capital est versé par anticipation, le participant ne bénéficie plus de la garantie en cas de décès par accident.

• Double effet

Si simultanément ou postérieurement au décès du participant, le conjoint décède avant son soixantième anniversaire, laissant un ou plusieurs enfants à la charge du participant au moment du décès de ce dernier, l'organisme assureur verse à l'administrateur légal ou à l'enfant s'il est juridiquement capable un capital dont le montant est inscrit aux conditions particulières.

La garantie double effet cesse au remariage ou à la signature d'un PACS du conjoint, ou à la résiliation de l'adhésion de l'entreprise.

• Allocation d'obsèques

En cas de pré-décès du conjoint ou d'un des enfants à charge du participant, l'allocation prévue aux conditions particulières est versée au participant. En cas de décès d'un enfant âgé de moins de douze ans, le montant du capital versé est limité aux frais d'obsèques réellement engagés.

• Rente éducation

Au décès du participant avant la liquidation de ses droits à la retraite, une rente éducation est attribuée à chacun de ses enfants à charge (selon la définition à l'article 12.1).

Le montant et les modalités de calcul de la rente éducation attribuée varient selon que le nombre d'enfants à charge est inférieur ou non à quatre et sont précisés dans les conditions particulières.

La qualité d'enfant à charge est appréciée à la date de chaque échéance de rente.

La rente éducation est versée à l'enfant s'il est majeur, à son représentant légal ou, à défaut, à l'administrateur légal des biens si l'enfant est mineur ou juridiquement incapable. La rente est versée trimestriellement à terme échu, à compter du premier jour du trimestre civil suivant le décès du participant. La rente éducation prend fin à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant cesse de remplir les conditions requises pour en bénéficier ; ou si celui-ci décède, à la fin du trimestre précédent.

En cours de service, la rente servie est revalorisée si les résultats du contrat le permettent dès lors que les prestations sont versées depuis au moins un an et au maximum une fois par année civile. La revalorisation est limitée au maximum à l'évolution du point de retraite des cadres AGIRC, sauf disposition spéciale prévue dans les conditions particulières.

La résiliation de l'adhésion de l'entreprise ne fait pas obstacle au versement de la rente qui continue selon les dispositions prévues aux conditions particulières.

Toutefois, la revalorisation de la rente s'arrête le jour de l'effet de la résiliation, les revalorisations antérieurement attribuées demeurant acquises.

• Rentes de conjoint

Rente de conjoint viagère (garantie optionnelle)

Lors du décès du participant avant la liquidation de ses droits à la retraite, il est attribué à son conjoint survivant, une rente viagère immédiate dont le montant est fixé aux conditions particulières.

Rente de conjoint temporaire (pour l'option capital modulaire)

Lors du décès du participant avant la liquidation de ses droits à la retraite, il est attribué au conjoint survivant une rente temporaire dont le montant est fixé aux conditions particulières, s'il ne remplit pas les conditions requises pour bénéficier des pensions de réversion du régime de retraite complémentaire du participant décédé. La rente de conjoint est payable jusqu'à l'âge légal de départ à la retraite du conjoint survivant.

Les rentes de conjoint viagère et temporaire sont versées trimestriellement à terme échu, à compter du premier jour du trimestre civil suivant le décès du participant.

Elles cessent d'être versées au décès du conjoint bénéficiaire ou dès l'échéance suivant le remariage ou à la signature d'un PACS du conjoint.

En cours de service, la rente servie est revalorisée si les résultats du contrat le permettent dès lors que les prestations sont versées depuis au moins un an et au maximum une fois par année civile. La revalorisation est limitée au maximum à l'évolution du point de retraite des cadres AGIRC, sauf disposition spéciale prévue dans les conditions particulières.

La résiliation de l'adhésion de l'entreprise ne fait pas obstacle au versement des rentes qui continue selon les dispositions prévues aux conditions particulières.

Toutefois, la revalorisation des rentes s'arrête le jour de l'effet de la résiliation de l'adhésion, les revalorisations antérieurement attribuées demeurant acquises.

13•2 GARANTIES EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL OU D'INVALIDITÉ PERMANENTE**Remarque préalable**

Le cumul des sommes versées par Alptis Assurances pour le compte de l'organisme assureur, le régime obligatoire, l'employeur, et tout autre organisme (notamment Pôle Emploi) ne peut excéder :

- cent pour-cent du salaire brut du participant (limité à la base des garanties revalorisées) en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail sans rupture du contrat de travail ;

- cent pour-cent du salaire net servant de base des garanties revalorisées du participant en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail après rupture du contrat de travail ou d'Invalidité Permanente.

Tant que le contrat de travail du participant est en vigueur, le règlement des prestations est effectué par Alptis Assurances à l'adhérent. Après rupture du contrat de travail le règlement des prestations est effectué directement au participant.

• Incapacité Temporaire Totale de travail

Montant de la prestation

Le participant reconnu avant la liquidation de ses droits à la retraite en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail bénéficie d'une indemnité journalière dont le montant est fixé aux conditions particulières, et qui lui est versée à l'issue d'une période de franchise prévue aux conditions particulières.

Cessation de la prestation

Les prestations sont servies tant que dure l'état d'Incapacité Temporaire Totale de travail et que le régime obligatoire verse des indemnités journalières, et au plus tard jusqu'au mille quatre-vingt-quinzième jour en cas de longue maladie ou à la liquidation des droits à la retraite du participant.

La résiliation de l'adhésion de l'entreprise n'entraîne pas l'arrêt du versement des indemnités contractuellement garanties. Toutefois, leur revalorisation s'arrête le jour de l'effet de la résiliation, les revalorisations antérieurement attribuées demeurant acquises.

Les prestations sont suspendues pendant la durée du congé légal de maternité ou de paternité.

Reprise partielle d'activité

En cas de reprise d'activité au service de l'entreprise adhérente, avec maintien d'une prestation réduite de la part de la Sécurité sociale et sous réserve de la vérification du médecin conseil de l'organisme assureur de l'état de santé du participant dans le cadre du contrôle médical visé à l'article 12.8 des présentes conditions générales, Alptis Assurances pour le compte de l'organisme assureur poursuit le versement des prestations pour un montant réduit du montant du salaire perçu par le participant, du montant des prestations versées par la Sécurité sociale et du montant des prestations éventuellement versées par un autre organisme assureur. Le total ne peut toutefois excéder le montant du salaire de pleine activité.

Rechute

Toute reprise de l'activité n'entraîne qu'une suspension du service des prestations.

Le paiement est repris sur les mêmes bases dès rechute sous les conditions cumulatives suivantes :

- la durée de la reprise est inférieure à soixante jours ;
- et, le nouvel arrêt de travail est dû à la même affection ;
- et, la Sécurité sociale verse des indemnités journalières pour ce nouvel arrêt.

- **Invalidité Permanente**

Montant de la prestation

Le participant reconnu avant la liquidation de ses droits à la retraite en état d'Invalidité Permanente bénéficie d'une rente d'invalidité dont le montant est fixé aux conditions particulières

Montant de la prestation en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle

Les invalidités résultant d'un accident du travail ou de maladie professionnelle d'un taux d'accident du travail supérieur ou égal à soixante-six pour-cent sont assimilées à la 2^e ou 3^e catégorie Sécurité sociale selon qu'il y a ou non assistance d'une tierce personne.

Dans le cas d'un taux d'accident du travail compris entre trente trois pour-cent et soixante-six pour-cent, l'invalidité est assimilée à la 1^{ère} catégorie Sécurité sociale. Lorsque le taux d'accident du travail est inférieur à trente trois pour-cent, aucune prestation n'est versée.

Cessation de la prestation

Les prestations invalidité cessent dès que le participant ne perçoit plus la rente de la Sécurité sociale ou que son taux d'incapacité Accident du Travail devient inférieur à trente trois pour-cent ou qu'il bénéficie de la pension vieillesse ou de la pension d'inaptitude au travail de la Sécurité sociale, et au plus tard à la liquidation de ses droits à la retraite. La résiliation de l'adhésion de l'entreprise n'entraîne pas l'arrêt du versement de la rente invalidité. Toutefois, la revalorisation de la rente s'arrête le jour de l'effet de la résiliation, les revalorisations antérieurement attribuées demeurant acquises.

Les prestations sont suspendues pendant la durée du congé légal de maternité.

Reprise partielle d'activité

En cas de reprise partielle d'activité, la prestation due est, s'il y a lieu, réduite de manière que l'ensemble des prestations perçues (rentes ou pensions de la Sécurité sociale, salaire, indemnités Pôle Emploi, prestations d'un autre organisme assureur) ne dépassent pas cent pour-cent du salaire servant de base des garanties revalorisées.

- **Revalorisation**

L'ensemble des prestations en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail ou d'Invalidité Permanente sont revalorisables si les résultats du contrat le permettent. La revalorisation est limitée au maximum à l'évolution du point de retraite des cadres AGIRC, sauf disposition spéciale prévue dans les conditions particulières. La revalorisation intervient au plus tôt un an après le versement de la première prestation, et au maximum une fois par année civile. En cas de résiliation de l'adhésion de l'entreprise, la revalorisation s'arrête le jour de l'effet de la résiliation, les revalorisations antérieurement attribuées demeurant acquises.

14• RISQUES EXCLUS

14•1 GARANTIES DÉCÈS - DOUBLE EFFET - ALLOCATION OBSÈQUES - RENTES DE CONJOINT - RENTE ÉDUCATION

Le risque décès (sauf exclusions prévues par le Code des assurances ou le Code de la Mutualité selon l'organisme assureur) est couvert quelle que soit la cause, maladie ou accident, et le lieu où il se produit, sous réserve des dispositions suivantes :

- **Suicide**

Le suicide est exclu de la garantie s'il survient au cours de la première année d'affiliation à un régime d'assurance collective garantissant le risque décès.

- **Risque de guerre**

- Les conséquences d'une guerre civile ou non, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire, survenant en France (y compris les DOM-TOM).
- Les conséquences de la participation active du participant à une guerre civile ou non, une insurrection, une émeute ou un mouvement populaire survenant hors de France.

- **Décès du fait du bénéficiaire**

La garantie cesse ses effets à l'égard du bénéficiaire lorsqu'il a volontairement provoqué la mort du participant. Le capital garanti est alors reporté sur le bénéficiaire suivant dans l'ordre de la désignation.

- **Conséquences de la désintégration du noyau atomique**

Les garanties ne sont pas accordées lorsque le décès fait suite aux conséquences de la désintégration du noyau atomique.

14•2 GARANTIES PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE, PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE PAR ACCIDENT, INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL, INVALIDITÉ PERMANENTE

Les risques Perte Totale et Irréversible d'Autonomie résultant ou non d'un accident, décès accidentel (pour la majoration supplémentaire du capital résultant du caractère accidentel du décès), Incapacité Temporaire Totale de travail, Invalidité Permanente, sont garantis, à l'exclusion de ceux résultant :

- du fait volontaire ou intentionnel du participant ou du bénéficiaire ;
- de risques aériens :
 - vols effectués à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne non pourvue d'un brevet de pilote valable pour l'appareil utilisé ;
 - pratique du parachutisme ou du parachutisme ascensionnel ou du parapente, pilotage d'un appareil "ultra léger motorisé" (ULM), deltaplane et de tout appareil non homologué ;
- de la pratique de sports non reconnus par le ministère de la jeunesse et des sports ;
- de la participation à des compétitions pratiquées avec des engins à moteur ;

- les conséquences d'une guerre civile ou non, d'une insurrection, d'une émeute ou d'un mouvement populaire, survenant en France (y compris les DOM-TOM) ;
- les conséquences de la participation active du participant à une guerre civile ou non, une insurrection, une émeute ou un mouvement populaire survenant hors de France ;
- de la consommation de boissons alcoolisées, constatée par un taux d'alcoolémie supérieur au taux légal ;
- de l'usage de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en dehors des limites de prescriptions médicales ;
- directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique.

Par ailleurs, il est précisé que les Incapacités Temporaires Totales de travail ou les Invalidités Permanentes survenues pendant le congé légal ou conventionnel de maternité, de paternité ou d'adoption ne donnent lieu à aucun versement de prestations pendant la durée du congé.

La durée dudit congé n'est pas prise en considération pour la détermination de la franchise.

15• AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

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

16• LOI INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

Les informations recueillies par Alptis Assurances sont nécessaires à l'appréciation de la demande d'adhésion et des demandes d'affiliation 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 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-cnii@alptis.fr. Alptis Assurances se chargera de diffuser ces éventuelles modifications aux autres destinataires.

17• MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, l'adhérent et/ou le participant peuvent formuler leur réclamation au Service Client d'Alptis Assurances, 25 cours Albert Thomas 69445 LYON CEDEX 03 ou à l'adresse suivante : serviceclient@alptis.fr en précisant son numéro d'adhérent et/ou de participant. Si la réponse apportée ne convient pas, l'adhérent et/ou le participant peuvent adresser une nouvelle réclamation auprès de l'organisme assureur qui communiquera, si la position est maintenue, les coordonnées d'un médiateur indépendant.

18• PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi.

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance conformément aux articles L. 114-1 et L. 114-2 du Code des assurances et aux articles L. 221-11, L. 221-12 du Code de la mutualité.

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'organisme assureur en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignorée jusque-là.

La prescription peut être interrompue par :

- une demande en justice, même en référé, la reconnaissance du droit de celui contre lequel la prescription devrait jouer ou un acte d'exécution forcée ;
- la désignation d'experts à la suite d'un sinistre ;
- l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception concernant le paiement de la cotisation ou d'un sinistre.

Les parties 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.

19• SUBROGATION

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, l'organisme assureur est subrogé jusqu'à concurrence des prestations payées par lui, dans les droits et actions du participant contre toute personne responsable d'une atteinte à sa personne entraînant le versement de prestations à caractère indemnitaire garanties en assurance, conformément aux dispositions du Code des assurances ou du Code de la mutualité selon la nature de l'organisme assureur. Les prestations, revêtant un caractère indemnitaire, constituent une avance sur recours que l'assureur peut récupérer, au titre de son recours subrogatoire, sur le montant de l'indemnité pouvant être versée au bénéficiaire par toute personne tenue à réparation ou son assureur. L'organisme assureur renonce à tout recours contre l'entreprise.