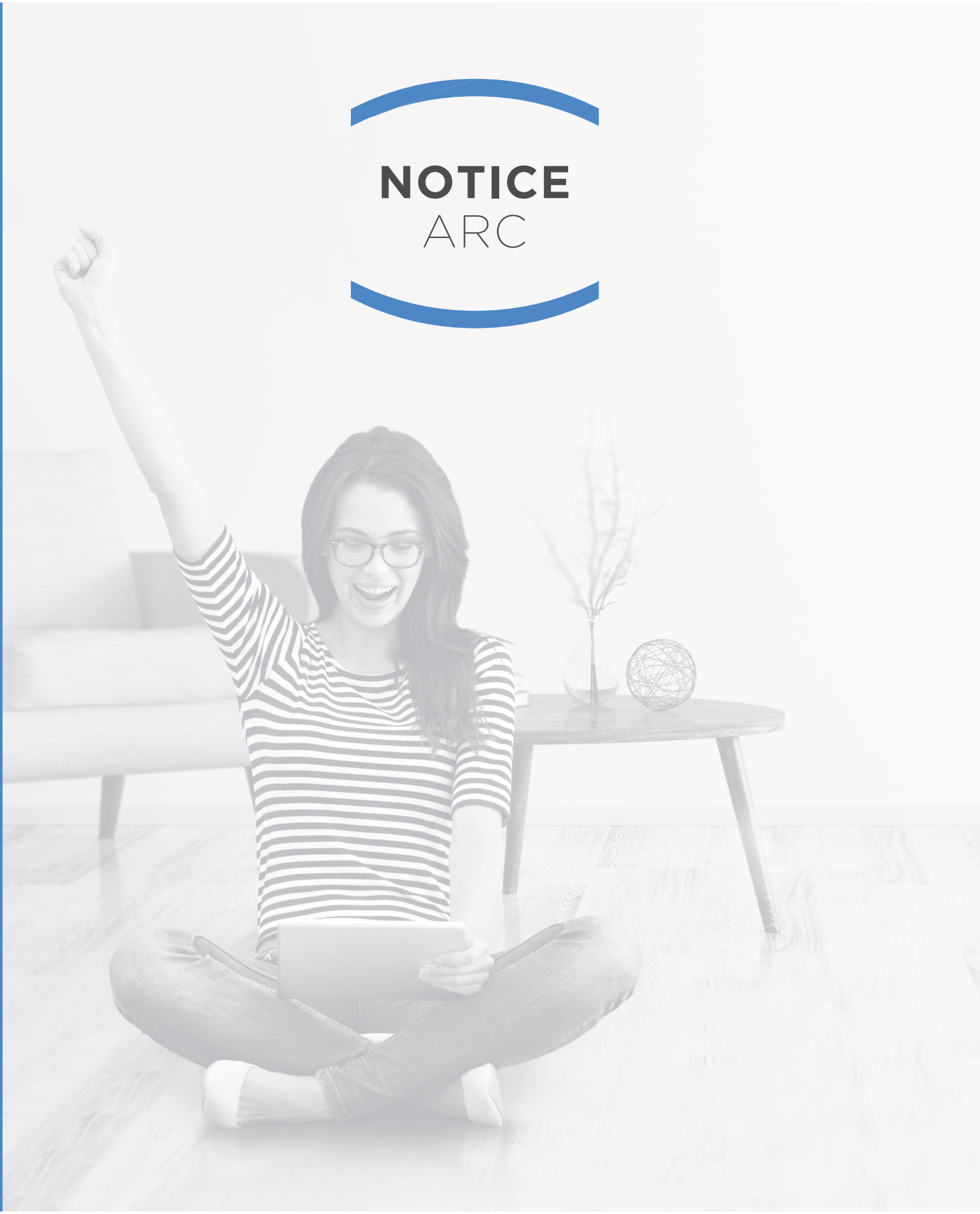
NOTICE
ARC



ASSURANCE EMPRUNTEUR

Juin 2022

AGIPI

Cher Adhérent,

La convention ARC, Assurance Relais pour le Crédit, à laquelle vous venez d'adhérer, a été élaborée pour garantir la couverture de vos engagements financiers, en cas de décès, d'arrêt de travail ou d'invalidité.

ARC est une convention d'assurance de groupe mise au point par AGIPI, et garantie par des sociétés du groupe AXA. Elle est exclusivement réservée aux adhérents d'AGIPI.

Cette notice, qui comporte le texte des conditions générales ARC, vous informe ainsi sur l'ensemble des garanties offertes.

Votre conseiller se tient à votre disposition pour vous fournir tout renseignement complémentaire.

Les services d'ADIS s'efforceront de vous apporter soin et efficacité dans le suivi et la gestion de votre adhésion.

Je vous remercie de faire confiance à AGIPI, association d'assurés pour la Retraite, l'Epargne, la Prévoyance et la Santé, et vous prie de croire, Cher Adhérent, à mes sentiments dévoués.

François PIERSON
Président d'AGIPI

Sommaire

Page

Dispositions générales

Article 1 Préambule et parties à la convention 3
Article 2 Objet de la convention 3
Article 3 Définitions 3
Article 4 Durée et renouvellement de la convention 4
Article 5 Champ d'application 4
Article 6 Bénéficiaire des prestations 5
Article 7 Obligations de l'adhérent et de l'assuré 6
Article 8 Obligations d'AGIPI et d'ADIS 7
Article 9 Délai et modalités de renonciation 7
Article 10 Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé) 8
Article 11 Informations relatives à l'utilisation des données personnelles 8
Article 12 Prescription 9
Article 13 Réclamations 9
Article 14 Contrôle de l'assureur 10

Garantie en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie

Article 15 Capital décès 10
Article 16 Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) 10

Garantie en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité totale ou partielle

Article 17 Incapacité de travail 11
Article 18 Invalidité totale ou partielle 12
Article 19 Invalidité spécifique (AERAS) 15
Article 20 Exonération du paiement des cotisations 15

Risques exclus et limites de garanties

Article 21 Risques exclus 16
Article 22 Limitations applicables aux garanties en cas de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité de travail, d'invalidité totale ou partielle ou d'invalidité spécifique (AERAS) .. 17

Cotisations

Article 23 Calcul de la cotisation annuelle 18
Article 24 Modalités de paiement des cotisations 19

Gestion des prestations

Article 25 Modalités d'obtention des prestations 19

Gestion technique et paritaire de la convention

Article 26 Comptes de participation 20
Article 27 Réserve de participation 21
Article 28 Comptes techniques 21
Article 29 Comité de Gestion Paritaire 21
Article 30 Comité Médical d'Evaluation 21

Annexe - Convention d'utilisation des services numériques 22

Notice

Dispositions générales

Article 1 Préambule et parties à la convention

L'Association Générale Interprofessionnelle de Prévoyance et d'Investissement (AGIPI) a pour objet de promouvoir, dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur, toute action et toute réforme aptes à procurer ou à améliorer la garantie de ses membres contre les divers risques sociaux.

C'est dans ce cadre qu'elle a conclu auprès des sociétés d'assurance sur la vie du Groupe AXA des contrats collectifs, à adhésion facultative de nature à contribuer à la réalisation de son objet social.

La présente notice comporte les dispositions des conditions générales de la convention ARC, Assurance Relais pour le Crédit et décrit les garanties et prestations accordées.

La convention d'assurance de groupe ARC, Assurance Relais pour le Crédit (références 3449-86 et 3449-87), régie par le Code des assurances (branche 1 - accidents, branche 2 - maladie et branche 20 - vie-décès), est souscrite par l'Association Générale Interprofessionnelle de Prévoyance et d'Investissement, (appelée ci-après AGIPI), auprès des sociétés françaises d'assurance du Groupe AXA : AXA France Vie S.A., AXA Assurances Vie Mutuelle (appelées ci-après l'assureur), en coassurance entre elles, au prorata de leurs chiffres d'affaires respectifs.

Cette convention est réservée aux adhérents d'AGIPI.
L'ARC est géré par ADIS (Associations Diffusion Services), centre de gestion dédié des adhésions AGIPI par délégation de l'assureur. ADIS est une Société Anonyme de courtage située 12 avenue Pierre Mendès France - CS 10144 - 67312 SCHILTIGHEIM Cedex et filiale à 100% d'AXA France.

Tout litige relatif à l'application de la présente convention relève de la seule compétence des tribunaux français.

Article 2 Objet de la convention

Cette convention ARC a pour objet de garantir des prestations au titre de l'emprunt mentionné sur les conditions particulières d'adhésion, en cas de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie, d'invalidité ou d'incapacité de travail de l'assuré, versées sous forme de capitaux ou d'indemnités journalières en fonction des options choisies. Les garanties de prévoyance régies par cette convention ne comportent pas de valeur de rachat.

Les conditions particulières d'adhésion précisent les garanties souscrites par l'adhérent.

Comme tout contrat d'assurance, l'ARC est par nature un contrat aléatoire par lequel en contrepartie d'une cotisation, l'assureur s'engage vis-à-vis de l'adhérent à une prestation en cas de réalisation d'un ou plusieurs risques contre lesquels l'assuré souhaite se protéger. Ces risques sont des événements dont la survenance est incertaine en son principe (par exemple un accident) ou sa date (par exemple le décès). **En conséquence, le contrat d'assurance ne peut conduire à l'indemnisation d'un risque que l'assuré sait déjà réalisé au jour de l'adhésion, aucune garantie ne pouvant être due par l'assureur en l'absence d'aléa sur le risque assuré.**

Article 3 Définitions

Adhérent	Personne physique ou morale qui adhère à la présente convention.
Adhésion	L'adhésion est constituée : • des conditions particulières d'adhésion, • de la notice prévue par l'article L 141-4 du Code des assurances, • des avenants éventuels intervenant en cours d'adhésion, • des statuts d'AGIPI.
Assuré	Personne physique admise à l'assurance, dont le lieu de résidence principale et le foyer fiscal sont établis en France et sur la tête de laquelle repose le risque.
Accident	Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. A titre d'exemples l'infarctus du myocarde, les affections coronariennes ainsi que les affections soudaines, les affections dues à un choc émotif, à un surmenage et les dépressions ne sont pas considérés comme des accidents.
Aléa	Evénement incertain
Conditions particulières d'adhésion	Document qui complète la présente notice et dans lequel figurent l'identité de l'adhérent, de l'assuré, les clauses bénéficiaires, les garanties choisies, les éventuelles options choisies, ainsi que d'éventuelles dispositions particulières.
Consolidation	Stabilisation durable de l'état de santé de l'assuré, cet état n'évoluant ni vers une amélioration, ni vers une aggravation, médicalement constatées.

Convention AERAS (s'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé)	Dispositif destiné à faciliter l'accès à l'assurance des personnes présentant un risque aggravé de santé.
Incapacité de travail	Incapacité temporaire et totale d'exercer son activité professionnelle. Pour les assurés au chômage ou n'exerçant plus d'activité professionnelle l'incapacité totale d'effectuer ses activités habituelles non professionnelles.
Invalidité	Réduction permanente, partielle ou totale, en raison d'un handicap physique ou psychique entraîné par une maladie ou un accident, de certaines aptitudes de l'assuré dont les modalités de détermination sont définies à l'article 18. La garantie invalidité telle que prévue au contrat est indépendante de la notion d'invalidité retenue par la Sécurité sociale ou tout autre organisme compétent qui juge de l'inaptitude professionnelle. La reconnaissance d'un état d'invalidité par l'un de ces organismes ne s'impose pas à l'assureur, qui est tenu par la seule définition figurant au contrat.
Maladie	Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pas pour origine un accident tel que défini ci-dessus.
PTIA (Perte Totale et Irréversible d'Autonomie)	L'impossibilité pour l'assuré de se livrer à la moindre occupation ou au moindre travail lui procurant gain ou profit, et dont le taux d'invalidité fonctionnelle est égal à 100 % par référence au barème des accidents du travail de la Sécurité sociale. Entre le 60e anniversaire et le 70e anniversaire de l'assuré, le recours à l'assistance d'une tierce personne est exigé.

Article 4 Durée et renouvellement de la convention

Cette convention entre AGIPI et l'assureur prend effet le 1er juin 2022, et se renouvelle par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant préavis de six mois par lettre recommandée.

En cas de résiliation de la convention entre AGIPI et l'assureur, aucune adhésion nouvelle ne pourra être enregistrée ; chaque assuré garanti par la convention au moment de la résiliation pourra le demeurer jusqu'aux âges prévus à l'article 5 E pour les garanties souscrites.

Article 5 Champ d'application

A Admission

Sont admissibles à la convention les assurés âgés de moins de 80 ans.

Un assuré sans emploi ou au chômage ne peut souscrire aux garanties incapacité, invalidité totale ou partielle et invalidité spécifique (AERAS) (articles 17, 18 et 19).

Chaque adhérent remplit une demande d'adhésion par laquelle il précise les garanties souhaitées et les éventuelles options choisies et désigne le ou les bénéficiaires de la garantie en cas de décès. L'assuré peut faire l'objet d'une acceptation médicale.

Pour permettre le calcul des cotisations, chaque adhérent remet à ADIS les conditions et caractéristiques de l'offre de prêt ainsi qu'une copie du tableau d'amortissement de l'emprunt (ou de l'échéancier pour les prêts in fine).
ADIS peut limiter ou refuser les garanties sans avoir à justifier sa décision.

B Territorialité des garanties

Les garanties sont acquises à l'assuré dans le monde entier.

C Début des garanties

Les garanties prennent effet pour chaque assuré à la date indiquée sur ses conditions particulières d'adhésion, sous réserve du paiement de la première échéance mentionnée dans le décompte de cotisation.

En cas de déblocage des fonds progressif ou postérieur à la date d'effet de l'adhésion, les garanties produisent néanmoins leurs effets à la date indiquée sur les conditions particulières d'adhésion et les cotisations sont dues selon les modalités définies aux conditions particulières d'adhésion.

D Modification des garanties

L'adhérent peut, à tout moment, demander la modification de ses garanties.

- S'il s'agit d'une diminution, cette modification prend effet le jour de réception de la demande par ADIS.
- S'il s'agit d'une augmentation, l'acceptation du changement peut le cas échéant être subordonnée aux résultats d'une acceptation médicale.

En cas d'augmentation de garantie, les nouvelles garanties prennent effet à la date indiquée sur les nouvelles conditions particulières d'adhésion, sous réserve du paiement de la première échéance mentionnée dans le décompte de cotisation.

Toute demande de modification substantielle de l'adhésion fera l'objet d'une information par ADIS à l'organisme prêteur lorsqu'il est bénéficiaire.

E Fin des garanties

Les garanties cessent au plus tard à la date de fin de prêt indiquée sur les conditions particulières d'adhésion ou de plein droit à la date de remboursement total du prêt si celle-ci est antérieure. Cependant, en cas de déblocage des fonds dans les trois mois qui suivent la date d'effet indiquée sur les conditions particulières d'adhésion, la fin des garanties est automatiquement reportée dans le temps pour une durée équivalente à la différence entre la date de déblocage des fonds et la date d'effet figurant dans les conditions particulières d'adhésion.

En tout état de cause, les garanties s'arrêtent lorsque l'assuré atteint les limites d'âge suivantes :

Garantie en cas de décès (article 15)	Au 85e anniversaire de l'assuré
Garantie en cas d'incapacité de travail, d'invalidité totale ou partielle ou d'invalidité spécifique (AERAS) (articles 17, 18 et 19)	Au 70e anniversaire de l'assuré
Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (article 16)	Au 70e anniversaire de l'assuré

En cas de départ à la retraite, les garanties incapacité, invalidité totale ou partielle et invalidité spécifique (AERAS) se trouvent résiliées de plein droit et le versement des prestations cesse.
L'assuré s'oblige à informer ADIS de son départ en retraite, pour permettre la modification de ses garanties et l'ajustement de sa cotisation.

Dans le cas contraire, si l'assuré n'a pas informé ADIS de son départ en retraite, le paiement des cotisations ne donne pas droit à prestations au titre des garanties incapacité, invalidité totale ou partielle ou invalidité spécifique (AERAS) celles-ci étant devenues sans objet.

F Résiliation de l'adhésion

Pour les prêts immobiliers à usage d'habitation ou à usage mixte
En application du Code des assurances, lorsque l'adhésion couvre un prêt immobilier à usage d'habitation ou à usage mixte (habitation et professionnel), l'adhérent peut résilier son adhésion à tout moment à compter de la signature de l'offre de prêt.

L'adhérent doit notifier à ADIS sa demande de résiliation par lettre ou tout autre support durable.

De plus, l'adhérent doit notifier par lettre recommandée ou par envoi recommandé électronique l'accord de l'organisme prêteur, lorsque celui-ci est bénéficiaire, en indiquant la date de prise d'effet du contrat d'assurance accepté par le prêteur en substitution à l'adhésion ARC.
Dans ce cas, la résiliation prendra effet 10 jours après la réception par ADIS de la décision d'acceptation de l'organisme prêteur ou à la date d'effet du contrat accepté en substitution, si celle-ci est postérieure.

Conformément à l'article L.113-15-3 du Code des assurances, l'adhérent est informé chaque année, sur support papier ou sur tout autre support durable, de son droit de résiliation à tout moment prévu, des modalités de résiliation et des différents délais de notification et d'information qu'il doit respecter.

Pour les autres prêts
L'adhérent peut résilier son adhésion, avec l'accord de l'organisme prêteur lorsque celui-ci est bénéficiaire, au 31 décembre de chaque année ou à la date anniversaire de signature de l'offre de prêt par l'emprunteur. L'adhérent doit notifier à ADIS sa demande de résiliation par lettre ou tout autre support durable au moins soixante jours avant cette date.

Dans tous les cas
La demande de résiliation devra être adressée à :
ADIS, 12 avenue Pierre Mendès France, CS 10144, 67312 SCHILTIGHEIM Cedex.

L'adhésion pourra également être résiliée par ADIS en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions fixées à l'article 7 C ou de fausse déclaration intentionnelle visée à l'article 7 A.

Article 6 Bénéficiaire des prestations

A Désignation des bénéficiaires

Lors de l'adhésion, l'adhérent est invité à désigner le ou les bénéficiaires des sommes dues en cas de décès.
Cette désignation peut également être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique.

Lorsque l'adhérent désigne nommément le bénéficiaire en cas de décès, il peut indiquer les coordonnées de ce bénéficiaire à ADIS. Celles-ci seront utilisées en cas de décès de l'assuré. Lorsqu'ADIS est informé du décès de l'assuré, il est tenu de rechercher le bénéficiaire, et, si cette recherche aboutit, de l'aviser de la stipulation faite à son profit.

La désignation d'un bénéficiaire ou la substitution d'un bénéficiaire à un autre ne peut être opérée, à peine de nullité, qu'avec l'accord de l'assuré, lorsque celui-ci n'est pas l'adhérent.

L'adhérent peut également modifier la clause bénéficiaire si celle-ci ne lui paraît plus appropriée.
L'adhérent ne peut modifier la clause bénéficiaire si le ou les bénéficiaires initialement désignés ont accepté leur désignation dans la forme indiquée au B du présent article.

En contrepartie du prêt consenti par l'établissement prêteur, le bénéficiaire des prestations en cas de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité de travail, d'invalidité totale ou partielle et d'invalidité spécifique (AERAS) est l'organisme prêteur, sauf dispositions contraires indiquées aux conditions particulières d'adhésion.

Lorsque l'organisme prêteur est désigné bénéficiaire, toute demande de modification du bénéficiaire, fera l'objet d'une information par ADIS à l'organisme prêteur.

B Acceptation bénéficiaire

Le bénéficiaire désigné peut accepter cette désignation à compter de la date de déblocage du prêt. Si le déblocage du prêt est postérieur à la date de début des garanties, l'adhérent désigne le ou les bénéficiaires des sommes dues en cas de décès durant cette période.

La désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire dans les conditions prévues à l'article L 132-9 du Code des assurances. L'acceptation est faite par avenant signé d'ADIS, de l'adhérent et du bénéficiaire. Elle peut aussi être faite par un acte authentique ou sous seing privé signé de l'adhérent et du bénéficiaire et n'a alors d'effet à l'égard de l'assureur que lorsqu'elle est notifiée par écrit à ADIS.

Article 7 Obligations de l'adhérent et de l'assuré

A Déclaration du risque

Lors de l'adhésion, l'assuré s'engage à répondre en toute sincérité aux questions posées par ADIS dans les documents qui lui auront été remis à cet effet lors de l'adhésion.

Il s'engage notamment à déclarer sa date et son lieu de naissance, sa profession et les conditions d'exercices de celle-ci.

De plus, l'assuré s'engage à répondre aux questions relatives à son état de santé et à ses antécédents médicaux de tous ordres.

En revanche, conformément à la loi n° 2022-270 du 28 février 2022 dite loi Lemoine, l'assuré est dispensé de répondre aux questions relatives à l'acceptation médicale, si les trois conditions cumulatives suivantes sont réunies :

- le prêt est visé par l'article L 313-1 1° du Code de la consommation à savoir notamment s'il a pour objet de financer les opérations suivantes :
  - l'acquisition en propriété ou en jouissance d'immeubles à usage d'habitation ou à usage professionnel et d'habitation,
  - l'achat de parts ou actions de sociétés donnant vocation à l'attribution en propriété ou en jouissance d'immeubles à usage d'habitation ou à usage professionnel et d'habitation,
  - la réalisation de travaux de réparation, d'amélioration ou d'entretien des immeubles précités,
  - les dépenses relatives à la construction d'immeubles à usage d'habitation ou à usage professionnel et d'habitation,
  - l'achat de terrains destinés à la construction des immeubles précités,
- la part assurée sur l'encours cumulé des contrats de crédits n'excède pas 200 000 €,
- l'échéance du prêt assuré se termine avant son 60e anniversaire.

Ces déclarations servent de base à l'adhésion et à la fixation de la cotisation.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, l'adhérent et l'assuré, s'il est différent, s'exposent à la nullité de l'adhésion, conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances.
En cas d'omission ou de fausse déclaration non intentionnelle, il peut être fait application des sanctions prévues à l'article L 113-9 du Code des assurances et notamment une réduction de la prestation ou une augmentation de cotisation.
En cas d'erreur sur l'âge de l'assuré, les sanctions prévues à l'article L 132-26 du Code des assurances pourront s'appliquer, notamment la nullité si l'âge réel se situe en dehors des limites fixées par la présente convention.

L'article L 113-8 du Code des assurances prévoit que l'adhésion est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. Les cotisations payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les cotisations échues à titre de dommages et intérêts.

L'article L 113-9 du Code des assurances prévoit que l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie, n'entraîne pas la nullité. Si l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir l'adhésion, moyennant une augmentation de cotisation acceptée par l'assuré, soit de résilier l'adhésion dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la cotisation payée pour le temps où l'assurance ne court plus.
Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des cotisations payées par rapport au taux des cotisations qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

L'article L 132-26 du Code des assurances prévoit que l'erreur sur l'âge de l'assuré n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les tarifs de l'assureur.

Dans tout autre cas, si par suite d'une erreur de ce genre, la prime payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital ou la rente garantis sont réduits en proportion de la prime perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge véritable de l'assuré. Si au contraire, par suite d'une erreur sur l'âge de l'assuré, une prime trop forte a été payée, l'assureur est tenu de restituer la portion de prime qu'il a reçue en trop sans intérêt.

B Modification des conditions de l'emprunt

L'adhérent doit informer ADIS, dans un délai de 12 mois, en cas de modification de l'emprunt (modification du capital emprunté, de la durée du prêt, du taux d'intérêt, des modalités d'amortissement) ; à défaut, la modification prendra effet à la date de réception de la demande. L'ajustement des garanties aux nouvelles conditions de l'emprunt est subordonné à l'acceptation d'ADIS ; à défaut, les garanties ne pourront excéder celles découlant des conditions initiales de l'emprunt.

Souplesse des garanties
En cas d'allongement de la durée du prêt dans les conditions prévues par le contrat de prêt initial, aucune nouvelle acceptation médicale ne sera imposée si la modification conduit à un allongement de la durée limité à 60 mois par rapport à la durée initiale du prêt. Cette disposition est applicable dans la limite des âges de fin de garanties (article 5 E).

C Paiement des cotisations

L'adhérent s'oblige à payer à ADIS la cotisation correspondant aux garanties choisies par lui. La somme due est payable dans un délai de 10 jours à compter des dates d'échéance, qui sont fixées selon la périodicité de paiement choisie par l'adhérent.
Les cotisations mensuelles et trimestrielles sont payables par prélèvements automatiques.
Le défaut de paiement d'une cotisation mensuelle ou trimestrielle rendra immédiatement exigible le solde de la cotisation annuelle restant dû.

Non-paiement des cotisations
En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours suivant son échéance, conformément aux dispositions du Code des assurances et notamment l'article L 141-3, une lettre recommandée est adressée à l'adhérent l'informant qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation ou du solde exigible ainsi que les cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai entraîne, sans nouvel avis, la résiliation des garanties. La même information sera adressée à l'organisme prêteur lorsque celui-ci est bénéficiaire qui pourra se substituer à l'adhérent pour le paiement de la cotisation.

Article 8 Obligations d'AGIPI et d'ADIS

ADIS effectue l'ensemble des actes de gestion nécessaires : acceptation et émission des adhésions, encaissement des cotisations, règlement des prestations, suivi des dossiers des adhérents, réception des demandes de résiliation.

ADIS peut, en accord avec l'assureur et AGIPI, déléguer tout ou partie de ces tâches à un organisme de son choix.

AGIPI, par l'intermédiaire d'ADIS, informe les adhérents de la situation de leurs garanties à chaque échéance annuelle. Les adhérents peuvent à tout moment consulter la situation de leurs garanties sur le site internet de l'association (www.agipi.com).

Article 9 Délai et modalités de renonciation

L'adhérent peut renoncer à son adhésion pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que l'adhésion au contrat est conclue. Il est informé que l'adhésion est conclue à la date de signature des conditions particulières d'adhésion et au plus tard à compter du jour d'encaissement du premier versement.

La renonciation doit être faite par lettre recommandée envoyée à ADIS :

12 avenue Pierre Mendès France, CS 10144, 67312 SCHILTIGHEIM Cedex.

Elle peut être faite suivant le modèle de lettre ci-dessous :
Je soussigné,
Nom ..... Prénom .....
Adresse .....
déclare renoncer à mon adhésion ARC n°.....

Fait à ....., le ..... (Signature)

La renonciation entraîne la restitution de l'intégralité des sommes versées dans un délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de cette lettre recommandée.
La réception de la demande de renonciation entraîne l'annulation de l'ensemble des garanties.

Article 10 Convention AERAS (S'Assurer et Emprunteur avec un Risque Aggravé de Santé)

L'assureur s'engage à respecter les dispositions de la convention AERAS en vigueur au jour de l'adhésion.

Toutes les informations sur la convention AERAS et conditions d'éligibilité sont disponibles sur le site internet www.aeras-infos.fr

Lorsque le prêt est éligible à ces dispositions, l'assureur s'engage notamment :

- si la demande d'adhésion est refusée au « 1er niveau », à étudier la demande de l'assuré dans le cadre d'un dispositif de « 2e niveau » afin de permettre un examen individualisé de sa demande.
- si la demande d'adhésion est refusée au « 2e niveau », à transmettre la demande à un « 3e niveau » permettant le réexamen des dossiers refusés au « 2e niveau ».
- à écrêter les cotisations en cas de surprimes, pour les assurés qui peuvent bénéficier de ce dispositif.
- à étudier la possibilité de proposer une garantie Invalidité Spécifique (AERAS) lorsque les garanties Incapacité de travail et Invalidité ont été refusées.

Article 11 Informations relatives à l'utilisation des données personnelles

Dans le cadre de l'adhésion, les données communiquées par l'adhérent/assuré sont principalement utilisées pour la passation et la gestion du contrat d'assurance, par ADIS, responsable du traitement. Celles-ci pourront également être utilisées pour la gestion des réclamations et des contentieux, la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, la lutte contre la fraude, l'élaboration de statistiques et études actuarielles, l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur.

En tout état de cause, chaque traitement de données à caractère personnel réalisé par ADIS repose sur l'un des fondements juridiques suivant :

- le consentement de l'adhérent/assuré,
- l'exécution du contrat ou de mesures précontractuelles prises à la demande de l'adhérent/assuré,
- le respect d'une obligation légale,
- la préservation de l'intérêt public,
- la poursuite d'un intérêt légitime par le responsable de traitement, comme la prévention et la détection d'une fraude.

Les données de l'adhérent/assuré seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour les durées spécifiquement prévues par les délibérations de la CNIL ou la loi.

Les données de l'adhérent/assuré pourront être communiquées à l'association souscriptrice, ses assureurs, réassureurs et organismes professionnels habilités en fonction des nécessités de gestion. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR).

ADIS est légalement tenu de vérifier que les données communiquées par l'adhérent/assuré sont exactes, complètes et, le cas échéant de les mettre à jour. Aussi, l'adhérent/assuré pourra être sollicité par ADIS afin de vérifier les informations communiquées ou pour compléter son dossier.

Lors de l'adhésion et durant toute la durée du contrat, l'adhérent/assuré est informé que les réponses à certaines questions peuvent présenter un caractère obligatoire et sont nécessaires aux finalités visées au premier alinéa du présent article. En cas de fausses déclarations ou d'omissions, les conséquences à l'égard de l'adhérent/assuré pourront être la nullité du contrat souscrit (article L 113-8 du Code des assurances) ou la réduction des indemnités versées (article L 113-9 du Code des assurances).

Si l'adhérent/assuré a donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines données, il peut la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application du contrat.

Conformément à la législation en vigueur, l'adhérent/assuré peut accéder à ses données, s'opposer à leur traitement ou choisir d'en limiter l'usage, de demander leur effacement, portabilité ou rectification en cas d'erreur et de définir des directives relatives au sort de ses données après son décès en écrivant à l'adresse suivante :

ADIS - Délégué à la Protection des Données
12 avenue Pierre Mendès France
CS 10144
67312 SCHILTIGHEIM Cedex.

Dans l'hypothèse d'une réclamation relative au traitement de ses données, l'adhérent/assuré dispose du droit de saisir la CNIL.

Démarchage téléphonique
Si l'adhérent ne souhaite pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique, il a la possibilité de s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique BLOCTEL.
Pour plus d'informations, l'adhérent peut consulter le site www.bloctel.gouv.fr

Article 12 Prescription

La prescription est l'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire après un délai prévu par la loi.
Aucune action ni réclamation concernant l'adhésion ne pourra être entreprise au-delà du délai de prescription.

Conformément à l'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 fausse 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 de l'adhérent 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.

Conformément à l'article L 114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription, stipulées aux articles 2240 et suivants du Code civil, sont les suivantes :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait,
- la demande en justice, même en référé, et même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure,
- une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Article 13 Réclamations

Le paragraphe ci-dessous précise les modalités d'examen des réclamations et le recours au processus de la médiation.
Cette procédure ne constitue toutefois pas un préalable obligatoire au droit de l'adhérent d'engager une action en justice et de saisir le tribunal compétent.

L'adhérent doit contacter, par téléphone ou par écrit, son conseiller ou le Service Adhérents joignable par écrit à l'adresse suivante :

12 avenue Pierre Mendès France,
CS 10144,
67312 SCHILTIGHEIM Cedex.

Sa situation sera étudiée avec le plus grand soin ; un accusé de réception lui sera adressé dans un délai de 8 jours et une réponse lui sera alors adressée dans un délai de 60 jours (sauf circonstances particulières dont le Service Adhérents le tiendra informé).

En tout état de cause, l'adhérent peut saisir le médiateur aux adresses ci-dessous, deux mois après sa première réclamation écrite auprès de l'assureur, qu'il ait reçu ou non une réponse écrite de celui-ci, dans un délai maximum de 1 an à compter de sa première réclamation adressée à l'assureur :

- par mail : sur le site mediation-assurance.org
- par courrier : La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

L'intervention du médiateur est gratuite.
Le Médiateur formulera un avis dans un délai de 90 jours à compter de la date à laquelle il a notifié sa saisine. Son avis ne s'impose pas et laissera à l'adhérent toute liberté pour saisir éventuellement le Tribunal français compétent.

Article 14 Contrôle de l'assureur

L'autorité de contrôle de l'assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) :

ACPR,
4 place de Budapest
CS 92459,
75436 PARIS Cedex 09.

Garantie en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie

Article 15 Capital décès

A Définition de la garantie

Un capital égal au montant restant dû le jour du décès, au titre de l'emprunt mentionné sur les conditions particulières d'adhésion et à concurrence de la quotité assurée, est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès de l'assuré, quelle qu'en soit la cause.
A cet effet, l'adhérent doit remettre à l'adhésion une copie de la notice précisant les conditions de l'emprunt et une copie du tableau d'amortissement (ou de l'échéancier pour les prêts in fine).
Les échéances de l'emprunt impayées et antérieures au décès n'entrent pas dans le cadre de la garantie.

En cas de décès simultané des co-emprunteurs, le capital versé au titre d'un même prêt ne pourra être supérieur au montant restant dû le jour du décès, au titre de l'emprunt mentionné sur les conditions particulières d'adhésion.

B Règlement des prestations

Le capital dû est payé dans les 10 jours suivant la remise des pièces justificatives nécessaires (article 25 A), sous réserve de l'accord de prise en charge par ADIS.

Article 16 Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

A Définition de la garantie

Le capital payable en cas de décès de l'assuré (article 15 A) est versé immédiatement si l'assuré se trouve en état de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) avant son 70e anniversaire. Est considéré comme atteint de perte totale et irréversible d'autonomie tout assuré reconnu définitivement incapable de se livrer à la moindre occupation ou au moindre travail lui procurant gain ou profit, et dont le taux d'invalidité fonctionnelle est égal à 100 % par référence au barème des accidents du travail de la Sécurité sociale. Entre le 60e anniversaire et le 70e anniversaire de l'assuré, le recours à l'assistance d'une tierce personne est exigé ; avant le 60e anniversaire de l'assuré, le recours à une tierce personne n'est pas exigé.

Le versement du capital en cas de PTIA met fin à l'adhésion.
Les échéances de l'emprunt impayées par l'assuré et antérieures à la consolidation de la PTIA n'entrent pas dans le cadre de la garantie.

B Règlement des prestations

Le règlement des sommes dues intervient dès la consolidation de l'état médical de la PTIA.

Le montant réglé est égal au capital restant dû à la date de consolidation de la PTIA au titre de l'emprunt mentionné sur les conditions particulières d'adhésion et à concurrence de la quotité assurée.

Garantie en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité totale ou partielle

Article 17 Incapacité de travail

A Définition de la garantie

Lorsque mention en est faite sur les conditions particulières d'adhésion, des indemnités journalières sont versées mensuellement à concurrence de la quotité assurée, pour chaque jour d'incapacité de travail, lorsque l'assuré se trouve, par suite de maladie ou d'accident dans l'incapacité totale, médicalement constatée, d'exercer sa profession.

Pour l'assuré au chômage ou n'exerçant plus d'activité professionnelle et n'ayant pas liquidé ses droits à retraite au moment de l'incapacité de travail, des indemnités journalières sont versées à concurrence de la quotité assurée, pour chaque jour d'incapacité de travail, lorsque l'assuré se trouve par suite de maladie ou accident dans l'incapacité totale d'effectuer ses activités habituelles non professionnelles.

Ces indemnités journalières sont, au plus, égales à :

- 1/30e de la mensualité de l'emprunt en cas de remboursement mensuel,
- 1/90e de la trimestrialité de l'emprunt en cas de remboursement trimestriel,
- 1/180e de la semestrialité de l'emprunt en cas de remboursement semestriel,
- 1/365e de l'annuité de l'emprunt en cas de remboursement annuel.

Les échéances de l'emprunt impayées et antérieures à l'arrêt de travail, n'entrent pas dans le cadre de la garantie.

Dans le cas d'un emprunt remboursable in fine, les indemnités journalières sont égales à 1/365e du montant des intérêts annuels. **Le paiement du capital dû au terme du prêt par l'emprunteur est toujours exclu de la garantie d'incapacité**.

En cas d'incapacité simultanée des co-emprunteurs, les indemnités journalières versées au titre d'un même prêt ne pourront être supérieures au montant de l'échéance du prêt, au titre de l'emprunt mentionné sur les conditions particulières d'adhésion.

B Règlement des prestations

Les indemnités journalières sont payables à partir du :

- 16e jour d'arrêt continu de travail, lorsque l'adhérent choisit une franchise de 15 jours,
- 31e jour d'arrêt continu de travail, lorsque l'adhérent choisit une franchise de 30 jours,
- 91e jour d'arrêt continu de travail, lorsque l'adhérent choisit une franchise de 90 jours,
- 181e jour d'arrêt continu de travail, lorsque l'adhérent choisit une franchise de 180 jours,

et ce, que l'incapacité résulte d'un accident ou d'une maladie.

Le choix d'une franchise de 15 jours ou de 30 jours n'est pas proposé lorsque l'assuré n'est pas tenu de répondre aux questions relatives à son état de santé et à ses antécédents médicaux de tous ordres (article 7 A).

Les indemnités journalières sont versées mensuellement tant que dure l'incapacité totale de travail, et au plus tard jusqu'au 1095e jour après le début de l'incapacité de travail.

Toute reprise de l'activité professionnelle, entraîne l'arrêt du service des prestations.

En cas de reprise à temps partiel thérapeutique, les indemnités sont maintenues à hauteur de 50 % sur une durée maximale de 90 jours.

En cas de départ à la retraite, la garantie incapacité de travail se trouve résiliée de plein droit.

Le versement des prestations cesse au plus tard à la date de fin de prêt mentionnée sur les conditions particulières d'adhésion ou de plein droit à la date de remboursement total du prêt si celle-ci est antérieure.

Quelles que soient les conditions de l'emprunt, le versement des prestations ne peut aller au-delà du 70e anniversaire de l'assuré.

Les indemnités journalières ne peuvent se cumuler avec les prestations dues en cas d'invalidité et cessent d'être versées dès lors que l'état de santé de l'assuré est médicalement consolidé ou qu'il peut être classé en invalidité.

C Indemnisation des affections psychologiques et asthénie et des affections disco-vertébrales sans condition d'hospitalisation – Option Psy/Dos +

Ces affections ainsi que les modalités de prise en charge sont définies aux articles 22 C et 22 D. L'adhérent peut toutefois demander à bénéficier de l'option Psy/Dos +.

L'option Psy/Dos + permet la prise en charge de toute incapacité de travail résultant et/ou provenant :

- des affections psychologiques et asthénie définies à l'article 22 C, sans condition d'hospitalisation, sous déduction d'une franchise de 90 jours, ou de la franchise prévue aux conditions particulières d'adhésion si elle est d'une durée supérieure.
  Si la franchise souscrite est d'une durée inférieure à 90 jours et en cas d'hospitalisation continue en établissement spécialisé supérieure à la franchise souscrite, la franchise appliquée est celle prévue aux conditions particulières d'adhésion à compter du 1er jour d'hospitalisation ; dans ce cas, la prise en charge de l'incapacité de travail débute, au plus tard, 90 jours après le début de l'arrêt de travail.
- des affections disco-vertébrales définies à l'article 22 D, sans condition d'hospitalisation, sous déduction d'une franchise de 30 jours, ou de la franchise prévue aux conditions particulières d'adhésion si elle est d'une durée supérieure.

Cette option n'est acquise que si mention en est faite sur les conditions particulières d'adhésion.

Article 18 Invalidité totale ou partielle

A Définition de la garantie

L'assuré est en invalidité totale ou partielle si ses capacités de travail ou de gain sont diminuées.
Lorsque mention en est faite sur les conditions particulières d'adhésion, les indemnités journalières définies à l'article 17 A sont versées trimestriellement à concurrence de la quotité assurée, pour chaque jour d'invalidité, si l'assuré est atteint par suite de maladie ou d'accident d'une invalidité dont le *taux d'invalidité (n)* est égal ou supérieur à 66 %.

Lorsque le *taux d'invalidité (n)* est inférieur à 66 % mais supérieur ou égal à 33 %, l'assuré reçoit une fraction des indemnités journalières définies à l'article 17 A, obtenue en leur appliquant le taux d'indemnisation défini à l'article 18 B.

Les indemnités cessent d'être dues à partir du moment où le *taux d'invalidité (n)* devient inférieur à 33 %.
Le taux d'invalidité fixé dans les conditions ci-dessous n'est pas lié à celui fixé par le régime obligatoire.

Les échéances de l'emprunt impayées et antérieures à la consolidation de l'invalidité, n'entrent pas dans le cadre de la garantie.
Dans le cas d'un emprunt remboursable in fine, le paiement du capital dû au terme du prêt par l'emprunteur est toujours exclu de la garantie d'invalidité.

En cas d'invalidité simultanée des co-emprunteurs, les indemnités journalières versées au titre d'un même prêt ne pourront être supérieures au montant de l'échéance du prêt, au titre de l'emprunt mentionné sur les conditions particulières d'adhésion.

B Fixation du taux d'invalidité (n)

1. Barème croisé
Pour les assurés exerçant une activité professionnelle, le *taux d'invalidité (n)* est apprécié en fonction de l'invalidité fonctionnelle et de l'invalidité professionnelle.

Pour les assurés au chômage ou n'exerçant plus d'activité professionnelle, le *taux d'invalidité (n)* est apprécié uniquement en fonction de l'invalidité fonctionnelle.

L'invalidité fonctionnelle
L'invalidité fonctionnelle est déterminée d'après le barème des accidents du travail de la Sécurité sociale.

Pour les professions mentionnées ci-après, l'invalidité fonctionnelle est établie d'après un barème spécifique :

- anesthésistes-réanimateurs et médecins spécialistes avec une activité chirurgicale dominante (dermatologues, gynécologues-obstétriciens, ophtalmologues, O.R.L., urologues, pour lesquels l'activité chirurgicale représente au moins 50 % des revenus),
- architectes,
- audioprothésistes,
- avocats,
- biologistes (médecins),
- biologistes (pharmaciens),
- chiropracteurs,
- chirurgiens,
- chirurgiens-dentistes, orthodontistes et stomatologistes,
- commissaires aux comptes,
- commissaires-priseurs,
- experts comptables,

- géomètres-experts,
- greffiers des tribunaux de commerce,
- huissiers de justice,
- infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, pédicures-podologues,
- administrateurs-mandataires de justice,
- médecins généralistes,
- médecins spécialistes,
- notaires,
- opticiens,
- orthoptistes,
- ostéopathes,
- pharmaciens,
- sages-femmes
- vétérinaires.

Le bénéfice du barème spécifique est acquis si mention en est faite sur les conditions particulières d'adhésion. Le barème figure alors en annexe des conditions particulières d'adhésion.
L'adhérent peut opter, en lieu et place de ce barème spécifique, pour le barème des accidents du travail de la Sécurité sociale.

L'invalidité professionnelle
L'invalidité professionnelle est définie suite à une expertise. Elle est appréciée, de 0 à 100%, d'après la nature de l'invalidité par rapport à la profession exercée. Il est tenu compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de la profession, des capacités professionnelles restantes et des possibilités d'adaptation, ainsi que des répercussions de cette invalidité sur les revenus professionnels de l'assuré. Il appartient à l'assuré d'apporter les éléments justificatifs de son invalidité professionnelle.

Un assuré ne peut être considéré en invalidité totale ou partielle si ses capacités de travail ou de gain ne sont pas diminuées.

Le taux d'invalidité
Le *taux d'invalidité (n)* à appliquer pour le calcul des indemnités garanties est déterminé en fonction de l'invalidité fonctionnelle et professionnelle, par le tableau suivant ; ce taux est révisable, à la hausse comme à la baisse, selon l'évolution de l'invalidité de l'assuré.

Taux d'invalidité professionnelle	Taux d'invalidité fonctionnelle									
	10	**20**	**30**	**40**	**50**	**60**	**70**	**80**	**90**	**100**
10	10,00	10,56	11,11	11,67	12,22	12,78	13,33	19,89	26,44	33,00
20	10,56	20,00	20,63	21,25	21,88	22,50	23,13	27,09	31,04	35,00
30	11,11	20,63	30,00	30,71	33,00	34,00	35,00	36,00	37,00	38,00
40	11,67	21,25	30,71	40,00	40,83	41,67	42,50	43,33	44,17	45,00
50	12,22	21,88	33,00	40,83	50,00	50,60	51,20	51,80	52,40	53,00
60	12,78	22,50	34,00	41,67	50,60	60,00	60,50	61,00	61,50	62,00
70	13,33	23,13	35,00	42,50	51,20	60,50	70,00	70,67	71,33	72,00
80	19,89	27,09	36,00	43,33	51,80	61,00	70,67	80,00	81,00	82,00
90	26,44	31,04	37,00	44,17	52,40	61,50	71,33	81,00	90,00	91,00
100	33,00	35,00	38,00	45,00	53,00	62,00	72,00	82,00	91,00	100,00

Détermination du taux d'indemnisation - Taux correcteur
Lorsque le *taux d'invalidité (n)* est inférieur à 66% mais supérieur ou égal à 33%, il est fait application des taux correcteurs ci-dessous :

(n)	Taux correcteur en %
33	33,00
34	33,06
35	33,25
36	33,55
37	33,98
38	34,54
39	35,21
40	36,01
41	36,94

(n)	Taux correcteur en %
42	37,98
43	39,15
44	40,44
45	41,86
46	43,40
47	45,06
48	46,84
49	48,75
50	50,00

(n)	Taux correcteur en %
51	52,93
52	55,21
53	57,61
54	60,13
55	62,78
56	65,55
57	68,44
58	71,45
59	74,59

(n)	Taux correcteur en %
60	77,85
61	81,24
62	84,74
63	88,37
64	92,12
65	96,00
66	100,00

Détermination du taux d'indemnisation - Taux n/66
En lieu et place de l'application du taux correcteur ci-dessus, l'assuré peut opter pour une détermination du taux d'indemnisation selon la formule n/66.
Dans ce cas, lorsque le *taux d'invalidité (n)* est inférieur à 66 %, mais supérieur ou égal à 33 %, il est fait application du taux d'indemnisation égal à n/66.
Cette option n'est acquise que si mention en est faite sur les conditions particulières d'adhésion.

2. Option invalidité professionnelle
Si l'assuré exerce l'une des professions bénéficiant d'un barème spécifique, il peut opter pour une fixation du *taux d'invalidité (n)* uniquement en fonction de l'invalidité professionnelle, en lieu et place de la fixation du taux d'invalidité selon un barème croisé décrite au 1 de l'article 18 B.

Cette option n'est acquise que si mention en est faite sur les conditions particulières d'adhésion.

L'invalidité professionnelle est déterminée dans les conditions définies à l'article 18 B "l'invalidité professionnelle"

Détermination du taux d'invalidité
Le *taux d'invalidité (n)* à appliquer pour le calcul des indemnités garanties est déterminé en fonction de l'invalidité professionnelle de l'assuré.
En tout état de cause, le *taux d'invalidité (n)* retenu ne pourra être inférieur au taux résultant du barème spécifique relatif à la profession de l'assuré.

Détermination du taux d'indemnisation
Lorsque le *taux d'invalidité (n)* est inférieur à 66 %, mais supérieur ou égal à 33 %, il est fait application du taux d'indemnisation égal à n/66.

C Indemnisation majorée de 25 % - option ARC 25

Cette option permet de bénéficier d'une majoration des indemnités dues au titre de la garantie Invalidité.
Si des prestations sont versées au titre de la garantie Invalidité, le montant versé sera majoré de 25 %, sans toutefois que ce montant puisse être supérieur à :

- 1/30e de la mensualité de l'emprunt, à concurrence de la quotité assurée, en cas de remboursement mensuel,
- 1/90e de la trimestrialité de l'emprunt, à concurrence de la quotité assurée, en cas de remboursement trimestriel,
- 1/180e de la semestrialité de l'emprunt, à concurrence de la quotité assurée, en cas de remboursement semestriel,
- 1/365e de l'annuité de l'emprunt, à concurrence de la quotité assurée, en cas de remboursement annuel.

Cette option n'est pas proposée lorsque l'assuré n'est pas tenu de répondre aux questions relatives à son état de santé et à ses antécédents médicaux de tous ordres (article 7 A).

D Règlement des prestations

Les indemnités dues sont versées par trimestre civil échu, tant que l'invalidité est supérieure ou égale à 33 %, et au plus tard jusqu'au terme de l'emprunt mentionné sur les conditions particulières d'adhésion. Quelles que soient les conditions de l'emprunt, le versement des prestations ne peut aller au-delà du 70e anniversaire de l'assuré.
Les prestations versées au titre de cette garantie ne peuvent se cumuler avec celles versées au titre de la garantie incapacité de travail et cessent dès lors que l'assuré perçoit des prestations au titre de cette dernière garantie.
En cas de résiliation de la convention entre AGIPI et l'assureur, les prestations en cours de service sont versées jusqu'à leur terme.
Dans le cas d'une invalidité dont le *taux d'invalidité (n)* est égal ou supérieur à 66 %, et dans le cas d'emprunts amortissables par mensualités ou trimestrialités constantes, ADIS aura la faculté de verser le capital restant dû, en lieu et place des prestations prévues à l'article 18 A. Le versement de ces prestations met fin à l'adhésion.

E Indemnisation des affections psychologiques et asthénie et des affections disco-vertébrales sans condition d'hospitalisation – Option Psy/Dos +

Ces affections ainsi que les modalités de prise en charge sont définies aux articles 22 C et 22 D. L'adhérent peut toutefois demander à bénéficier de l'option Psy/Dos +.

L'option Psy/Dos + permet la prise en charge de toute invalidité résultant et/ou provenant :

- des affections psychologiques et asthénie définies à l'article 22 C, sans condition d'hospitalisation.
- des affections disco-vertébrales définies à l'article 22 D, sans condition d'hospitalisation.

Cette option n'est acquise que si mention en est faite sur les conditions particulières d'adhésion.

Article 19 Invalidité spécifique (AERAS)

Si les garanties “Incapacité de travail” et “Invalidité totale ou partielle” sont refusées pour raisons médicales, l’assureur peut proposer à l’assuré une garantie Invalidité spécifique (AERAS), une mention est alors indiquée dans les conditions particulières d’adhésion.

Il ne s’agit pas d’une option. Un candidat à l’assurance ne peut solliciter directement cette garantie.

A Définition de la garantie

Lorsque mention en est faite sur les conditions particulières d’adhésion, les indemnités journalières définies à l’article 17 A sont versées trimestriellement à concurrence de la quotité assurée, pour chaque jour d’invalidité si l’assuré présente une incapacité professionnelle totale et une incapacité fonctionnelle d’un taux au moins égal à 70 %.

L’incapacité professionnelle est attestée de manière administrative par la production d’un titre de pension d’invalidité de 2e ou 3e catégorie de la Sécurité sociale pour les salariés, d’un congé de longue maladie pour les fonctionnaires ou d’une notification d’inaptitude totale à l’exercice de la profession pour les non-salariés.

Le taux d’incapacité fonctionnelle est apprécié par le médecin conseil d’après le barème d’invalidité annexé au Code des pensions civiles.

Les indemnités cessent d’être dues à partir du moment où le taux d’invalidité fonctionnelle devient inférieur à 70 %.

Le taux d’invalidité fixé ci-dessus n’est pas lié à celui fixé par le régime obligatoire.

Les échéances de l’emprunt impayées et antérieures à la consolidation de l’invalidité, n’entrent pas dans le cadre de la garantie.

Dans le cas d’un emprunt remboursable in fine, le paiement du capital dû au terme du prêt par l’emprunteur est toujours exclu de la garantie d’invalidité.

B Règlement des prestations

Les indemnités dues sont versées par trimestre civil échu, tant que l’invalidité fonctionnelle est supérieure ou égale à 70 %, et au plus tard jusqu’au terme de l’emprunt mentionné sur les conditions particulières d’adhésion. Quelles que soient les conditions de l’emprunt, le versement des prestations ne peut aller au-delà du 70e anniversaire de l’assuré.

Les prestations versées au titre de cette garantie ne peuvent se cumuler avec celles versées au titre de la garantie incapacité de travail et cessent dès lors que l’assuré perçoit des prestations au titre de cette dernière garantie.

En cas de résiliation de la convention entre AGIPI et l’assureur, les prestations en cours de service sont versées jusqu’à leur terme.

ADIS aura la faculté de verser le capital restant dû, en lieu et place des prestations prévues à l’article 19 A.
Le versement de ces prestations met fin à l’adhésion.

Article 20 Exonération du paiement des cotisations

En cas d’incapacité totale de travail, les cotisations continueront d’être dues aux échéances choisies par l’adhérent. Cependant, durant le versement des prestations prévues à l’article 17, les cotisations payées sont remboursées à l’adhérent à raison de 1/365e de la cotisation annuelle par journée d’incapacité, déduction faite d’une franchise de 90 jours ou de la franchise prévue aux conditions particulières d’adhésion si elle est d’une durée supérieure ; le remboursement intervient à la fin de la période d’incapacité.

En cas d’invalidité supérieure ou égale à 66 % ou en cas d’invalidité spécifique AERAS et durant le versement des prestations prévues par l’article 18 A et 19 A, l’adhérent est exonéré du paiement des cotisations arrivant à échéance.

Pendant la période d’exonération, les garanties sont intégralement maintenues, sans possibilité de modifications. **Les limitations et exclusions prévues pour les garanties incapacité et invalidité aux articles 21 et 22 s’appliquent également à la présente garantie d’exonération.**

Risques exclus et limites de garanties

Article 21 Risques exclus

A En cas de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité de travail, d'invalidité totale ou partielle ou d'invalidité spécifique (AERAS)

Sont exclus :

- **le suicide s'il survient au cours de la première année de l'adhésion. En cas d'augmentation des garanties, le suicide est exclu pour le supplément de garanties pendant la première année suivant la prise d'effet de cette augmentation. Toutefois, pour les prêts immobiliers contractés pour financer l'acquisition du logement principal de l'assuré, le suicide est couvert dès la date d'effet de l'adhésion dans la limite du montant mentionné à l'article R 132-5 du Code des assurances (120 000 euros au 1er juin 2022),**
- **les faits de guerres civiles ou étrangères, ou d'insurrection, ainsi que les opérations de maintien de l'ordre dans le cadre des résolutions de l'ONU ou toute autre institution similaire, ainsi que les opérations de maintien de la paix, les conséquences de la participation active de l'assuré à des émeutes, mouvements ou soulèvements populaires, actes de terrorisme ou de sabotage, crimes ou délits intentionnels, rixes sauf en cas de légitime défense ou d'accomplissement du devoir professionnel.**

Sont exclues, sauf acceptation mentionnée sur les conditions particulières d'adhésion, les conséquences de la pratique des activités suivantes :

- **les sports mécaniques,**
- **la plongée sous-marine à plus de 20 mètres sans bouteille, à plus de 40 mètres avec bouteille,**
- **la navigation maritime à plus de 40 milles des côtes,**
- **l'alpinisme au-delà de 4 000 mètres d'altitude, la randonnée au-delà de 4 000 mètres d'altitude, l'escalade (hors pratique en salle),**
- **le speed riding, le ski artistique et acrobatique, le ski héliporté, le paraski, le char à glace, le kilométrage lancé, le combiné nordique,**
- **la spéléologie, le canyoning, le rafting, le kite surf,**
- **les sports de combat (hors escrime),**
- **les activités équestres (hors dressage, promenade, randonnée, attelage),**
- **le saut à l'élastique, le base jump, le wingsuit et autres sports extrêmes,**
- **l'ULM, le parapente, le deltaplane, le parachutisme,**
- **les activités aéronautiques.**

Les garanties sont acquises lorsque les sports ci-dessus sont pratiqués dans le cadre d'un baptême ou d'une initiation avec l'encadrement d'un personnel qualifié et titulaire des brevets et autorisations réglementaires nécessaires.

B En cas de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité de travail, d'invalidité totale ou partielle ou d'invalidité spécifique (AERAS)

Sont exclus les conséquences des événements suivants :

- **les accidents ou maladies qui sont le fait volontaire de l'assuré ou qui résultent de tentative de suicide ou de mutilations volontaires,**
- **l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement,**
- **les conséquences directes ou indirectes de la désintégration du noyau atomique,**
- **les cures de toute nature, notamment thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication, même effectuées en établissement hospitalier, ou les séjours en maison de repos,**
- **les conséquences d'un refus volontaire de soins ou de traitements de l'assuré,**
- **les traitements esthétiques, opérations de chirurgie esthétique, traitements de malformations constitutionnelles hors chirurgie réparatrice consécutive à une maladie ou à un accident garanti.**

Sont exclus, sauf acceptation mentionnée sur les conditions particulières d'adhésion, les sportifs professionnels ainsi que les sportifs amateurs de haut niveau, rémunérés ou non.

Article 22 Limitations applicables aux garanties en cas de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité de travail, d'invalidité totale ou partielle ou d'invalidité spécifique (AERAS)

A Etats antérieurs

Les maladies ou infirmités existant à la prise d'effet de l'adhésion, ainsi que leurs conséquences ou les conséquences d'accidents survenus avant la prise d'effet de l'adhésion sont exclues des garanties des articles 16 à 19 inclus.

Les garanties peuvent s'exercer sur les conséquences des infirmités existant au moment de l'adhésion, des accidents survenus avant la prise d'effet des garanties et des maladies dont la première manifestation est antérieure à cette date d'effet, si ces infirmités, accidents ou maladies ont été déclarés par l'assuré soumis à l'acceptation médicale et n'ont pas fait l'objet d'une exclusion mentionnée sur les conditions particulières d'adhésion.

B Grossesses et maternité

Les arrêts de travail liés à la grossesse ou à la maternité sont pris en charge si l'incapacité entraîne une hospitalisation dans un établissement public ou privé ; dans ce cas, les indemnités journalières sont versées après la franchise prévue sur les conditions particulières d'adhésion, et ce tant que dure cette hospitalisation.

Les arrêts de travail liés à la grossesse sans hospitalisation sont pris en charge dès lors que toute activité professionnelle de l'assurée met en danger sa vie ou celle de son enfant et que son état de santé nécessite un repos absolu.

Cette incapacité totale doit être médicalement constatée. Les indemnités journalières sont versées après application de la franchise prévue dans les conditions particulières d'adhésion.

Dans tous les cas, les garanties cessent 30 jours avant la date prévue de l'accouchement et au maximum à la date effective de l'accouchement ; elles reprennent 30 jours après la naissance de l'enfant.

Néanmoins, en cas de survenance d'une affection ou d'un accident pendant la période de grossesse, le médecin conseil d'ADIS déterminera les modalités normales de prise en charge de l'atteinte en cause, indépendamment de la grossesse.

Dans les 6 mois qui suivent l'accouchement, toute incapacité temporaire totale consécutive à une maladie est indemnisée après application de la franchise prévue aux conditions particulières d'adhésion, sauf en cas d'anémie, d'asthénie, d'hypotension artérielle ou de dépression post partum où il sera fait application d'une franchise de 90 jours, ou de la franchise prévue aux conditions particulières d'adhésion si elle est d'une durée supérieure.

Toute affection liée à une grossesse ayant débuté avant la date d'effet de l'adhésion, est également exclue de la garantie.
Toutefois, si l'adhésion remplace, sans qu'il y ait eu interruption dans le temps un autre contrat de même nature, ayant le même objet et comportant les mêmes garanties, l'assureur accepte la prise en charge de ces affections à hauteur de la quotité assurée par le précédent contrat.

Tout arrêt de travail et toute hospitalisation en relation avec une recherche d'étiologie ou un traitement de la stérilité sont exclus de la garantie incapacité.

C Affections psychologiques et asthénie

Toute incapacité de travail consécutive à une dépression nerveuse, à une affection d'origine psychique, psychosomatique ou psychiatrique, une fibromyalgie, un surmenage professionnel (burn out), un syndrome d'asthénie ou à une maladie mentale et quelle qu'en soit l'origine est exclue ; toutefois, si l'affection nécessite une hospitalisation continue de 30 jours dans un établissement spécialisé (hors cure de repos), cette incapacité sera indemnisée après application d'une franchise de 90 jours, ou de la franchise prévue aux conditions particulières d'adhésion si elle est d'une durée supérieure. La franchise est applicable à partir du premier jour d'hospitalisation.
Toute invalidité consécutive à une dépression nerveuse, à une affection d'origine psychique, psychosomatique ou psychiatrique, une fibromyalgie, un surmenage professionnel (burn out), un syndrome d'asthénie ou à une maladie mentale et quelle qu'en soit l'origine est exclue ; toutefois, si l'affection nécessite une hospitalisation continue de 30 jours dans un établissement spécialisé (hors cure de repos), elle sera prise en compte pour la détermination du taux d'invalidité.

D Affections disco-vertébrales

Toute incapacité de travail consécutive à une affection du rachis (par exemple et de façon non limitative : cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, lumbagos, hernies discales, sciatiques) est exclue ; toutefois si l'affection nécessite une hospitalisation continue de 15 jours (hors hospitalisation dans un centre de rééducation), cette incapacité sera indemnisée après application d'une franchise de 30 jours ou de la franchise prévue aux conditions particulières d'adhésion si elle est d'une durée supérieure. La franchise est applicable à partir du premier jour d'hospitalisation.
Toute invalidité consécutive à une affection du rachis (par exemple et de façon non limitative : cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, lumbagos, hernies discales, sciatiques) est exclue ; toutefois si l'affection nécessite une hospitalisation continue de 15 jours (hors hospitalisation dans un centre de rééducation), elle sera prise en compte pour la détermination du taux d'invalidité.

E Rechutes

En cas de rechute dans les 90 jours suivant la fin de l'incapacité totale de travail, le paiement des indemnités en cas d'incapacité de travail reprend immédiatement, si le nouvel arrêt de travail est consécutif directement ou indirectement à la réapparition d'une affection à l'origine de l'arrêt précédent.
Tout nouvel arrêt de travail survenant plus de 90 jours après la fin de la précédente période d'incapacité totale de travail, même s'il est dû, directement ou indirectement, à une réapparition de l'affection précédente, est considéré comme une nouvelle demande de prestations distincte de la précédente et, assujetti à la franchise mentionnée sur les conditions particulières d'adhésion.
En cas de nouvel arrêt de travail après 90 jours suivant la fin d'incapacité totale de travail, l'assuré est considéré comme étant victime d'une nouvelle maladie ou d'un nouvel accident. Si ce nouvel arrêt est consécutif directement ou indirectement à la réapparition d'une affection à l'origine d'un arrêt précédent ayant donné lieu au paiement d'indemnités en cas d'incapacité de travail sur le présent contrat, la durée cumulée de versement des indemnités en cas d'incapacité de travail ne pourra excéder 5 années.
En cas d'ablation de matériel d'ostéosynthèse, il ne sera pas appliqué de nouvelles franchises.
Pour les affections disco-vertébrales, tout nouvel arrêt même survenu moins de 90 jours après la fin du précédent fait l'objet d'une franchise de 30 jours ou de la franchise mentionnée sur les conditions particulières d'adhésion si elle est supérieure.

F Activités sportives

Pour les sportifs amateurs, il est appliqué une franchise de 30 jours ou la franchise prévue aux conditions particulières d'adhésion si elle est supérieure pour toute incapacité de travail due à la pratique :

- du rugby ou du football en tant que licencié,
- du ski alpin, du surf des neiges, du snowboard et du monoski en hors-pistes non balisés.

Cotisations

Article 23 Calcul de la cotisation annuelle

La cotisation payée par l'adhérent est calculée en fonction notamment des paramètres suivants :
- la profession de l'assuré à l'adhésion et ses conditions d'exercice,
- l'âge de l'assuré à l'adhésion,
- l'état de santé de l'assuré à l'adhésion s'il est soumis à l'acceptation médicale selon les conditions précisées à l'article 7 A,
- les activités sportives pratiquées par l'assuré,
- le type d'emprunt couvert,
- la durée de l'emprunt couvert,
- le taux d'intérêt de l'emprunt couvert,
- les modalités de remboursement de l'emprunt couvert,
- le montant emprunté,
- la quotité assurée,
- les garanties souscrites,
- les éventuelles options souscrites.

Age de l'assuré à l'adhésion : il se calcule par différence entre l'année d'adhésion et l'année de naissance, quel que soit le mois de naissance de l'assuré.

L'échéancier des cotisations est communiqué dans les conditions particulières d'adhésion. Le montant de la cotisation annuelle due par l'adhérent dépend de l'option de tarification choisie par l'adhérent à l'adhésion.
Deux options de tarification sont disponibles :
- la tarification constante (tarif constant),
- la tarification qui dépend de l'évolution du capital restant dû et de l'âge de l'assuré en cours de vie du prêt (tarif capital restant dû).

L'ensemble des garanties et options est disponible quelle que soit l'option de tarification choisie par l'adhérent.

L'option de tarification choisie à l'adhésion est irrévocable.

1. Tarif constant
En optant pour le tarif constant, le montant de la cotisation annuelle due par l'adhérent reste fixe pendant toute la durée de l'emprunt.

L'assiette de calcul de la cotisation correspond au montant du prêt garanti, au prorata de la quotité assurée.

L'option du tarif constant n'est pas proposée lorsque l'assuré n'est pas tenu de répondre aux questions relatives à son état de santé et à ses antécédents médicaux de tous ordres (article 7 A).

Cette option n'est acquise que si mention en est faite sur les conditions particulières d'adhésion.

2. Tarif capital restant dû
En optant pour le tarif capital restant dû, le montant de la cotisation annuelle due par l'adhérent évolue en fonction de l'évolution du capital restant dû et de l'évolution de l'âge de l'assuré en cours de vie du prêt.

L'assiette de calcul de la cotisation correspond au montant du capital restant dû, au prorata de la quotité assurée.

Cette option n'est acquise que si mention en est faite sur les conditions particulières d'adhésion.

Article 24 Modalités de paiement des cotisations

Les cotisations peuvent être payées mensuellement, trimestriellement ou annuellement :
- tous les mois en cas de paiement mensuel,
- tous les trimestres en cas de paiement trimestriel (réduction des cotisations de 2 %),
- tous les ans en cas de paiement annuel (réduction des cotisations de 5 %).

L'échéancier des cotisations est communiqué dans les conditions particulières d'adhésion. Les cotisations mensuelles ou trimestrielles sont nécessairement payables par prélèvements automatiques.

Lors de l'adhésion, des frais de dossier de 15 € sont perçus.

Gestion des prestations

Article 25 Modalités d'obtention des prestations

A En cas de décès de l'assuré

Les pièces suivantes, nécessaires au paiement des prestations, doivent être adressées à ADIS :
- un certificat médical précisant la nature du décès,
- une attestation de la banque précisant le capital restant dû,
- le tableau d'amortissement du prêt (ou de l'échéancier pour les prêts in fine),
- si le décès résulte d'un accident ou s'il s'agit d'une mort non naturelle, une copie du rapport de police ou de gendarmerie, ou tout autre document justificatif,
- un acte de décès,
- ainsi que tout document exigé par la législation en vigueur au jour du décès.

Les documents médicaux doivent être adressés sous pli confidentiel au médecin conseil d'ADIS.

B En cas d'incapacité de travail ou d'invalidité

Demande de prestations
Sauf cas de force majeure, l'assuré en arrêt de travail doit en faire la déclaration à ADIS, au plus tard dans les dix jours qui suivent l'expiration de la période de franchise mentionnée sur ses conditions particulières d'adhésion. Toute prolongation accordée par le médecin traitant doit également être envoyée à ADIS dans un délai de dix jours.

Pour être prise en considération, la déclaration d'arrêt de travail doit être accompagnée du tableau d'amortissement du prêt (ou échéancier pour les prêts in fine) et d'un certificat médical détaillé, indiquant notamment :

- la date de début de l'arrêt de travail et sa durée prévisible,
- la nature exacte de l'affection ou des blessures, les antécédents éventuels, la date de la première manifestation et l'évolution probable de la pathologie dont souffre l'assuré,
- pour les assurés exerçants une activité professionnelle, les répercussions de l'affection sur l'activité professionnelle de l'assuré et pour les assurés au chômage ou n'exerçant plus d'activité professionnelle et n'ayant pas liquidé leurs droits à retraite au moment de l'incapacité de travail, les répercussions de l'affection sur la capacité de l'assuré à réaliser les actes ordinaires de la vie courante.

Ce certificat médical est adressé par l'assuré au médecin conseil d'ADIS.

ADIS peut demander à l'assuré de se soumettre à un examen médical qui sera réalisé en France auprès d'un médecin expert indépendant.

En cas de refus par l'assuré de fournir les éléments justificatifs ou en cas de refus de contrôle non justifié, ADIS peut refuser ou suspendre le versement de toute prestation (à venir ou en cours).

Les frais éventuellement engagés par l'assuré pour se rendre à la convocation médicale sur le sol français, restent à la charge de l'assuré. Les honoraires du médecin désigné sont pris en charge par ADIS.

La déchéance de garantie prévue par l'article L 113-2 du Code des assurances peut être retenue par ADIS si la déclaration de demande de prestations ne lui est pas adressée dans les 180 jours suivant le début de l'arrêt de travail, qu'il s'agisse d'une incapacité temporaire ou d'une invalidité et si ce retard de déclaration lui a causé un préjudice. Il en est de même pour toute prolongation qui n'est pas adressée à ADIS dans les 90 jours.

Contrôle
L'assuré doit apporter la preuve de son incapacité de travail ou de son invalidité, fournir à ce titre les éléments justificatifs qui peuvent lui être demandés par ADIS, se soumettre aux examens de contrôle effectués par le médecin délégué par celle-ci. ADIS peut aussi déléguer auprès de l'assuré un représentant habilité pour une mission d'information.
Si l'assuré ne peut se déplacer, le médecin délégué doit avoir un libre accès à son lieu de traitement ou à son domicile, afin de pouvoir constater la gravité de son état.
Sauf cas de force majeure, l'assuré en incapacité de travail ou en invalidité doit indiquer à ADIS l'adresse où il peut être joint et signaler par lettre recommandée tout changement éventuel de son adresse.
A défaut, l'assuré perd son droit à prestations jusqu'à ce qu'il se soit présenté chez le médecin délégué par ADIS pour examen de contrôle. Dans ce cas, le versement de prestations éventuelles, si l'état de santé le justifie, ne reprend qu'à compter de la date de l'examen et ne s'applique qu'à la période postérieure au contrôle.
Les mêmes restrictions s'appliquent à l'assuré qui ne se présente pas à la convocation du médecin délégué par ADIS.
La durée de l'incapacité de travail ou l'importance de l'invalidité sont toujours appréciées par le médecin conseil après étude de l'ensemble des éléments et notamment les indications du médecin délégué et sont notifiées à l'assuré par courrier recommandé ; elles s'imposent à lui s'il n'en a pas contesté le bien-fondé dans les trente jours au moyen d'une attestation médicale détaillée envoyée au médecin conseil d'ADIS par courrier recommandé.

Expertise amiable
En cas de désaccord avec les conclusions du médecin conseil, l'assuré peut demander une expertise amiable qui sera confiée à un tiers expert désigné d'un commun accord entre les deux parties.
A défaut d'entente sur le choix de cet expert amiable, la désignation en est faite par le Président du Tribunal Judiciaire du domicile de l'assuré.
L'expert amiable est nécessairement choisi sur la liste des experts judiciaires.
L'assuré supporte la moitié des frais relatifs à sa nomination ainsi que la moitié de ses honoraires.
Les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que l'expertise amiable n'a pas eu lieu.

C Obligations de l'adhérent lors de la demande de prestation

Les garanties cessent de plein droit en cas de fausse déclaration ou de faux documents sur la nature, les causes, les circonstances et les conséquences de la maladie ou de l'accident. Les prestations indûment versées devront être remboursées par l'adhérent.

Gestion technique et paritaire de la convention

Article 26 Comptes de participation

Deux comptes de participation sont établis à la fin de chaque exercice :

A Adhésions pour lesquelles l'assuré n'est pas tenu de répondre aux questions relatives à son état de santé et à ses antécédents médicaux de tous ordres, conformément aux dispositions de l'article 7 A.

Au crédit :
- un montant égal à 75 % des cotisations nettes de taxes,
- les provisions pour sinistres à régler au 31 décembre de l'année précédente,
- le montant des prélèvements éventuellement effectués sur la réserve de participation au 31 décembre de l'année précédente.

Au débit :
- le montant total des prestations payées au cours de l'exercice écoulé,
- les provisions pour sinistres à régler au 31 décembre de l'exercice,
- le solde débiteur éventuel au 31 décembre de l'exercice précédent,
- le montant des cotisations affectées à la dotation à l'association.

Lorsque le compte ainsi établi fait apparaître un solde créditeur, 30 % de ce solde sont affectés à la réserve de participation.
Lorsque le solde est débiteur, il est apuré par prélèvement sur la réserve de participation.

B Adhésions non incluses dans le compte de participation défini à l'article 26 A

Au crédit :

- un montant égal à 75 % des cotisations nettes de taxes,
- les provisions pour sinistres à régler au 31 décembre de l'année précédente,
- le montant des prélèvements éventuellement effectués sur la réserve de participation au 31 décembre de l'année précédente.

Au débit :

- le montant total des prestations payées au cours de l'exercice écoulé,
- les provisions pour sinistres à régler au 31 décembre de l'exercice,
- le solde débiteur éventuel au 31 décembre de l'exercice précédent,
- le montant des cotisations affectées à la dotation à l'association.

Lorsque le compte ainsi établi fait apparaître un solde créditeur, 30 % de ce solde sont affectés à la réserve de participation.
Lorsque le solde est débiteur, il est apuré par prélèvement sur la réserve de participation.

Article 27 Réserve de participation

Cette réserve est alimentée par 30 % du solde créditeur des comptes de participation ; il s'y ajoute un intérêt calculé sur la base d'un taux annuel déterminé par le Comité de Gestion Paritaire sur le montant de la réserve au 1er janvier de l'exercice.
La dotation effective sera limitée au montant nécessaire pour porter le solde de la réserve de participation au 31 décembre de l'exercice au montant des cotisations de cet exercice.
Il est prélevé sur cette réserve de participation les sommes éventuellement nécessaires à l'apurement du solde débiteur du compte de participation.

Article 28 Comptes techniques

ADIS effectue à la fin de chaque semestre civil l'arrêté des comptes relatifs à la gestion de cette convention, et adresse à l'assureur les sommes qui lui reviennent à savoir les cotisations encaissées, déduction faite :

- des prestations versées aux assurés,
- des charges de gestion, d'acceptation médicale, d'expertises, de procédures,
- de la dotation due à l'association.

Article 29 Comité de Gestion Paritaire

Le Comité de Gestion Paritaire est composé à parts égales de représentants d'AGIPI et des sociétés d'assurance.
Il a pour objet :

- d'étudier et commenter l'évolution des comptes techniques de la convention,
- d'instaurer une véritable discussion sur ses clauses qui devront pouvoir faire l'objet d'aménagements,
- de décider de l'orientation des placements des actifs mis en représentation des provisions techniques,
- d'examiner les résultats de la gestion financière des actifs mis en représentation des provisions techniques,
- de déterminer le taux d'intérêt annuel appliqué sur la réserve de participation,
- de réviser, si nécessaire, le barème de cotisations selon la procédure définie dans les conditions générales,
- de réviser, si besoin est, les montants minima indiqués sur les présentes conditions générales. A l'adhésion, ces montants minima concernent les garanties et, en cas de cessation du paiement des cotisations, ils concernent les garanties maintenues.

Chaque réunion du Comité de Gestion Paritaire doit être précédée de l'envoi aux participants de documents rendant compte de l'évolution de la présente convention, de ses résultats techniques et commerciaux.

Article 30 Comité Médical d'Evaluation

Le Comité Médical d'Evaluation est composé de médecins représentant l'association, d'une part, et des sociétés d'assurance, d'autre part.

Il joue le rôle d'instance de recours, de conseil, et de conciliation. Il peut être saisi par l'adhérent ou par le Président d'AGIPI.

L'avis rendu par le Comité ne fait pas obstacle aux recours par voie judiciaire.

Chaque réunion du Comité Médical d'Evaluation doit être précédée de l'envoi d'un ordre du jour avec communication par le médecin conseil d'ADIS, d'une synthèse des dossiers individuels qui y seront examinés de façon anonyme dans le strict respect des règles de déontologie médicale.

Annexe : Convention d'utilisation des services numériques

Article 1 Définitions

Certificat électronique	Désigne le fichier électronique attestant du lien entre une identité et la clé publique de la personne titulaire du Certificat (la clé publique est une clé mathématique rendue publique et qui est utilisée pour vérifier la Signature électronique d'une donnée reçue). Un Certificat électronique est délivré à l'adhérent après vérification de son identité en face à face par son conseiller.
Espace adhérent	Désigne l'espace sécurisé du site internet www.agipi.com auquel l'adhérent peut accéder par la saisie de son identifiant et de son code confidentiel.
Fichier de preuve	Désigne l'ensemble des éléments collectés durant le processus de signature électronique. Le fichier de preuve, lorsqu'il est signé électroniquement par le tiers de confiance est non modifiable, permettant ainsi d'assurer la traçabilité et la preuve de la réalisation de la signature électronique.
Horodatage	Désigne le procédé permettant d'attester l'existence d'une donnée à un instant donné et d'en assurer son intégrité.
Signature électronique	Désigne *« l'usage d'un procédé fiable d'identification garantissant son lien avec l'acte auquel elle s'attache »* conformément aux dispositions du Code civil.
Tiers de confiance	Désigne tout prestataire habilité délivrant des services dématérialisés tels que la signature électronique.

Article 2 Champ d'application

Les présentes dispositions s'appliquent si l'adhérent a souhaité souscrire son adhésion de manière dématérialisée par l'intermédiaire de son conseiller.

Les présentes dispositions s'appliquent également si l'adhérent réalise une opération, transmet des documents et/ou messages par l'intermédiaire de son Espace adhérent.

Article 3 Dispositions générales

L'adresse courriel communiquée par l'adhérent permet à ADIS de procéder à la notification de mise en ligne des documents relatifs à ses adhésions.
Dans ce contexte, l'adhérent est informé que certains documents pourront ne plus lui être adressés par courrier mais disponibles à tout moment depuis son Espace adhérent.
Il est précisé que l'adhérent dispose à tout moment de la faculté de renoncer à la dématérialisation de ses échanges avec ADIS en adressant une demande en ce sens à ADIS et/ou à son conseiller.

L'utilisation des services numériques est subordonnée à l'acceptation sans réserve des présentes stipulations par l'adhérent.
En cas de désaccord avec l'une quelconque de ces stipulations, l'adhérent est invité à ne pas :

- signer électroniquement son adhésion,
- réaliser d'opération par l'intermédiaire de son Espace adhérent,
- transmettre de document et/ou message par voie numérique,

et utiliser les supports qui lui seront proposés sous format papier par son conseiller et transmis par voie postale.

L'adhérent est informé que les dispositions relatives notamment aux conditions d'accès au site, d'attribution des identifiants et mots de passe dans le cadre de la dématérialisation et aux opérations en ligne figurent dans les conditions générales d'utilisation de l'Espace adhérent dont l'adhérent est tenu de prendre connaissance et d'accepter les termes lors de sa première connexion à l'Espace Adhérent et, le cas échéant, à chaque modification desdites conditions générales d'utilisation.

Article 4 Engagements de l'adhérent

Il appartient à l'adhérent d'assurer la confidentialité de ses identifiants et mots de passe permettant d'accéder à l'Espace adhérent. Pour ce faire, l'adhérent s'engage à conserver ces renseignements strictement confidentiels, se déconnecter après chaque session et modifier son mot de passe régulièrement.

A cet égard, l'adhérent reconnaît que toute opération effectuée depuis son Espace adhérent sera réputée être de son fait.

L'adhérent déclare être le titulaire et l'unique utilisateur du contrat de téléphonie relatif au numéro de mobile qu'il aura indiqué à son conseiller.

Dans ce contexte et si l'adhérent était amené à changer de numéro de téléphone mobile, il lui appartient de transmettre cette information à ADIS par l'intermédiaire de son conseiller.
De même, l'adhérent s'engage à modifier ces informations auprès du tiers de confiance conformément aux conditions générales d'utilisation des services dudit tiers de confiance.

Celle-ci doit correspondre à une adresse de messagerie électronique pour laquelle l'adhérent dispose d'un accès strictement personnel et régulier.

Ainsi l'adhérent s'engage :
- à consulter régulièrement son adresse courriel,
- à la configurer de façon à ce que les courriels adressés par AGIPI, ADIS, l'assureur ou le tiers de confiance ne puissent pas être considérés comme des courriers indésirables (spams),
- en tout état de cause, à vérifier régulièrement les éventuels spams afin de s'assurer que des courriels liés à la gestion et à l'exécution de l'adhésion n'y figurent pas,
- en cas de changement d'adresse électronique, à informer son conseiller dudit changement.

Article 5 Processus de signature électronique

La Signature électronique peut intervenir soit à la souscription du contrat pour signer les documents contractuels ou précontractuels, soit en cours de vie du contrat pour signer d'autres documents.

5.1 Dispositions générales
Afin de pouvoir procéder à la signature électronique d'un document, l'adhérent doit fournir une pièce d'identité officielle en cours de validité (carte nationale d'identité ou passeport), un numéro de téléphone mobile personnel ainsi qu'une adresse courriel personnelle afin de pouvoir justifier de son identité.

A cet égard, l'adhérent s'engage à renseigner de façon exacte et sincère les informations requises dans le cadre de ce processus.
Le processus décrit ci-dessous sera proposé en langue française uniquement.

5.2 Le certificat électronique
La création d'un certificat électronique constitue un prérequis à la signature d'un document sous forme électronique.
Ainsi, dans la perspective de la signature électronique du document et afin de délivrer un certificat électronique à l'adhérent, le conseiller agit en qualité d'opérateur d'enregistrement du tiers de confiance.
Le certificat électronique ne pourra être délivré qu'après une vérification en face à face de l'identité de l'adhérent et sous réserve que celui-ci dispose d'un document officiel d'identité tel que visé au premier alinéa de l'article 5.1.

5.3 La vérification des documents
Dès lors que l'adhérent dispose d'un certificat électronique délivré par le tiers de confiance, il pourra procéder à la vérification des termes du document depuis la tablette ou l'ordinateur de son conseiller ou depuis sa tablette ou son ordinateur personnel.

L'adhérent procède à la vérification du document à signer électroniquement afin de s'assurer de l'exactitude des informations qu'il contient.
A ce stade du processus, l'adhérent dispose à tout moment de la possibilité d'opérer des modifications par l'intermédiaire de son conseiller.
Pour des raisons de sécurité et d'intégrité des documents, le document est stocké temporairement sur les serveurs du tiers de confiance.

Après avoir procédé à la vérification et aux éventuelles modifications des termes du document, l'adhérent pourra cocher les cases manifestant son acceptation aux termes du document et sa volonté de signer le document de façon électronique. A défaut, l'adhérent ne pourra procéder à la signature électronique du document.

5.4 L'authentification par SMS
Un SMS contenant un code à usage unique est automatiquement adressé au numéro de téléphone mobile déclaré préalablement par l'adhérent. Ce code est généré automatiquement par le tiers de confiance.
Afin de procéder à la signature électronique du document, l'adhérent devra saisir ledit code dans le champ prévu à cet effet.
La saisie du code visé au premier alinéa manifeste le consentement de l'adhérent et emporte signature du document.

L'heure et la date de la signature sont apposées automatiquement par le tiers de confiance, au moyen d'un procédé d'horodatage. Pour des raisons techniques, lorsqu'il y a plusieurs documents, ils peuvent être signés en même temps, ce qui ne signifie pas que lesdits documents ont été renseignés en même temps.

Article 6 Moyens de preuve

L'adhérent reconnaît :

- qu'en cas de litige, les certificats électroniques ainsi que les signatures électroniques utilisées dans le cadre des services numériques sont admissibles devant les tribunaux. Ces éléments feront preuve des données et des faits qu'ils contiennent ainsi que des signatures et procédés d'authentification qu'ils expriment,
- que les données d'horodatage sont admissibles devant les tribunaux et feront preuve des données et des faits qu'ils contiennent,
- que la preuve des connexions ainsi que d'autres éléments d'identification ou actions réalisées par l'adhérent seront établis autant que de besoin à l'appui des journaux de connexions ainsi que des traces informatiques conservées à cet effet,
- que l'identification issue de la déclaration du numéro de mobile de l'adhérent vaut identification au sens de l'article 1366 du Code civil,
- que le fait de cliquer sur le bouton « SIGNER » ainsi que la saisie du code communiqué par le tiers de confiance au numéro de mobile déclaré par l'adhérent manifestent son consentement au contenu du contrat et confère à l'écrit signé la même valeur juridique qu'un document écrit et signé manuscritement, conformément aux articles 1366 et 1367 du Code civil,
- que le fait de recevoir un courrier électronique contenant le document signé ou le fait de recevoir un courrier électronique à l'adresse courriel déclarée indiquant la mise à disposition des documents contractuels signés électroniquement dans l'Espace adhérent vaut remise desdits documents au sens de l'article 1375 du Code civil,
- que tout écrit transmis sur support électronique depuis l'Espace adhérent aura force probante de son contenu, de son envoi et de sa réception au même titre qu'un écrit réalisé sur support papier,
- que le fait que les documents soient communiqués au format PDF et imprimables confère au support ainsi communiqué les caractères d'intégrité et de durabilité exigés par la loi, quand bien même le document était originalement établi sur support papier.

Article 7 Archivage des documents

ADIS conservera les documents électroniques pendant toute la durée légale de conservation.

Article 8 Données à caractère personnel

En complément des informations relatives aux traitements de données à caractère personnel visées à l'article 11 de la notice, l'adhérent est informé que, dans le cadre de l'utilisation des services numériques, ses données à caractère personnel pourront être transmises aux tiers de confiance aux fins de réalisation desdits services.

Assureur du contrat

réinventons / notre métier

AXA France Vie S.A. au capital de 487 725 073,50 €
310 499 959 RCS Nanterre

AXA Assurances Vie Mutuelle
Société d'Assurance Mutuelle sur la vie et de capitalisation à cotisations fixes - Siren 353 457 245

Sièges sociaux : 313 Terrasses de l'Arche - 92727 Nanterre Cedex

Entreprises régies par le Code des assurances

Centre de gestion des contrats d'assurance AGIPI

ADIS

Siège Social
12 avenue Pierre Mendès France - CS 10144 - 67312 Schiltigheim Cedex
tél. 03 90 23 90 00

Société anonyme de courtage d'assurances au capital de 480 000 €
Filiale d'AXA France Vie

306 843 731 RCS Strasbourg
Orias 07 029 368

Association souscriptrice du contrat

AGIPI

Siège Social
12 avenue Pierre Mendès France - CS 10144 - 67312 Schiltigheim Cedex - tél. 03 90 23 90 00

Bureau parisien
52 rue de la Victoire - 75009 Paris
tél. 01 40 08 93 00

Registre des Associations du tribunal d'instance de Schiltigheim - volume 21 - n° 1049

Siren 307 146 308

AGI 0006 Ed 06/2022

ACPR - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 / ORIAS : www.orias.fr