

PREVOYANCE TPE

Notice valant Conditions Générales

PREAMBULE

La présente notice valant conditions générales a pour objet de décrire les garanties et prestations accordées au titre de la convention de groupe à adhésion obligatoire n°27790.

Cette convention a été souscrite par **l'Association des Assurés d'APRIL** auprès de l'organisme assureur **QUATREM**.

QUATREM est une entreprise régie par le Code des assurances, société anonyme au capital de 380 426 249 euros, dont le siège social est situé 59-61 rue de La Fayette, 75009 Paris, RCS PARIS B 412 367 724, soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09.

L'Association des Assurés d'APRIL est une association loi 1901, située 69439 LYON Cedex 03, dont l'objet social est d'étudier, de souscrire et de promouvoir au profit de ses adhérents, tout type d'assurance autorisée par la loi, sous la forme d'assurance collective et dont le risque est assuré par des organismes d'assurance habilités, relevant soit du Code des assurances, soit du Code de la mutualité ou encore du Code de la Sécurité sociale.

L'organisme gestionnaire de cette convention est, par délégation de l'organisme assureur, APRIL Entreprise Prévoyance, SA au capital de 2 441 600€ dont le siège social est situé Immeuble Aprilium, 90, avenue Félix Faure - CS 63341- 69439 Lyon Cedex 03 – RCS Lyon 493 481 816 – N°ORIAS 08 040 197 - soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09.

APRIL Entreprise Prévoyance est désigné ci-après par le terme « APRIL ».

L'adhésion à cette convention est constituée par la demande d'adhésion, les bulletins d'affiliation, la présente notice valant conditions générales, l'Attestation d'adhésion, les Certificats d'affiliation et le résumé du détail des garanties souscrites, remis à l'Adhérente et à chacun des Participants.

Elle est soumise à la législation française et notamment au Code des assurances.

La présente convention s'applique aux salariés du collège mentionné sur l'Attestation d'adhésion tel que défini par l'entreprise Adhérente.

Chaque terme ou expression avec une majuscule est défini(e) au Lexique.

1°) OBJET :

L'adhésion à la présente convention permet, en fonction des garanties souscrites, le versement :

- d'un capital en cas de Décès ou d'Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D) du Participant,
- d'indemnités en cas d'Incapacité Temporaire Totale de travail (I.T.T.) ou d'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) ou Partielle (I.P.P.) du Participant.

Les garanties reposent sur les déclarations de l'Adhérente et de chaque Participant et sur la bonne foi des parties.

2°) QUI PEUT ADHERER ET ETRE ASSURE ? :

Cette convention d'assurance de groupe est ouverte à toute entreprise membre de l'Association des Assurés d'APRIL, dont le siège social se situe en France métropolitaine et sous réserve de conditions spécifiques en matière de franchise et de tarifs pour les entreprises ayant leur siège social sur l'île de La Réunion, en Guadeloupe et Martinique.

Toutefois, les Participants des entreprises ayant leur siège social en Corse ne pourront être assurés que pour la seule garantie Décès/Invalidité Absolue et Définitive.

L'Adhérente ayant reçu une Attestation d'adhésion à la présente convention, **doit procéder à l'affiliation de l'ensemble de ses salariés appartenant au collège assuré.**

Pour être admissible à l'assurance, tout Participant doit remplir un bulletin d'affiliation et satisfaire aux formalités médicales le cas échéant.

Lorsque les questionnaires de santé et formalités médicales sont demandés, l'étude du dossier de chaque Participant présent à l'adhésion détermine les conditions tarifaires d'acceptation ou le refus du contrat de l'entreprise. **Le non-accomplissement des formalités d'affiliation par un salarié remet en cause l'adhésion de l'entreprise Adhérente.** Ces mêmes dispositions s'appliquent pour tout salarié embauché postérieurement.

A l'adhésion, l'entreprise doit déclarer tout arrêt de travail ou invalidité en cours, y compris pour ses anciens salariés lorsque le contrat de travail a été rompu.

3°) CONTENU DES GARANTIES

Les garanties souscrites et leurs montants sont mentionnés et détaillés sur le résumé des garanties remis à l'Adhérente et à chaque Participant.

Les garanties s'exercent dans le monde entier.

3.1 –Décès/I.A.D (Invalidité Absolue et Définitive)

3.1.1 - Garantie Décès

En cas de décès du Participant, il est versé au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) par le Participant, une prestation sous forme de capital déterminé en pourcentage du traitement de base.

Au jour du décès, le Bénéficiaire pourra opter pour la réduction du montant du capital garanti au profit d'une rente éducation versée à chaque enfant à charge du Participant (cf. article 12).

Le montant des rentes est également déterminé en pourcentage du traitement de base (cf. article 11) et est fonction des garanties souscrites.

La rente est versée jusqu'au 18ème anniversaire de l'enfant ou jusqu'à son 26ème anniversaire s'il poursuit des études.

A noter : Au jour du décès du Participant, une majoration du capital décès, dont le montant est précisé dans le résumé de garanties, pourra être appliquée le cas échéant.

Les Bénéficiaires de cette majoration seront les personnes qui au jour du décès du Participant étaient à sa charge fiscale. La répartition de la majoration de capital s'effectuera par parts égales entre ces Bénéficiaires.

Cette majoration ne sera pas versée en l'absence de personne fiscalement à la charge du Participant au jour de son décès.

Le paiement des prestations prévues en cas de décès met fin à l'ensemble des garanties souscrites sauf la garantie double effet.

3.1.2 - Garantie I.A.D

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive du Participant (notion définie au Lexique et également dénommée Perte Totale et Irréversible d'Autonomie), il lui sera versé, par anticipation, le montant du capital garanti au titre de la garantie décès.

Le Participant a la possibilité d'opter pour la réduction du montant du capital garanti au profit d'une rente éducation versée à chaque enfant à charge.

Le montant du capital et des rentes est déterminé en pourcentage du traitement de base (cf. article 11) et est fonction des garanties souscrites.

La rente est versée jusqu'au 18ème anniversaire de l'enfant ou jusqu'à son 26ème anniversaire s'il poursuit des études.

Le versement des prestations prévues en cas d'Invalidité Absolue et Définitive met fin à l'ensemble des garanties souscrites sauf pour la garantie double effet et pour les prestations en cours de service.

3.2 - Décès/I.A.D par Accident

3.2.1 - Garantie Décès par Accident

Lorsque cette garantie est souscrite, en cas de décès du Participant consécutif à un Accident et survenant au plus tard dans les douze mois suivant celui-ci, il est versé au Bénéficiaire un capital supplémentaire d'un montant exprimé en pourcentage du traitement de base.

Le versement des prestations prévues en cas de décès par Accident met fin à l'ensemble des garanties souscrites sauf pour la garantie double effet.

3.2.2 - Garantie I.A.D par Accident

En cas d'I.A.D (cf. article 3.1.2) consécutive à un Accident et reconnue immédiatement ou au plus tard dans les douze mois suivant le jour de l'Accident, il est versé au Participant, dès réception de cette preuve, un capital supplémentaire d'un montant exprimé en pourcentage du traitement de base.

Le versement des prestations prévues en cas d'Invalidité Absolue et Définitive par Accident met fin à l'ensemble des garanties souscrites sauf pour les prestations en cours de service.

3.3 - Désignation de Bénéficiaire

Lors de son affiliation, le Participant a la faculté de désigner les Bénéficiaires de son choix sur son bulletin d'affiliation.

Cette désignation peut être faite sous seing privé (exemple : lettre) ou par acte authentique (exemple : testament devant notaire).

Par la suite, le Participant peut modifier cette désignation en adressant à APRIL une lettre datée et signée l'informant de cette nouvelle désignation de Bénéficiaire. Les coordonnées des Bénéficiaires nommément désignés seront utilisées par l'organisme assureur en cas de décès du Participant.

Toute désignation, acceptation, changement de désignation n'est opposable à APRIL que si elle a été portée à sa connaissance.

Faute de désignation de Bénéficiaire par le Participant ou si la désignation faite s'avère caduque au jour du décès, les sommes dues en cas de décès du Participant seront versées au conjoint survivant non divorcé ni séparé de

corps par un jugement définitif, ou à défaut au partenaire auquel il était lié par un pacte civil de solidarité en vigueur au jour du décès, ou à défaut, aux enfants nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales, à défaut aux père et mère par parts égales ou à défaut, aux héritiers du Participant par parts égales.

Conséquence de l'acceptation du Bénéficiaire :

La personne désignée comme Bénéficiaire, en cas de décès, peut à tout moment avec l'accord du Participant accepter le bénéfice de cette désignation faite à son profit en se manifestant auprès d'APRIL. Cette acceptation peut prendre la forme d'un avenant signé d'APRIL, du Participant et du Bénéficiaire. Elle peut également prendre la forme d'un acte sous seing privé ou authentique signé du Participant et du Bénéficiaire et n'aura alors d'effet à l'égard d'APRIL que lorsqu'elle lui aura été notifiée. Dans ce cas le Bénéficiaire devient bénéficiaire acceptant et son accord devient obligatoire le Participant souhaite désigner un autre Bénéficiaire. A défaut d'accord, APRIL ne pourra procéder à aucune modification.

3.4 - Double effet : Décès du Conjoint du Participant

Si après le décès ou l'I.A.D du Participant, son Conjoint vient à décéder, un capital supplémentaire d'un montant identique au capital garanti en cas de décès (hors Doublement Accident en cas de décès ou I.A.D. par accident tel que défini aux paragraphes 3.2), sera versé aux enfants qui étaient à la charge du Participant au jour de son décès ou de son I.A.D., sous réserve qu'ils soient encore à la charge fiscale du Conjoint lors de son décès et que le contrat soit toujours en vigueur.

Ce capital sera réparti par parts égales entre ces enfants.

En l'absence d'enfant à charge, aucun capital ne pourra être versé au titre de la garantie double effet

3.5 - Incapacité/Invalidité

3.5.1 - Etendue des garanties

Lorsque le Participant est considéré en état d'I.T.T, d'I.P.T ou d'I.P.P (notions définies au sein du Lexique), il bénéficie des prestations garanties définies ci-après.

Ces prestations, servies uniquement en complément des indemnités, pensions ou rentes de même nature versées par la Sécurité sociale, ont un caractère exclusivement indemnitaire. Elles sont cumulables avec toutes celles que le Participant pourrait recevoir au même titre, le total ne pouvant cependant pas être supérieur au traitement servant de base à leur détermination.

Seuls sont garantis les arrêts de travail dont la date de début est postérieure à la date d'effet du contrat.

A noter : les Participants en congé légal de maternité ou paternité seront pris en charge au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de travail.

3.5.2 - Garantie I.T.T (Incapacité Temporaire Totale de travail)

En cas d'I.T.T du Participant, APRIL verse une indemnité journalière à l'expiration d'un délai de Franchise fixé à l'Attestation d'adhésion. L'indemnité journalière est calculée en pourcentage du traitement de base (cf. article 11).

Toute Rechute dans les deux (2) mois de la reprise de travail au sein de l'entreprise Adhérente sera considérée comme un seul et même Sinistre sous réserve que l'incapacité initiale ait été prise en charge par APRIL et que le contrat soit toujours en vigueur à la date de la Rechute. Dans cette hypothèse, le service des indemnités journalières est repris dès le 1^{er} jour du nouvel arrêt de travail, sans application du délai de Franchise.

3.5.3 - Garanties I.P.T (Invalidité Permanente Totale) ou I.P.P. (Invalidité Permanente Partielle)

april entreprise | prévoyance 90, Avenue Félix Faure - CS 63341 - 69439 LYON Cedex 03 - Fax : 04 72 36 74 10

www.april-entreprise-prevoyance.fr

SA au capital de 2 441 600 € à Conseil d'Administration - RCS LYON 493 481 816
Intermédiaire en assurances immatriculé à l'ORIAS sous le n°08 040 197 - www.oriass.fr
Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution - 61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09

En cas d'I.P.T du Participant, APRIL verse une rente d'après la même base de calcul que celle prévue pour l'I.T.T. En cas d'I.P.P. du Participant, la rente est réduite de 50% pour les garanties au profit des collèges de salariés non affiliés à l'AGIRC ou « ensemble du personnel » et de 40% pour les garanties au profit des collèges de salariés affiliés à l'AGIRC.

Cette rente remplace les prestations éventuelles versées jusqu'alors au titre de l'I.T.T. En tout état de cause, elle est servie au plus tôt à l'expiration du délai de Franchise prévu pour le cas d'I.T.T.

3.5.4 - Reprise d'activité avec réduction d'horaire pour raison de santé

En cas de reprise d'activité au service de l'Adhérente, avec maintien d'une prestation réduite de la part de la Sécurité sociale, APRIL poursuit le versement des prestations pour un montant réduit du montant du salaire perçu par le Participant et du montant des prestations versées par la Sécurité sociale. Le total ne peut toutefois excéder le montant du traitement de base.

3.5.5 - Durée et fin du service des prestations

Les prestations définies à l'article 3.5 sont servies aussi longtemps que l'état du Participant répond à l'une des définitions de l'I.T.T, de l'I.P.T ou de l'I.P.P et sous réserve qu'il perçoive à ce titre une indemnité, une pension ou une rente de la Sécurité sociale.

L'indemnisation au titre de la garantie I.T.T. cesse :

- en cas de reprise du travail totale,
- en cas de Consolidation de l'état de santé du Participant reconnue par un médecin expert désigné par APRIL,
- en cas d'expertise médicale s'il est établi que le Participant n'est plus dans l'Incapacité Temporaire totale de travailler,
- en cas de refus du Participant de procéder à l'expertise médicale diligentée par APRIL,
- dès la date d'attribution par la Sécurité sociale d'une pension vieillesse ou d'une pension vieillesse au titre de l'inaptitude au travail,
- en cas de décès du Participant.

L'indemnisation au titre des garanties I.P.T. et I.P.P. cesse :

- en cas d'expertise médicale s'il est établi que le Participant n'est plus en I.P.T. ou I.P.P.
- en cas de refus du Participant de procéder à l'expertise médicale diligentée par APRIL,
- dès la date d'attribution par la Sécurité sociale d'une pension vieillesse ou d'une pension vieillesse au titre de l'inaptitude au travail,
- en cas de décès du Participant.

4°) EXPERTISE MEDICALE

APRIL se réserve expressément la faculté de réclamer toutes pièces qu'elle estimera nécessaires et de faire expertiser à tout moment le Participant par un médecin de son choix pour contrôler et reconnaître l'état d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité du Participant indépendamment de la décision du régime obligatoire de Sécurité sociale.

Le Participant doit se rendre aux convocations des médecins indépendants spécialisés dans l'instruction des expertises médicales, missionnés par APRIL. En cas d'impossibilité dûment justifiée, les médecins désignés doivent pouvoir se rendre auprès du Participant, lequel s'engage à les recevoir et à les informer loyalement de son état. L'acceptation du Participant de se soumettre à ces formalités est une condition au consentement d'APRIL de délivrer les garanties et prestations. Le Participant a la possibilité de se faire accompagner par le médecin de son choix. Dans ce cas, les frais et honoraires de ce médecin seront à la charge du participant. A défaut de pouvoir exercer le contrôle ou de recueillir les justificatifs, le service des prestations sera suspendu ou supprimé et le Participant pourra être déchu de ses droits.

APRIL pourra suspendre provisoirement le versement des indemnités journalières ou rentes jusqu'à réception des conclusions d'expertise. Les conclusions de l'expertise peuvent amener à la cessation du versement des prestations, à la déchéance des droits du Participant et le cas échéant, au remboursement des prestations déjà versées. En cas d'Accident ou de Maladie atteignant le Participant, hors de France, celui-ci est tenu de faire élection de domicile en France pour les expertises et contestations d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un Sinistre. En cas de contestation d'ordre médical, chacune des parties désigne un médecin. Si les médecins ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième médecin afin de recourir à un arbitrage dans le cadre d'un protocole signé par l'Assuré et l'organisme assureur. Les trois médecins opèrent en commun accord et à la majorité des voix. Dans cette hypothèse, les parties attendront que le troisième ait déposé son rapport avant de recourir à une éventuelle action judiciaire pour le règlement du litige.

Chaque partie paie les frais et honoraires de son médecin et, s'il y a lieu, la moitié des honoraires du troisième médecin et de ses frais de nomination.

5°) REGLEMENT DES PRESTATIONS

Dans le cadre de l'exécution de la présente convention, le médecin conseil d'APRIL pourra demander au Participant, au(x) Bénéficiaire(s) ou à ses ayants droit des informations d'ordre médical. Ces informations sont couvertes par le secret professionnel. Le Participant agissant pour son compte et celui de ses ayants droits, s'engage à faciliter l'accès aux pièces demandées étant entendu qu'APRIL s'engage à respecter une procédure interne limitant le nombre de personnes ayant accès aux renseignements d'ordre médical, ces personnes étant toutes habilitées à traiter ces données et soumises au respect du secret professionnel.

Les sommes dues sont payables après réception et étude du dossier complet par APRIL.

Pour obtenir le règlement des prestations, le Participant, ses ayants droits ou le(s) Bénéficiaire(s) de la garantie, devront communiquer à APRIL tous les justificatifs nécessaires à l'instruction du dossier (les frais qui pourront en résulter seront à leur charge) et notamment :

En cas de décès :

- la Copie intégrale de l'acte de naissance du Participant,
- l'extrait de l'acte de décès,
- le certificat médical fourni par APRIL à compléter et signer par le médecin traitant ou à défaut par le médecin ayant constaté le décès,
- la justification des charges de famille (copie du livret de famille, certificat de scolarité, attestation fiscale, etc.),
- dernier avis d'imposition,
- les justificatifs d'identité du Bénéficiaire (carte nationale d'identité, copie de livret de famille, du pacte civil de solidarité, de l'acte de dévolution successoral, de l'acte de naissance...),
- le cas échéant, l'extrait de la délibération du conseil de famille ayant nommé les tuteurs et subrogés tuteurs si le Bénéficiaire est un enfant mineur,
- les bulletins de salaires perçus par le Participant au cours des 12 mois précédant celui du décès,
- s'il s'agit d'un Accident, toutes pièces justificatives précisant la cause, les circonstances du décès, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s) et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-verbal ou rapport de police est dressé,
- toutes autres pièces nécessaires qu'APRIL pourrait être amenée à demander.

Attention : L'ouverture des droits du(es) Bénéficiaire(s) aux sommes assurées est subordonnée à l'absence de décès dudit (desdits) Bénéficiaire(s) dans les 48 heures qui suivent le Décès de l'Assuré.

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive

- la notification de l'attribution par la Sécurité sociale d'une rente d'invalidité et de la majoration pour assistance d'une tierce personne,
- un rapport médical circonstancié sur la cause, la nature, le début, l'évolution et la durée probable de la Maladie ou les conséquences prévisibles de l'Accident, ainsi que le degré de l'Inaptitude au travail, la date de Consolidation, à adresser à notre médecin conseil sous pli confidentiel,
- la justification des charges de famille (copie du livret de famille, certificat de scolarité, attestation fiscale, etc.),
- toutes autres pièces nécessaires qu'APRIL pourrait être amenée à demander.

En cas d'incapacité et d'invalidité Permanente Totale ou Partielle

- la copie des 12 bulletins de salaire ayant précédé l'arrêt de travail et le dernier avis d'imposition,
- le bordereau de paiement par la Sécurité sociale des indemnités journalières ou les décomptes des arrérages
- le cas échéant, la notification d'attribution par la Sécurité sociale d'une pension d'invalidité,
- le certificat médical fourni par APRIL indiquant la nature de l'Accident ou de l'Affection qui justifie l'Incapacité de travail ou l'Invalidité, la date de début et la durée probable de cet état, ainsi que toutes les autres pièces qu'APRIL estimera nécessaires pour la justification de l'état d'Incapacité ou d'Invalidité (avis d'arrêt de travail et de prolongation, bulletin d'hospitalisation ...),
- s'il s'agit d'un Accident, toutes pièces justificatives précisant la cause, les circonstances du décès, la date et le lieu, et le cas échéant le nom des témoins, du ou des tiers responsable(s) et/ou l'identité de l'autorité ayant verbalisé, si un procès-verbal ou rapport de police est dressé.
- En cas de rupture du contrat de travail :
 - une photocopie de l'attestation de paiement ou de non paiement des allocations du Pôle Emploi,
 - la copie de la Carte Nationale d'Identité afin de permettre à l'organisme assureur de respecter ses obligations de déclaration fiscale.

APRIL pourra également demander toutes autres pièces complémentaires qu'elle estimera nécessaires pour apprécier l'état d'incapacité ou d'invalidité du Participant.

5.1 – Modalité de versement de la rente d'invalidité :

Les rentes sont servies par arrérages trimestriels à terme échu à compter du jour où le Participant présente un état qui :

- le met définitivement dans l'impossibilité d'exercer toute activité professionnelle (I.P.T.), et qu'il perçoit de son régime de Sécurité sociale une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle lorsque le taux d'incapacité permanente est supérieur à 66% ou une pension d'invalidité de 2ème ou 3ème catégorie.
- réduit de manière définitive sa capacité à exercer une activité professionnelle (I.P.P.), et qu'il perçoit de son régime de Sécurité sociale une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle lorsque le taux d'incapacité permanente est supérieur à 33% et inférieur à 66% ou une pension d'invalidité.

Le premier paiement est effectué au prorata du temps écoulé entre le jour de reconnaissance de l'invalidité et la fin du trimestre civil en cours. Le dernier paiement est effectué au prorata du temps écoulé entre le début du trimestre civil en cours et la date à laquelle prend fin le service de la rente par la Sécurité sociale.

5.2 - Prestations maximum en incapacité/invalidité :

Le cumul des rentes et indemnités journalières servies par l'organisme assureur et par tout autre organisme, et des sommes versées en rémunération d'un travail ou correspondant à un revenu de substitution, ne pourra pas excéder, pour une même année civile, le montant du traitement servant de base à la détermination des prestations.

Les prestations sont réglées à l'Adhérente tant que le Participant fait partie de son effectif. En cas de rupture de son contrat de travail, elles lui sont versées directement. Dans ce dernier cas, les prestations sont limitées à 100% du salaire net imposable.

La rémunération nette imposable est égale à la rémunération brute déduction faite des cotisations sociales mises à la charge du Participant.

5.3 – Modalité de versement de la rente éducation

Dans le cas où le Bénéficiaire du capital décès a opté pour la réduction du capital garanti au profit d'une rente éducation versée à chaque enfant à charge du Participant, les rentes sont servies par arrérages trimestriels à terme échu au domicile des rentiers bénéficiaires ou de leur représentant légal. Le premier versement aura lieu à la fin du trimestre civil suivant celui au cours duquel est intervenu le décès du Participant.

Les rente est servie jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel le rentier cesse de remplir les conditions requises.

En ce qui concerne les enfants de plus de 18 ans, La rente sera versée sous réserve de la production une fois par an d'un certificat de scolarité justifiant la poursuite des études.

5.4 - Revalorisation des prestations :

Les prestations de rentes ou d'indemnités journalières sont revalorisées selon la variation du point de retraite des Cadres (AGIRC), la première fois six mois après le décès ou l'arrêt de travail dans la limite du fonds de revalorisation de l'organisme assureur.

Pour les Participants en arrêt de travail, le traitement de base pour la détermination des prestations en cas de décès (capital ou première fraction de rente) est revalorisé dans les conditions ci-dessus, tant que le contrat est en vigueur.

En cas de résiliation du contrat les revalorisations ultérieures cessent d'être effectuées, celles déjà intervenues restent toutefois acquises.

6°) COTISATIONS

Détermination des cotisations :

Les cotisations sont annuelles, elles sont fonction du cumul des traitements de base perçus par les Participants au cours du trimestre considéré et des taux de cotisation. Le taux de cotisation à l'adhésion est fixé en fonction des garanties souscrites par l'Adhérente, de la catégorie assurée, du secteur d'activité de l'Adhérente, l'effectif l'âge moyen de la catégorie à assurer, des taxes applicables et s'il y a lieu de l'étude médicales.

Le taux de cotisation peut-être revu en fonction des déclarations de santé des nouveaux affiliés.

Evolution des cotisations :

La cotisation peut évoluer chaque année au 1^{er} janvier en fonction des résultats du groupe assuré qui tient compte des garanties souscrites, du statut des Participants, de l'effectif et de l'âge moyen du collègue assuré, du secteur d'activité de l'Adhérente.

D'autre part, tout changement du taux des taxes applicables ou toute instauration de nouvelles impositions applicables à la convention, toute évolution de la réglementation ou de la législation applicable à la convention, pourra entraîner une modification du montant de la cotisation.

La cotisation peut également évoluer si les montants des prestations pris en charge par la convention d'assurance venaient à être augmentés suite à l'évolution de la réglementation de la Sécurité Sociale.

Les augmentations de cotisations ont lieu chaque année au 1^{er} janvier ou en cours d'année en cas de modification de la réglementation applicable (cf. article 7).

Paiement des cotisations :

Les cotisations sont payables à APRIL, trimestriellement à terme échu au plus tard à la date indiquée sur l'appel de cotisations.

Elles sont payables par chèque tiré sur un compte ouvert dans un établissement bancaire situé en France.

Un acompte est perçu au comptant pour la période comprise entre la date d'effet du contrat et la fin du trimestre civil en cours. Il sera à déduire du montant de la première cotisation échéant à la fin du trimestre civil au cours duquel le contrat a pris effet. Il est précisé que les cotisations afférentes à l'ensemble des garanties sont dues pour chaque Participant.

Les cotisations sont versées par l'Adhérente seule débitrice des cotisations vis-à-vis de l'organisme assureur. En cas de non paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours de son échéance, APRIL adressera à l'Adhérente une lettre recommandée de mise en demeure. Après un délai de 40 jours, APRIL résiliera de plein droit le contrat. En outre, l'organisme assureur pourra réclamer en justice le paiement des cotisations restant dues.

Exonération des cotisations:

En cas de mise en jeu des garanties I.T.T. ou I.P.T., les cotisations au titre de l'affiliation du Participant concerné sont exonérées. Cette exonération prend effet dès que les prestations entrent en service ; si les prestations d'incapacité sont partielles, l'exonération l'est de la même façon. L'exonération cesse lorsque les prestations d'incapacité de travail ou d'invalidité s'interrompent.

Si les garanties d'Incapacité Temporaire et d'Invalidité Permanente n'ont pas été souscrites, l'exonération est accordée après 3 mois d'Incapacité Totale continue. Dans ce cas, APRIL se réserve le droit de réclamer toutes pièces qu'elle estimera nécessaires et pourra faire expertiser à tout moment le Participant par un médecin de son choix pour contrôler et reconnaître l'état d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité du Participant, indépendamment de la décision du régime obligatoire de Sécurité sociale.

A noter : durant la période de congé légal de maternité et paternité, il n'y a pas d'exonération.

7°) AJUSTEMENT DE L'ADHESION

april entreprise | prévoyance 90, Avenue Félix Faure - CS 63341 - 69439 LYON Cedex 03 - Fax : 04 72 36 74 10

www.april-entreprise-prevoyance.fr

SA au capital de 2 441 600 € à Conseil d'Administration - RCS LYON 493 481 816
Intermédiaire en assurances immatriculé à l'ORIAS sous le n°08 040 197 - www.oriass.fr
Autorité de Contrôle Prudential et de Résolution - 61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09

Si une décision législative ou réglementaire ou une évolution des résultats techniques ou une aggravation du risque vient à entraîner une modification des conditions de l'assurance, l'organisme assureur se réserve la possibilité de réviser l'adhésion. Jusqu'à la date d'effet de cette révision, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer à l'adhésion sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et/ou d'application immédiate.

En cas de révision suite à une évolution des résultats techniques, la révision ne prendra effet qu'au renouvellement du contrat et après acceptation de l'entreprise Adhérente.

En cas de désaccord sur la révision envisagée (sauf en cas de révision imposée par la loi), l'assureur, comme l'Adhérente, pourra mettre fin au contrat, en dehors de la période de résiliation prévue à l'article 9.3, dans les TRENTE (30) jours suivant l'envoi de la lettre de révision.

8°) EXCLUSIONS DE GARANTIES :

Les garanties ne sont pas acquises en cas de suspension du contrat de travail à l'exception des cas évoqués au paragraphe 9.3.

De même, il est rappelé que les salariés expatriés à l'étranger dont le contrat de travail est suspendu ne répondent plus à la définition contractuelle de la catégorie assurée et sont pas garantis au titre de la présente convention.

➤ Les garanties sont accordées sous les réserves ci-après :

- ***Le suicide conscient ou inconscient n'est couvert qu'UN AN après la date d'effet de l'affiliation du Participant. Toutefois, le suicide pourra être couvert dès l'affiliation du Participant, si ce dernier peut justifier avoir bénéficié de garanties collectives équivalentes mises en place en application de l'article L911-1 du code de la Sécurité sociale justifiant à la date du décès d'une période continue d'affiliation de 12 (douze) mois, y compris avec le présent contrat. En cas d'augmentation des garanties en cours de contrat, le risque de suicide, pour les garanties supplémentaires, est couvert à compter de la deuxième année qui suit cette augmentation.***
- ***Les Accidents de navigation aérienne ne sont couverts que si le Participant se trouvait à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité en cours et conduit par un pilote possédant un brevet pour l'appareil utilisé et une licence non périmée, ce pilote pouvant être le Participant lui-même. Les conséquences de la pratique du parachutisme, du parapente, de l'ULM ou autres, sont exclues des garanties.***
- ***Les Sinistres résultants des faits de guerres civiles ou étrangères quels qu'en soient le lieu et les protagonistes, (que la guerre soit déclarée ou non) sont exclues des garanties sauf légitime défense, assistance à personne en danger ou accomplissement du devoir professionnel).***
- ***Les conséquences des matchs, paris, courses, concours, défis, acrobaties aériennes, records, tentatives de records, essais préparatoires et de réception d'un engin sont exclues des garanties. Seules les compétitions sportives d'amateurs sans utilisation d'un engin à moteur ouvrent droit aux garanties.***

➤ En outre, ne sont pas garantis au titre des garanties I.A.D, Décès par Accident, Incapacité de travail et Invalidité, les Sinistres résultant :

- ***d'une tentative de suicide,***
- ***du fait causés ou provoqués intentionnellement par le Participant ou le Bénéficiaire des garanties ou à l'aide de sa complicité,***
- ***d'émeutes, d'insurrections, de mouvements populaires ou de rixes (sauf légitime défense, assistance à personne en danger ou accomplissement du devoir professionnel), les actes de terrorisme ou de***

- sabotage (lorsque le Participant y prend une part active), ces actes étant assimilés à la guerre civile en ce qui concerne la charge de la preuve,*
- *des effets directs ou indirects d'explosions, de chaleur, ou de radiations provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, de la radioactivité, ainsi que les effets de radiations provoqués par l'accélération artificielle de particules.*
Toutefois, les conséquences d'un fonctionnement défectueux d'instruments de radiologie ou de fausse manœuvre dans leur utilisation sont garanties si elles se produisent à l'occasion d'un traitement médical auquel est soumis le Participant,
 - *de l'état d'imprégnation alcoolique du Participant au jour du sinistre, constatée médicalement par la présence dans le sang d'un taux d'alcoolémie supérieur à celui défini par la législation sur la circulation automobile (Code de la Route) pour caractériser au moins la contravention, de l'éthylisme, de la toxicomanie, de l'usage de stupéfiants, de substances médicamenteuses et produits toxiques non prescrits médicalement.*
- **Concernant plus particulièrement les cures et séjours en établissements spécialisés :**

Les séjours en cures thermales, centre ou service de rééducation ou réadaptation, en maison de repos ne sont garantis au titre du contrat que dans la limite de 30 (trente) jours après application de la Franchise, par Année d'affiliation du Participant et sous réserve que ces séjours fassent suite à un Accident ou Maladie garantis.

Toutefois cette limite ne s'applique pas pour les séjours en centre ou service de rééducation qui font suite à une hospitalisation pour un Accident ou une Maladie garantis.

9°) EFFET, DUREE, CESSATION DES GARANTIES

9.1 - Date d'effet des garanties:

Les garanties prennent effet pour l'entreprise à la date de prise d'effet de son adhésion au contrat puis, pour chacun des Participants, à la date de prise d'effet de l'affiliation.

L'adhésion de l'entreprise est effective à compter de la date figurant sur la demande d'adhésion et au plus tôt le premier jour du mois au cours duquel le dossier complet est reçu par APRIL sous condition suspensive du paiement d'un acompte dont le montant est indiqué sur la demande d'adhésion et sous réserve d'acceptation par APRIL concrétisée par l'émission d'une attestation précisant les garanties choisies.

La date d'effet de l'affiliation est la date figurant sur la demande d'affiliation sans pouvoir être antérieure à la date d'effet de l'adhésion et au plus tôt le premier jour du mois de la réception de la demande d'affiliation par APRIL.

En cas d'affiliation postérieure à l'adhésion de l'entreprise (embauche, promotion), la date d'effet des garanties interviendra au plus tôt le premier jour du mois de réception de la demande d'affiliation ou à la date de prise d'effet de l'embauche ou de la promotion si cette deuxième date est postérieure au premier jour de ce même mois.

Dans tous les cas, l'affiliation n'est effective qu'après l'acceptation médicale de l'état de santé du Participant s'il y a lieu, et émission de son certificat d'affiliation indiquant la date d'effet des garanties.

A noter : Si l'adhésion à la présente convention s'effectue dans le cadre de la mise en place d'un régime de protection sociale groupe à adhésion obligatoire au sein de l'entreprise Adhérente, la garantie Décès accidentel est acquise dès le lendemain à zéro heure de la réception du dossier complet par APRIL à condition que celui-ci soit accompagné de l'acompte. **Cette garantie provisoire est accordée durant un maximum de 60 jours** à compter de la date de réception du dossier d'adhésion, et cesse dès qu'APRIL a notifié sa décision définitive ou si

l'entreprise ne donne pas suite à sa demande dans le délai de 60 jours à compter de la date de réception par APRIL de la demande d'adhésion.

Cette garantie provisoire ne s'applique pas si au jour de la demande d'adhésion, l'entreprise Adhérente bénéficie par ailleurs de garanties de même nature.

9.2 Etats antérieurs :

Les garanties s'exercent sur les conséquences des Affections, infirmités ou Accidents dont la première constatation ou la survenance est postérieure à la date de la prise d'effet des garanties à l'égard du Participant.

Seront également prises en charge, les conséquences des Affections, infirmités et Accidents dont la première constatation ou la survenance est antérieure à la date d'affiliation sous réserve qu'ils aient été déclarés par le Participant sur le questionnaire médical lors de son affiliation et sous réserve que la prestation réclamée ne soit pas due par l'assureur d'un précédent contrat en application des articles 7 et 7-1 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989.

9.3 - Durée des garanties :

L'adhésion a une durée annuelle et se renouvelle par tacite reconduction, à chacune de ses échéances, c'est-à-dire au 31 décembre de chaque année pour autant que la convention soit toujours en vigueur.

Les garanties de la présente convention restent acquises tant que le Participant reste salarié de l'Adhérente.

De même, les garanties sont maintenues au Participant durant les périodes de suspension du contrat de travail liée à une maladie, un accident, une maternité, un congé paternité, aux congés payés annuels et congés légaux pour événements familiaux prévus au Code du travail.

9.4 - Les garanties du contrat cessent :

- a) En cas de résiliation par l'Adhérente ou par l'Association à l'échéance annuelle au 31/12, par lettre recommandée avec un préavis de 2 mois,
- b) en cas de non-paiement des cotisations (cf. article 6),
- c) dès que le Participant cesse d'appartenir à l'effectif assurable, ou cesse de réaliser les conditions pour être Bénéficiaire,
- d) en cas de dénonciation de la présente convention par l'Association ou l'organisme assureur à l'échéance annuelle,
- e) dès que l'Assuré est radié de l'effectif de l'Adhérente,
- f) dès la date d'attribution par la Sécurité sociale d'une pension vieillesse ou d'une pension vieillesse au titre de l'incapacité au travail versée au Participant,
- g) en cours d'année, en cas de refus de surprime imposée par l'état de santé du dernier Participant à affilier (cf. article 7),
- i) en cours d'année si la nouvelle affiliation remet en cause l'équilibre de l'adhésion (cf. article 7).

En cas de suspension du contrat de travail, les garanties sont suspendues pendant la même période, à l'exception des cas de suspension évoqués au paragraphe 9.3.

Maintien de la garantie décès en cas de résiliation ou de non renouvellement du contrat :

En cas de résiliation ou de non renouvellement du contrat, la garantie Décès définie à l'article 3.1.1 est maintenue pour l'ensemble des Participants bénéficiaires à la date d'effet de la résiliation ou du non renouvellement d'indemnités versées par l'organisme assureur au titre des garanties incapacité et/ou invalidité. Le maintien de la

garantie Décès sera effectif tant que le Participant percevra de la part de l'organisme assureur des indemnités au titre des garanties incapacité et/ou invalidité.

En cas de souscription de la seule garantie décès, le maintien de cette garantie est conditionné à la preuve par le Participant de la souscription et de la mise en jeu d'une garantie incapacité et/ou invalidité souscrite par son entreprise auprès d'un autre organisme assureur dans le cadre d'un contrat collectif à adhésion obligatoire.

Sanctions en cas de fausse déclaration :

L'adhésion est établie d'après les déclarations de l'Adhérente et de chacun des Participants. Ils doivent en conséquence répondre aux questions posées par l'organisme assureur qui sont de nature à lui faire apprécier les risques qu'il prend à sa charge.

Toute réticence ou fausse déclaration modifiant l'objet du risque ou en diminuant l'opinion pour l'assureur entraînerait l'application des articles L113-8 et L113-9 du code des assurances qui prévoient :

- Article L113-8 « Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul 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 primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts. Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie. »

- Article L113-9 « 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 de l'assurance. Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime 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 primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés. »

9.5 – Conditions de modifications des garanties :

L'Adhérente peut formuler une demande de modification de ses garanties à effet du 1^{er} janvier sous réserve d'en faire la demande avant le 31 octobre. En cas d'acceptation, l'accord d'APRIL est concrétisé par l'émission d'une nouvelle attestation d'adhésion.

10°) OBLIGATIONS SPECIFIQUES DE L'ENTREPRISE ADHERENTE :

Lors de la prise d'effet de l'adhésion :

Présenter à APRIL et maintenir dans l'assurance la totalité de l'effectif assurable pour la mise en vigueur et le renouvellement annuel du contrat, sous réserve des exceptions prévues à l'article 11 de la Loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989.

Produire à la souscription un état nominatif des salariés à assurer avec indication de la date de naissance, de la situation de famille et de la rémunération annuelle brute de l'année civile précédant la date d'effet de l'adhésion, tel que déclaré à l'administration fiscale, le cas échéant les salariés atteints d'incapacité ou d'invalidité, par suite de maladie ou accident, ou bénéficiant d'un mi-temps thérapeutique ou d'un aménagement du temps/et ou des conditions de travail pour raison de santé ou étant en congé maternité. Cet état doit être accompagné d'une demande d'affiliation remplie et signée par chaque salarié à assurer.

A tout moment :

- Fournir une demande d'affiliation dès l'entrée de chaque nouveau membre du personnel,
- Transmettre à APRIL les demandes de changement de clause bénéficiaire formulées et signées par les Participants.

- **Déclarer à APRIL toute incapacité couverte par les dispositions du présent contrat, dans les meilleurs délais et au plus tard dans les 30 jours suivant l'expiration de la période de franchise. Pour toute déclaration portée à la connaissance d'APRIL au-delà de ce délai, l'arrêt de travail sera considéré comme s'étant produit le jour de sa déclaration.**
- Communiquer dès qu'elle en aura connaissance, la date de rupture du contrat de travail, et joindre s'il y a lieu, la demande de maintien des garanties au titre de la potabilité (article 12).
- Remettre aux Participants une notice détaillée sur les garanties du contrat et leurs modalités d'application.
- Informer par écrit les assurés des changements qui pourraient modifier leurs droits et obligations, trois mois minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

À la fin des trois premiers trimestres civils de chaque exercice,

- Remettre un état indiquant :
 - * le montant de la masse salariale du trimestre, ventilé par tranches garanties A et B,
 - * les mouvements du personnel constatés pendant la période de référence, les changements de situation de famille
 - * le montant de la cotisation trimestrielle correspondante.
- Régler les cotisations à leur échéance.

A la fin de chaque année civile :

- * remettre un état nominatif du personnel assuré au cours de cette période avec indication des salaires individuels bruts et des entrées et sorties du personnel,
- * régler le montant de la cotisation du 4ème trimestre.

La preuve de la remise de la notice et de l'information relative aux modifications contractuelles aux salariés incombe à l'Adhérente.

11°) QU'ENTEND-ON PAR TRAITEMENT DE BASE ?

Il s'agit de la rémunération brute perçue par le Participant telle qu'elle est déclarée par l'Adhérente à l'Administration des Contributions Directes en vue de l'établissement de l'impôt sur le revenu.

Cette rémunération est prise en compte dans la limite des tranches ci-après :

- la tranche A est égale à la part de rémunération limitée au plafond d'Assujettissement au Régime Vieillesse de la Sécurité sociale,
- la tranche B est égale à la part de rémunération comprise entre le salaire plafond précité et quatre (4) fois ce plafond,

Il est convenu d'appeler traitement de base, le montant de la rémunération brute imposable correspondant aux tranches choisies par l'Adhérente comme assiette des garanties et mentionnées aux Conditions Particulières.

Pour la détermination des prestations de la présente convention, le traitement de base est celui, ayant donné lieu à paiement des cotisations, perçu par le Participant au cours des douze mois civils précédant le jour du Sinistre.

Lorsque cette période est inférieure à douze mois, ou que le salaire étant réduit ou supprimé par suite de maladie, accident (sur prescription médicale), congé maternité ou paternité, le traitement de base est obtenu en rapportant à une période de 12 mois la rémunération effectivement perçue sur les mois complets d'activité.

Toutefois, pendant les trois premiers mois d'assurance, le traitement de base ne pourra excéder la rémunération déclarée sur le bulletin d'affiliation du Participant.

Pour la détermination des prestations en cas de décès, le traitement de base est revalorisé (article 5.4) tant que le contrat est en vigueur.

Pour la détermination de l'assiette des cotisations de la présente convention, le traitement de base correspond systématiquement au salaire brut tel que défini plus haut.

11°) QU'ENTEND-ON PAR PERSONNES A CHARGE ?

Sont considérés comme enfants à charge du Participant :

- Les enfants, âgés de moins de 26 ans, à charge du Participant au sens de la législation fiscale, à savoir :
 - les enfants du Participant, de son Conjoint, ou concubin ou partenaire pacsé, pris en compte dans le quotient familial ou ouvrant droit à un abattement applicable au revenu imposable,
 - les enfants du Participant auxquels celui-ci sert une pension alimentaire (y compris en application d'un jugement de divorce) retenue sur son avis d'imposition à titre de charge déductible du revenu global,
 - les enfants handicapés si, avant leur 21ème anniversaire, ils sont titulaires de la carte d'invalidé civil et bénéficiaires de l'allocation des adultes handicapés,
 - les enfants nés viables moins de 300 jours après le décès du Participant.

On entend par autres personnes à charge, à l'exception du Conjoint et des enfants, les ascendants reconnus à la charge du Participant par l'Administration Fiscale pour le calcul du quotient familial.

12°) LE MAINTIEN DES GARANTIES DE PREVOYANCE APRES CESSATION DU CONTRAT DE TRAVAIL

L'article 14 de l'Accord National Interprofessionnel (A.N.I) du 11 janvier 2008 organise le mécanisme de portabilité des droits à la charge des employeurs en cas de rupture du contrat de travail du salarié, ouvrant droit à indemnisation par le régime d'assurance chômage.

Tout salarié dont le contrat de travail est rompu (sauf pour faute lourde) et qui est éligible à l'indemnisation au titre de l'assurance chômage, **bénéficie** du maintien de ses garanties prévoyance dont il bénéficiait au jour de la rupture de son contrat de travail.

Les dispositions ci-après définissent les conditions du maintien par l'organisme assureur des garanties aux anciens salariés dans le cadre de ce dispositif.

12.1 – La mise en œuvre des droits à portabilité

L'Adhérente s'engage à transmettre à APRIL, pour tout salarié dont le contrat de travail est rompu et éligible au maintien des garanties, le formulaire de demande de maintien des garanties, au plus tard 15 jours après la date de cessation du contrat de travail. APRIL accusera réception de la prise en compte de cette demande et communiquera à l'Adhérente la durée effective du maintien des garanties.

En cas d'absence de déclaration et/ou de non respect du délai de déclaration, le maintien des droits au profit du salarié dont le contrat est rompu ne sera pas pris en charge dans le cadre de la présente convention.

Renonciation :

Pour le cas où le salarié dont le contrat de travail est rompu souhaiterait renoncer au maintien de ses garanties prévoyance et/ou complémentaire santé, il doit notifier sa décision à l'Adhérente dans les dix (10) jours suivant la date d'effet de la cessation de son contrat de travail. La renonciation est définitive et globale pour l'ensemble des garanties prévoyance et/ou de complémentaire santé. Pour le cas où des prestations et/ou indemnités seraient versées à l'Assuré entre la date de rupture de son contrat de travail et la date de réception par APRIL, de la renonciation du salarié, les prestations versées seront réclamées à l'Adhérente.

12.2 - Obligations de l'Adhérente relatives au maintien des garanties

Vis-à-vis des salariés dont le contrat de travail est rompu:

- rappeler ses droits à l'ancien salarié dès la notification de la rupture du contrat de travail, puis recueillir par écrit sa décision de maintenir ou renoncer au maintien de ses garanties dans le cadre de l'A.N.I ;
- en cours de maintien des garanties, informer le(s) bénéficiaire(s) en cas d'évolution de ses garanties.

Vis-à-vis d'APRIL :

- transmettre dès la date d'effet de la rupture du contrat de travail, et au plus tard dans les 15 jours suivants, la demande de maintien des garanties,
- payer les cotisations correspondantes incluant la part salariale et la part patronale,
- informer APRIL dès le lendemain de sa connaissance, de toute information sur la situation du bénéficiaire mettant fin au droit à maintien des garanties (reprise d'activité, cessation du versement des allocations chômage, non paiement de la quote-part salariale...).

12.3 – Durée et cessation du maintien des garanties

12.3.1 Durée du maintien des garanties

Les garanties sont maintenues au bénéficiaire à compter de la date d'effet de la rupture de son contrat de travail pour une durée égale (en mois entiers) à celle du dernier contrat de travail, dans la limite de 9 mois de couverture et sous réserve que durant cette période il perçoive effectivement des indemnités au titre de l'assurance chômage.

12.3.2- Cessation du droit au maintien des garanties

Le bénéfice du maintien des garanties cesse dans les conditions suivantes :

- au terme de la durée des droits acquis par le bénéficiaire au titre de l'A.N.I ;
- à la date à laquelle le bénéficiaire du maintien des garanties cesse de percevoir les allocations du régime d'assurance chômage ;
- à la date à laquelle le bénéficiaire reprend une activité professionnelle ;
- à la date à laquelle le bénéficiaire fait valoir ses droits à la liquidation de sa pension vieillesse ;
- en cas de non paiement de la cotisation (article 6) ;
- à la date d'effet de la résiliation de la présente convention par l'Adhérente ou par l'organisme assureur.

12.4 – Garanties

Les garanties sont maintenues dans les mêmes conditions que celles en vigueur dans l'Adhérente. En cas d'augmentation ou de diminution des garanties à l'initiative de l'Adhérente, ces évolutions seront automatiquement répercutées sur les bénéficiaires du maintien des garanties.

Les prestations sont payables au bénéficiaire du maintien des garanties à réception des pièces telles qu'elles sont listées au sein des conditions générales du contrat sous réserve de la production des justificatifs du régime d'assurance chômage et conformément aux garanties en vigueur à la date d'exigibilité des prestations.

L'arrêt de travail est à déclarer dans les 30 jours. A défaut, l'arrêt sera considéré comme s'étant produit le jour de la déclaration.

Le traitement de base est calculé sur les 12 derniers mois civils précédant la rupture du contrat de travail (à l'exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la rupture). Lorsque la période d'activité au titre du dernier contrat de travail est inférieure à 12 mois, le traitement de base est reconstitué à partir de la rémunération effectivement perçue au cours des mois civils précédant la rupture du contrat de travail (à l'exclusion des sommes devenues exigibles du fait de la rupture).

Lorsque la période d'activité n'excède pas trois (3) mois, le traitement de base reconstitué ne pourra excéder la rémunération annuelle déclarée sur la demande d'affiliation.

Pour les prestations incapacité et invalidité, le traitement de base correspond au salaire net imposable. Les indemnités journalières complémentaires dues, cumulées aux indemnités journalières de sécurité sociale ou tout autre organisme, ne pourront excéder le montant des allocations chômage qui auraient été perçues au cours de la même période. Aucune prestation n'est versée pendant la période de carence de l'assurance chômage obligatoire.

12.5 – Cotisations

L'intégralité des cotisations dues au titre des bénéficiaires du maintien des garanties sont payable par l'Adhérente trimestriellement à terme échu au plus tard à la date indiquée sur l'appel de cotisations. L'évolution des cotisations suit celle appliquée aux cotisations de l'Adhérente.

13°) PRESCRIPTION :

Conformément aux dispositions des articles L114-1, L114-2 et L114-3 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 du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé. Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

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

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

Les causes ordinaires d'interruption de prescription prévues par le Code civil sont :

- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (article 2240 du Code civil),**
- la demande en justice (articles 2241 à 2243 du Code civil),**
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (article 2244 du Code civil),**
- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (Article 2245 du Code Civil)**
- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (Article 2246 du Code civil).**

14°) SUBROGATION :

april entreprise | prévoyance 90, Avenue Félix Faure - CS 63341 - 69439 LYON Cedex 03 - Fax : 04 72 36 74 10

www.april-entreprise-prevoyance.fr

SA au capital de 2 441 600 € à Conseil d'Administration - RCS LYON 493 481 816
Intermédiaire en assurances immatriculé à l'ORIAS sous le n°08 040 197 - www.oriass.fr
Autorité de Contrôle Prudenciel et de Résolution - 61 rue Taitbout - 75436 PARIS Cedex 09

En cas de sinistre provoqué par un tiers responsable, l'organisme assureur pourra exercer son recours contre le tiers responsable, conformément au Code des assurances, à concurrence des prestations et indemnités versées au Bénéficiaire.

15°) RECLAMATIONS :

Pour toute réclamation, l'Adhérente ou le Participant peut contacter son conseiller habituel, soit par téléphone, soit par mail, soit par courrier. Si un différend éventuel persistait après réponse, l'Adhérente ou le Participant pourrait adresser sa réclamation écrite à l'adresse suivante: Service réclamation – APRIL Entreprise Prévoyance – 90, avenue Félix Faure - CS 63341, 69439 LYON Cedex 03 ou à l'adresse mail reclamationsaep@april.com. APRIL apportera une réponse dans un délai maximum de 30 jours.

Si enfin la réponse donnée ne lui donnait pas satisfaction, l'Adhérente ou le Participant pourrait demander l'avis du médiateur de l'organisme assureur, sans préjudice de son droit à agir en justice. Les coordonnées du médiateur sont communiquées sur simple demande à l'adresse ci-dessus.

16°) LITIGE :

Toutes difficultés quelconques concernant l'interprétation ou l'exécution des présentes seront tranchées par les juridictions françaises conformément aux règles de compétence prévues à l'article R 114-1 du Code des Assurances.

17°) LOI INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations recueillies sont indispensables pour l'enregistrement, la gestion et l'exécution des adhésions par APRIL, l'organisme assureur ou leurs mandataires.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Libertés n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, l'Adhérente et le Participant disposent d'un droit d'accès et de rectification de toutes les données à caractère personnel les concernant figurant sur les fichiers à l'usage de l'organisme assureur en s'adressant à APRIL.

LEXIQUE :

Chaque terme ou expression mentionné(e) ci-dessus a, lorsqu'il ou elle est employé(e) avec une majuscule, la signification suivante :

Accident :

Toute atteinte à l'intégrité physique du Participant, non intentionnelle et provenant de l'action fortuite, soudaine violente, et imprévisible d'une cause extérieure au Participant.

Les lésions organiques provoquées par un effort, ne sont pas considérées comme dues à un Accident pour l'exécution du présent contrat.

L'Accident est apprécié en dehors de toute considération du régime de Sécurité sociale.

Adhérente :

Entreprise membre de l'Association des Assurés d'APRIL qui adhère à la présente convention de groupe.

Affection :

Toute altération de l'état de santé quelle qu'en soit l'origine (Accident ou Maladie) attesté par une autorité médicale compétente.

Année d'affiliation :

Période d'un an qui sépare deux dates anniversaires de la prise d'effet des garanties. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'affiliation portée au Certificat d'affiliation du Participant.

Assuré :

Personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle repose le risque. Dans le cadre de la présente convention l'Assuré est dénommé « le Participant ».

Attestation d'adhésion :

Attestation remise à l'Adhérente confirmant l'adhésion au présent contrat et qui précise les garanties souscrites et leur date d'effet.

Bénéficiaire :

Il s'agit de la personne au profit de laquelle l'assurance est conclue. Les sommes prévues en cas de décès du Participant sont versées au(x) Bénéficiaire(s) désigné(s) par ce dernier ou déterminé(s) par application de la présente convention (Cf. Article 3.)

Certificat d'affiliation :

Certificat remis au Participant confirmant l'affiliation au présent contrat et qui précise la date d'effet des garanties souscrites.

Conjoint :

L'époux ou l'épouse du Participant, non divorcé ni séparé de corps par un jugement définitif ou le co-signataire d'un Pacte Civil de Solidarité avec le Participant, en vigueur à la date du Sinistre.

Le concubin d'un Participant pourra être considéré comme ayant la qualité de Conjoint à la date du Sinistre, sous réserve que le concubin et le Participant soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps, non pacsé que le concubinage ait été établi de façon notoire ou matérialisé depuis plus d'un an, et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée d'un an est supprimée lorsque des enfants sont nés de cette union et répondent à la définition des enfants à charge.

Consolidation :

Stabilisation durable de l'état de santé du Participant, telle qu'aucune amélioration n'est plus envisageable en l'état actuel des connaissances médicales et qu'il devient alors possible d'apprécier un certain degré d'invalidité permanente.

Franchise :

Période ininterrompue de journées d'Incapacité Temporaire Totale de travail pendant laquelle les prestations ne sont pas dues.

Incapacité Temporaire Totale de travail (I.T.T) :

Le Participant est reconnu par APRIL en état d'Incapacité Temporaire Totale de travail lorsqu'à la suite d'une Maladie ou d'un Accident, il se trouve médicalement dans l'incapacité temporaire totale d'exercer son activité professionnelle.

Si le contrat de travail est rompu alors que les prestations sont en service, l'Incapacité Temporaire Totale de travail sera appréciée au regard de toute activité professionnelle.

Si le Participant bénéficie d'un maintien de garantie après rupture du contrat de travail en application du dispositif de portabilité, l'Incapacité Temporaire Totale de travail sera également appréciée au regard de toute activité professionnelle.

Incapacité Absolue et Définitive (I.A.D) :

Le Participant est reconnu par APRIL en état d'Incapacité Absolue et Définitive ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie lorsqu'il se trouve dans l'incapacité totale et irrémédiable d'exercer une activité quelconque pouvant lui procurer gain ou profit et que l'assistance d'une tierce personne lui est nécessaire pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante : se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer.

Il doit en outre bénéficier d'une pension d'invalidité de 3^{ème} catégorie de la Sécurité Sociale avec majoration pour assistance d'une tierce personne.

Incapacité Permanente Partielle (I.P.P) :

Le Participant est reconnu par APRIL en incapacité permanente partielle dès lors :

- Qu'il présente un état d'invalidité réduisant définitivement sa capacité à exercer une activité professionnelle,
- Et qu'il perçoit de son régime de Sécurité sociale une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle lorsque le taux d'incapacité permanente est supérieur à 33% et inférieur à 66% ou une pension d'invalidité.

Incapacité Permanente Totale (I.P.T) :

Le Participant est reconnu par APRIL en incapacité permanente totale dès lors :

- qu'il présente un état d'invalidité le mettant définitivement dans l'impossibilité d'exercer toute activité professionnelle,
- Et qu'il perçoit de son régime de Sécurité sociale une rente pour accident du travail ou maladie professionnelle lorsque le taux d'incapacité permanente est supérieur à 66% ou une pension d'invalidité de 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie.

Maladie :

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

Participant :

Salarié de l'Adhérente affilié au régime obligatoire de la Sécurité sociale et faisant partie de la catégorie de personnel assurée, après affiliation à la présente convention. Lorsqu'ils sont admis au contrat, ils sont dénommés Participants et sont Assurés au titre de la présente convention.

Rechute :

Aggravation de l'Affection initiale ou apparition d'une nouvelle Affection résultant du Sinistre initial et entraînant un nouvel arrêt de travail dans un délai de deux (2) mois.

Sinistre :

Evénement, donnant lieu à garantie au titre de l'adhésion au contrat : Décès, Incapacité Absolue et Définitive, Incapacité Permanente Totale ou Partielle, Incapacité Temporaire Totale de travail.