

CHAPITRE I - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Les présentes conditions générales/notice d'information s'appliquent aux adhésions individuelles ou collectives souscrites auprès d'AGMF- Prévoyance, Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité, 34 Bd de Courcelles 75809 Paris Cedex 17 (N° 775 666 340).

Article 1 Objet du contrat

§ 1

Le présent contrat a pour objet de garantir à l'assuré, en fonction des garanties souscrites figurant au certificat d'adhésion :

- › un revenu de remplacement en cas de maladie ou d'accident par le versement :
 - d'une indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire totale de travail (ITT). L'incapacité partielle n'est pas indemnisée. Cette indemnité journalière peut couvrir les frais professionnels de l'assuré, ayant normalement et régulièrement une activité professionnelle non salariée et résidant sur le territoire français. Les professions médicales libérales peuvent souscrire en outre une indemnité journalière de remplacement.
 - d'une rente temporaire jusqu'à l'âge de la liquidation de la pension de vieillesse, en cas d'invalidité permanente.
- › en cas d'invalidité permanente totale ou partielle résultant d'un accident corporel, le versement d'un capital dit "capital invalidité accident".
- › en cas d'invalidité permanente résultant d'une maladie ou d'un accident et plaçant définitivement l'assuré dans l'impossibilité d'exercer sa profession ou sa spécialité, le versement d'un capital dit "capital invalidité perte de profession".

Une garantie "Protection Juridique Vie Privée" est accordée dans les conditions prévues à l'annexe 4 ci-après.

§ 2

La souscription d'une garantie "indemnités journalières de longue durée" ou "indemnités journalières complémentaires du régime professionnel" (ainsi que la garantie frais professionnels pour les professions paramédicales, les artisans, commerçants et travailleurs indépendants) ou d'une garantie "indemnités journalières de remplacement" pour les professions médicales libérales doit s'accompagner de la souscription obligatoire, conformément aux règles mentionnées sur le bulletin d'adhésion :

- › d'une rente invalidité ou d'un capital "invalidité - perte de profession"⁽¹⁾ (et)
- › d'un capital décès ou d'une rente de conjoint ou d'une rente éducation ou d'un capital "invalidité perte de profession"⁽¹⁾

(1) Pour les salariés, les artisans, les commerçants et les travailleurs indépendants, la garantie "capital invalidité perte de profession" est remplacée par une garantie "capital invalidité accident".

Les seuils minima de souscription obligatoire sont précisés au bulletin d'adhésion.

Pour les professionnels non salariés, quel que soit leur statut (professionnels exerçant à titre libéral, artisans, commerçants, travailleurs indépendants), les garanties indemnités journalières (sauf frais professionnels) et rente d'invalidité doivent obligatoirement être souscrites dans le cadre de la loi Madelin.

Le présent contrat est régi par le Code de la Mutualité.

La loi applicable au contrat est la loi française et les échanges relatifs au contrat se font en langue française.

Article 2 Souscription du contrat ou adhésion au contrat collectif

§ 1 - Définition des parties

- › Assureur : AGMF- Prévoyance.

Contrat individuel

- › Souscripteur : la personne physique signataire du bulletin d'adhésion et acquittant les cotisations. Avant la souscription du contrat, la personne physique demandant à souscrire le contrat (postulant à l'assurance).

Contrat collectif

- › Groupement souscripteur : Il peut s'agir d'un employeur ou de toute autre personne morale.

L'ARPAG, association souscriptrice du contrat collectif, régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, 34 Bd de Courcelles 75809 Paris Cedex 17, conjointement le cas échéant avec une ou plusieurs organisations représentatives de professions non salariées conformément à l'art 998-1° du Code général des Impôts.

- › Adhérent : La personne signataire de la demande d'adhésion au contrat collectif et débitrice des cotisations.
- › Assuré : la personne physique sur la tête de laquelle repose la garantie satisfaisant aux conditions suivantes :

- pour les garanties incapacité temporaire totale, être **obligatoirement âgée de moins de 57 ans lors de la souscription ou de l'adhésion au contrat**, exercer normalement et régulièrement une activité professionnelle rémunérée et ne pas être en incapacité temporaire ou définitive ;
- pour la garantie rente d'invalidité, être **obligatoirement âgée de moins de 55 ans lors de la souscription ou de l'adhésion au contrat**, exercer normalement et régulièrement une activité professionnelle rémunérée et ne pas être en incapacité temporaire ou définitive ;
- pour la garantie "capital invalidité perte de profession", être **obligatoirement âgée de moins de 55 ans lors de la souscription ou de l'adhésion au contrat**, exercer normalement et régulièrement une profession de santé ou une profession libérale et ne pas être en incapacité temporaire ou définitive ; la souscription de cette garantie doit être associée à une garantie rente d'invalidité ou une garantie décès selon les modalités figurant sur le bulletin d'adhésion ;
- pour la garantie "capital invalidité accident", être **obligatoirement âgée de moins de 57 ans lors de la souscription ou de l'adhésion au contrat**, ne pas être en incapacité de travail temporaire ou définitive et ne pas avoir bénéficié de prestation au titre de la garantie "perte de profession".

Le souscripteur (ou l'adhérent) et l'assuré sont en principe la même personne, sauf indication contraire portée au certificat d'adhésion.

Pour les dispositions spécifiques des présentes conditions générales ne s'appliquant qu'aux assurés exerçant une profession médicale, on entend par "professions médicales" : les médecins, chirurgiens dentistes, pharmaciens, vétérinaires et sages femmes.

- › Bénéficiaire : le bénéficiaire des prestations d'incapacité temporaire et d'invalidité est l'assuré.

§ 2 - Qualité de membre participant

Le souscripteur, personne physique, ou l'adhérent d'un contrat collectif acquiert et doit conserver la qualité de membre participant de la mutuelle affiliée à l'organisme assureur, selon les règles statutaires en vigueur.

Article 3 Formation et prise d'effet du contrat ou de l'adhésion

§ 1 - Contrat individuel

Préalablement à la formation du contrat, l'organisme assureur remet au postulant à l'assurance un bulletin d'adhésion, les statuts de l'organisme assureur ainsi que les présentes conditions générales décrivant précisément les droits et obligations réciproques des parties.

Le contrat est formé après :

- signature du bulletin d'adhésion par le postulant à l'assurance ;
- transmission du questionnaire médical, rempli par le postulant à l'assurance (ou le proposant si c'est une personne distincte), sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'organisme assureur ;
- notification par l'organisme assureur de l'acceptation de la souscription, concrétisée par l'envoi d'un certificat d'adhésion et d'un premier appel de cotisation.

S'il y a lieu, pour se prononcer sur l'acceptation de la souscription, l'organisme assureur se réserve le droit de demander à l'adhérent tout renseignement complémentaire ou de le soumettre à un examen spécifique par le médecin conseil de l'organisme assureur et dont il assume le coût.

§ 2 - Contrat collectif

L'admission dans l'assurance est subordonnée à :

- la transmission d'une demande d'adhésion au contrat signée par le postulant à l'assurance ;
- la transmission du questionnaire médical, rempli par le postulant à l'assurance (ou le proposant si c'est une personne distincte), sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'organisme assureur ;
- la notification par l'organisme assureur de l'acceptation de l'adhésion concrétisée par l'envoi d'un certificat d'adhésion et d'un premier appel de cotisation ;
- si l'adhésion est réalisée dans le cadre de la loi Madelin, la transmission d'une copie de la carte d'assuré social ou de l'attestation accompagnant sa carte VITALE et d'une attestation de sa caisse d'assurance vieillesse obligatoire justifiant que l'adhérent est à jour du paiement de ses cotisations ; ces documents seront également exigés lors de chaque renouvellement annuel du contrat.

S'il y a lieu, pour se prononcer sur l'acceptation de l'adhésion, l'organisme assureur se réserve le droit de demander à l'adhérent tout renseignement complémentaire ou de le soumettre à un examen spécifique par le médecin conseil de l'organisme assureur et dont il assume le coût.

§ 3 - Prise d'effet du contrat ou de l'adhésion

Le contrat produit ses effets, à la date indiquée sur le certificat d'adhésion, et au plus tôt :

- à la date de réception du bulletin d'adhésion complété et signé, par l'organisme assureur, **sous réserve** :
 - de la notification de l'acceptation de l'adhésion par l'organisme assureur,
 - et du paiement de la première cotisation ou fraction convenue de celle-ci.
- ou, à la date d'acceptation des conditions particulières par l'adhérent (en cas de surprime, exclusion, ...), **sous réserve du paiement de la première cotisation ou fraction convenue de celle-ci.**

Le règlement peut s'effectuer par chèque ou par prélèvement automatique.

En cas de règlement par chèque la date de prise en compte est sa date de réception par l'organisme assureur, et ce, sous réserve de son encaissement.

Faute pour l'adhérent d'avoir réglé le montant du premier appel de cotisation dans les 30 jours suivant son émission, l'acceptation de l'adhésion est caduque et l'assurance ou le contrat est de nul effet.

§ 4 - Prise d'effet des garanties (stage)

a/ Sont garantis, dès la date de prise d'effet du contrat ou de l'adhésion, l'incapacité de travail ou l'invalidité de l'assuré résultant d'un accident survenu à compter de cette date.

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. N'est pas considérée comme accidentelle l'incapacité de travail ou l'invalidité résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou étant la conséquence d'un examen médical. La preuve de la relation directe de cause à effet entre l'accident et l'incapacité de travail ou l'invalidité de l'assuré ainsi que la preuve de l'accident incombent à ce dernier.

b/ L'incapacité de travail ou l'invalidité résultant d'une maladie est garantie dès lors que le point de départ de cette maladie, sauf stipulation contraire prévue au certificat d'adhésion, se situe à l'issue d'une période de trois mois suivant la prise d'effet du contrat ou de l'adhésion.

Ce délai est porté à 12 mois en ce qui concerne les troubles psychopathologiques.

c/ Les grossesses pathologiques et l'indemnité journalière maternité sont garanties dans les conditions prévues aux articles 17 et 20 ter ci-dessous, dès lors que la date de prise d'effet de la garantie précède d'un mois au moins la date présumée de la conception.

d/ Indépendamment des dispositions ci-dessus, les assurés précédemment titulaires d'une garantie équivalente ou supérieure ne sont pas soumis à ces délais de stage, à condition de produire un certificat précisant la date de radiation volontaire, qui doit se situer dans les trente jours précédant la demande de souscription ou d'adhésion. Dans ce cas, la suppression des délais d'attente est mentionnée au certificat d'adhésion.

§ 5 - Terme des garanties

Sauf indication contraire figurant au certificat d'adhésion, les garanties du présent contrat cessent :

5.1 - En ce qui concerne les garanties en cas d'incapacité temporaire totale, au dernier jour du mois au cours duquel l'assuré a liquidé ou s'est vu attribuer ses droits à pension de retraite acquise au titre de son activité principale (y compris pour inaptitude au travail) et au plus tard à l'âge fixé en application de l'article L.351-8 du Code de la Sécurité Sociale (67^{ème} anniversaire).

Par dérogation, pour les assurés visés ci-dessous, cet âge est celui fixé par l'article D.161-2-1-9 du Code de la Sécurité Sociale augmenté de cinq années.*

Date de naissance de l'assuré	Âge terme de la garantie (au plus tard au)
Avant le 01/07/1951	65 ^{ème} anniversaire
A compter du 01/07/1951	65 ^{ème} anniversaire et 4 mois
A compter du 01/01/1952	65 ^{ème} anniversaire et 9 mois
A compter du 01/01/1953	66 ^{ème} anniversaire et 2 mois
A compter du 01/01/1954	66 ^{ème} anniversaire et 7 mois
A compter du 01/01/1955	67 ^{ème} anniversaire

* Selon situation réglementaire tenant compte de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 du 21.12.2011.

Cette limite est portée au 70^{ème} anniversaire de l'assuré pour la garantie complémentaire du régime professionnel (CARMF). **Montant garanti réduit de moitié entre l'âge ci-dessus et le 70^{ème} anniversaire.**

NB - Pour la garantie en cas d'incapacité temporaire totale de la Confraternité Médicale des Bouches du Rhône (CMBR) visée aux articles 24 à 26, le terme est fixé au 70^{ème} anniversaire de l'assuré à compter du 01/01/2006 pour les adhérents n'ayant pas atteint à cette date leur 70^{ème} anniversaire. Les adhérents ayant déjà dépassé 70 ans au 01/01/2006 conservent leur garantie jusqu'à la liquidation de leur retraite.

5.2 - Pour les adhérents des professions médicales et libérales (hors paramédicaux) ayant souscrit leur garantie avant leur 57^{ème} anniversaire, formulant leur demande avant l'âge terme défini ci-dessus (selon leur date de naissance) et justifiant de la poursuite de leur activité lors du renouvellement de leur contrat, l'âge terme des garanties suivantes :

- indemnités journalières de longue durée ;
- couverture des frais professionnels ;
- garanties complémentaires des régimes professionnels :
 - des chirurgiens dentistes et sages femmes (CARCDSF),
 - des vétérinaires (CARPV),
 - des avocats (CNBF),
- indemnités journalières de remplacement

peut être prorogé au plus tard jusqu'au 70^{ème} anniversaire de l'assuré.

Par dérogation aux dispositions de l'alinéa 2 ci-dessus, la liquidation de la retraite ne fait pas obstacle à la prorogation dans les conditions qui précèdent, des garanties ci-dessus jusqu'au 70^{ème} anniversaire de l'assuré, lorsque cette liquidation et la poursuite de l'activité interviennent, sans discontinuité entre elles, dans le cadre du dispositif de cumul emploi-retraite.

5.3 - En ce qui concerne les garanties en cas d'incapacité permanente, au dernier jour du mois au cours duquel l'assuré a liquidé ou s'est vu attribuer ses droits à pension de retraite acquise au titre de son activité principale (y compris pour inaptitude au travail) et au plus tard à l'âge fixé en application de l'article L.351-8 du Code de la Sécurité Sociale (67^{ème} anniversaire).

Par dérogation, pour les assurés visés ci-dessous, cet âge est celui fixé par l'article D.161-2-1-9 du Code de la Sécurité Sociale augmenté de cinq années.*

Date de naissance de l'assuré	Âge terme de la garantie (au plus tard au)
Avant le 01/07/1951	65 ^{ème} anniversaire
A compter du 01/07/1951	65 ^{ème} anniversaire et 4 mois
A compter du 01/01/1952	65 ^{ème} anniversaire et 9 mois
A compter du 01/01/1953	66 ^{ème} anniversaire et 2 mois
A compter du 01/01/1954	66 ^{ème} anniversaire et 7 mois
A compter du 01/01/1955	67 ^{ème} anniversaire

* Selon situation réglementaire tenant compte de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 du 21.12.2011.

Les dispositions ci-dessus s'appliquent également à la garantie "capital invalidité accident".

Toutefois, les garanties en cas d'incapacité permanente totale (*rente et capital invalidité perte de profession*) cessent à l'âge fixé en application de l'article L.351-1 du Code de la Sécurité Sociale (62^{ème} anniversaire).

Par dérogation, pour les assurés visés ci-dessous, cet âge est celui fixé par l'article D.161-2-1-9 du Code de la Sécurité Sociale.*

Date de naissance de l'assuré	Âge terme de la garantie (au plus tard au)
Avant le 01/07/1951	60 ^{ème} anniversaire
A compter du 01/07/1951	60 ^{ème} anniversaire et 4 mois
A compter du 01/01/1952	60 ^{ème} anniversaire et 9 mois
A compter du 01/01/1953	61 ^{ème} anniversaire et 2 mois
A compter du 01/01/1954	61 ^{ème} anniversaire et 7 mois
A compter du 01/01/1955	62 ^{ème} anniversaire

* Selon situation réglementaire tenant compte de la Loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 du 21.12.2011.

Toutefois, pour le médecin en incapacité permanente (taux >= 66%) avec poursuite d'une activité de santé autre que sa profession, n'entraînant pas sa mise à la retraite par la CARMEF, le terme de la rente d'invalidité est fixé au plus tard au 67^{ème} anniversaire (ou à l'âge intermédiaire entre 65 et 67 ans visé ci-dessus selon sa date de naissance).

5.4 - Les garanties du présent contrat cessent en outre :

- en cas de résiliation de l'adhérent, opérée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, dans les conditions spécifiées à l'article 9 §1.
- en cas de non-paiement de la cotisation due par le souscripteur ou l'adhérent, dans les conditions spécifiées à l'article 15 ;
- en cas d'admission du souscripteur ou de l'adhérent médecin cessant toute activité au régime de l'allocation de remplacement (MICA) et ce au premier jour du mois suivant cette admission (pour les garanties en cas d'incapacité temporaire totale et d'incapacité permanente)⁽¹⁾.

(1) Les admissions au régime du MICA ont cessé au 1^{er} octobre 2003.

§ 6 - Suspension des garanties du contrat

Le contrat est suspendu de plein droit au dernier jour du mois au cours duquel l'assuré n'exerce plus d'activité professionnelle (ou s'établit de manière permanente hors du territoire français, pour la garantie "frais professionnels") et est remis en vigueur au premier jour du mois suivant la date à laquelle l'organisme assureur reçoit de l'intéressé sa déclaration expresse de reprise d'activité professionnelle (ou de résidence sur le territoire français, pour la garantie "frais professionnels").

L'organisme assureur peut procéder à la résiliation du contrat par lettre recommandée lorsque l'assuré ne reprend pas d'activité professionnelle après une période d'au moins un an.

Article 4 Obligations déclaratives

§ 1 - A la souscription ou en cas de demande de modification du contrat

Le souscripteur, l'adhérent, l'assuré ont l'obligation de répondre exactement aux questions posées, notamment dans le bulletin d'adhésion ou dans la demande d'avenant ainsi que dans le questionnaire médical, pour permettre à l'organisme assureur d'apprécier le risque qu'il prend à sa charge.

§ 2 - En cours de contrat

Le souscripteur ou l'adhérent a l'obligation de déclarer par lettre recommandée avec accusé de réception à l'organisme assureur, le changement ou la cessation définitive d'activité professionnelle, ainsi que toute modification susceptible d'affecter les conditions des garanties souscrites, conformément à l'article L.221-17 du Code de la Mutualité.

Article 5 Refus ou ajournement de la souscription ou de l'adhésion

Le refus ou l'ajournement de la souscription ou de l'adhésion est notifié par lettre.

Il entraîne s'il y a lieu, le remboursement intégral de la cotisation versée.

La décision de l'organisme assureur, liée à l'appréciation du risque apporté par le postulant à l'assurance, est prise souverainement et n'est susceptible d'aucun recours.

Article 6 Acceptation sous réserves

L'acceptation de la souscription ou de l'adhésion peut être assortie de réserves formulées par le médecin-conseil, ayant pour objet d'exclure la prise en charge des suites d'affections déterminées et contractées antérieurement à l'adhésion.

L'acceptation de l'adhésion sous réserves est notifiée à l'assuré par lettre (recommandée avec avis de réception) confidentielle, en deux exemplaires, mentionnant la ou les affections contractées antérieurement à l'adhésion faisant l'objet de l'exclusion.

En cas d'acceptation de la réserve, l'assuré retourne un exemplaire de la lettre sous pli confidentiel à l'adresse du médecin-conseil de l'organisme assureur, après l'avoir signé et revêtu de la mention "bon pour accord" et ce, dans un délai impératif de quinze jours suivant la date d'envoi de la lettre de réserves par l'organisme assureur.

Un désaccord de l'assuré quant aux réserves ou l'absence de renvoi d'un exemplaire signé de la lettre dans le délai de quinze jours visé ci-dessus, empêche la formation de l'adhésion et, s'il y a lieu, la cotisation versée est intégralement remboursée par l'organisme assureur.

Article 7 Information des adhérents dans le cadre du contrat collectif

§ 1 - Lors de la demande d'adhésion au contrat collectif

Conformément à l'article L.221-6 du Code de la Mutualité et à l'article 12 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, le groupement souscripteur remet à chaque adhérent, conjointement à la demande d'adhésion, la présente notice d'information définissant les garanties prévues par le contrat collectif, leurs modalités d'application et les conditions d'exercice de la faculté de renonciation visée à l'article 8. Il remet également un exemplaire des statuts de l'organisme assureur.

§ 2 - Lors d'une modification du contrat collectif

En cas de modification du contrat collectif, le groupement souscripteur s'engage à remettre à chaque adhérent, avant la date d'application prévue, une information écrite, approuvée par l'organisme assureur, spécifiant les aménagements apportés et, le cas échéant, la nouvelle édition de la présente notice d'information. En cas de désaccord sur les modifications qui lui seraient applicables, l'adhérent a la faculté de dénoncer son adhésion dans les 30 jours suivant la remise de l'information (art L.221-6 du Code de la Mutualité).

Article 8 Renonciation

A compter de la date de paiement de la première cotisation, le souscripteur ou l'adhérent dispose d'un délai de trente jours pour renoncer au contrat. Cette renonciation doit être effectuée obligatoirement par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Les présentes conditions générales/notice d'information remises au postulant à l'assurance précisent les conditions d'exercice de la faculté de renonciation (voir lettre-type en annexe 1).

Le défaut de remise de la notice entraîne de plein droit la prorogation du délai prévu au 1^{er} alinéa jusqu'au 30^{ème} jour suivant la date de sa remise effective.

Un nouveau délai de trente jours court à compter de la date de réception du bulletin d'adhésion, signé par le souscripteur ou l'adhérent avec des réserves ou modifications, lorsque ce bulletin comporte des réserves ou des modifications essentielles à l'offre originelle.

Si le contrat avait pris effet, les garanties cessent le lendemain à zéro heure de la date d'envoi de la lettre de renonciation.

Dans un délai de trente jours à compter de la réception de la lettre recommandée de renonciation, l'organisme assureur restitue l'intégralité des sommes versées par virement sur le compte du payeur des cotisations. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal.

Article 9 Durée, renouvellement et résiliation du contrat ou de l'adhésion

§ 1

Le contrat ou l'adhésion est souscrit pour une durée expirant le 31 décembre de l'année de souscription ou d'adhésion. Il est renouvelable annuellement par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année et ce, jusqu'à la date terme des garanties visée à l'article 3 §5 ci-dessus, sauf dénonciation par le souscripteur ou l'adhérent opérée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception adressée avant le 30 novembre pour prendre effet au 31 décembre.

§ 2

L'organisme assureur procède à la résiliation du contrat en cas de non paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 15 ci-après.

§ 3

Le contrat est résilié de plein droit à l'échéance annuelle en cas de dénonciation par l'adhérent opérée notamment en application des dispositions des articles 7 §2 et 9 §1.

§ 4 - Effets de la résiliation du contrat ou de l'adhésion

La résiliation du contrat ou de l'adhésion met fin définitivement à l'assurance et prive de tout droit à prestation l'assuré pour l'incapacité de travail ou l'invalidité consécutifs à une maladie ou à un accident survenus postérieurement à la date de la résiliation. Aucun remboursement de cotisation ne peut intervenir pour les périodes antérieures à la résiliation.

En cas de résiliation du contrat collectif, les adhérents concernés et inscrits depuis plus de 2 ans peuvent demander le maintien de leurs garanties, dans les conditions prévues à l'article 6 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, sans réduction, jusqu'au terme visé à l'article 3 §5, sous réserve du paiement de leur cotisation.

Article 10 Modification de garantie

§ 1 - A la demande du souscripteur ou de l'adhérent

Le souscripteur ou l'adhérent peut demander un aménagement de son contrat (augmentation ou diminution du montant de ses garanties, augmentation ou diminution de franchise, modification de l'option de souscription), sous réserve d'en formuler la demande par lettre.

Une demande d'augmentation de garantie ou de diminution de franchise est soumise aux mêmes conditions de limite d'âge et d'acceptation qu'une adhésion nouvelle, les règles de prise d'effet des garanties visées à l'article 3 §4 étant applicables sur le complément.

En cas de refus, le contrat continue à s'appliquer sur ses anciennes bases après application, le cas échéant, de la clause d'indexation de la prestation garantie visée à l'article 16.

En cas de diminution des garanties, la nouvelle garantie ne peut prendre effet avant le 1^{er} janvier suivant.

Toutefois, pour les garanties en cas d'incapacité temporaire totale et d'incapacité permanente (indemnités journalières et rente d'invalidité), en cas de diminution de garanties justifiée par une baisse des revenus ou des frais professionnels de l'assuré par rapport à ceux sur la base desquels sont appelées les cotisations, la demande peut être formulée à tout moment. La nouvelle garantie prend effet à la date de la demande : dans ce cas, le souscripteur ou l'adhérent a droit au remboursement de la fraction de cotisation payée d'avance et afférente à la part de garantie qui n'est plus assurée.

La modification apportée donne lieu à l'émission d'un avenant au certificat d'adhésion.

§ 2 - A la demande de l'organisme assureur ou du groupement souscripteur

Les modifications des garanties et/ou des tarifs applicables lors du renouvellement annuel du contrat ou de l'adhésion sont portées à la connaissance du souscripteur ou de l'adhérent par notice d'information adressée avant le 31 décembre et sont appliquées à la date du prochain renouvellement du contrat (1^{er} janvier suivant).

Le souscripteur ou l'adhérent a la possibilité de refuser cette modification en dénonçant son adhésion au contrat par lettre recommandée avec demande d'avis de réception dans les trente jours suivant la communication de cette information.

Article 11 Nullité de l'adhésion

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part du souscripteur, de l'adhérent ou de l'assuré, quand cette réticence ou cette

fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'organisme assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

Aucune prestation et aucun remboursement de cotisation ne peuvent intervenir. Le bénéficiaire est déchu de tout droit aux garanties.

Dans le cas où les faits délictueux ne sont constatés qu'après le versement de la prestation, l'organisme assureur en poursuit le recouvrement.

Conformément à l'article L.221-15 du Code de la Mutualité, l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'adhérent ou de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de la garantie prévue au certificat d'adhésion.

Si elle est constatée avant toute réalisation du risque, l'organisme assureur a le droit de maintenir l'adhésion moyennant une augmentation de cotisation acceptée par le souscripteur ou l'adhérent ; à défaut d'accord de celui-ci, la garantie prend fin dix jours après notification adressée par lettre recommandée, la portion de cotisation payée pour le temps où la garantie ne court plus lui étant restituée.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après la réalisation du risque, la prestation 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.

Article 12 Forclusion - Prescription - Réclamation - Médiation

§ 1 - Forclusion

L'assuré, le souscripteur, l'adhérent ou le bénéficiaire sont tenus de se conformer aux délais de déclaration de sinistre prévus pour chacune des garanties.

§ 2 - Prescription

Tous les droits et actions afférents aux présentes garanties se prescrivent par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

L'interruption de la prescription peut résulter de l'une des causes prévues à l'article L.221-12 du Code de la Mutualité⁽¹⁾.

(1) Reproduction de l'article L. 221-12 du Code de la Mutualité : "La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. 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 la mutuelle ou l'union au membre participant en ce qui concerne l'action en paiement des cotisations et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union en ce qui concerne le règlement de l'indemnité".

§ 3 - Réclamation - Médiation

Toute information complémentaire ou réponse à une réclamation concernant l'application du contrat est fournie par le Département Services aux Adhérents d'AGMF au siège social.

Si le souscripteur, l'adhérent ou le bénéficiaire est en désaccord avec la position retenue, il peut soumettre son litige à la Direction des Risques et de l'Actuariat - Service Médiation Interne d'AGMF, au siège social, qui formulera son avis.

Après épuisement des procédures internes de règlement amiable ci-dessus et pour autant qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée, le Médiateur peut être saisi par une demande écrite et argumentée envoyée par lettre recommandée avec accusé de réception à l'adresse suivante : Monsieur le Médiateur d'AGMF Prévoyance 34, boulevard de Courcelles 75809 PARIS CEDEX 17.

L'avis motivé du Médiateur, rendu en droit ou en équité, est notifié dans les trois mois de sa saisine. Cet avis ne lie pas les parties. Il est confidentiel, les parties s'interdisant d'en faire état devant les tribunaux.

§ 4 - Autorité de contrôle

AGMF est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) 61 rue Taitbout 75 436 Paris Cedex 09.

Article 13 Subrogation

Concernant les prestations à caractère indemnitaire et conformément à l'article L.224-9 alinéa 3 du Code de la Mutualité, l'organisme assureur est subrogé de plein droit à l'assuré victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que l'organisme assureur a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime.

En est exclue la part d'indemnité de caractère personnel correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des ayants droit leur demeure acquise.

Article 14 Paiement de la cotisation

§ 1

La cotisation annuelle et, s'il y a lieu, les taxes y afférentes selon la réglementation en vigueur, sont payables d'avance aux dates d'échéance prévues sur l'appel de cotisation.

La première cotisation est calculée à compter de la date de l'acceptation de la souscription ou de l'adhésion et jusqu'au 31 décembre de l'année en cours.

La dernière cotisation précédant la résiliation de plein droit du contrat ou de l'adhésion à son terme visé à l'article 3 §5 est calculée prorata temporis sur la période allant jusqu'à la date du terme.

§ 2

La cotisation annuelle peut donner lieu, à la demande du souscripteur ou de l'adhérent et sous réserve d'opter pour le prélèvement automatique, à un paiement fractionné, semestriel, trimestriel ou mensuel.

§ 3

Indépendamment des conséquences de l'indexation visée à l'article 16, la cotisation peut être révisée lors du renouvellement annuel du contrat ou de l'adhésion, compte tenu de l'âge atteint par l'assuré au regard des

dispositions prévues par le tarif en vigueur ou, le cas échéant, suite à la modification du tarif portée à la connaissance du souscripteur ou de l'adhérent dans les conditions visées à l'article 10 §2.

§ 4 - Exonération du paiement de la cotisation en cas d'invalidité permanente (disposition concernant la garantie rente d'invalidité)

La cotisation visée au §1 cesse d'être due à compter du premier jour du trimestre civil qui suit la prise en charge de l'assuré au titre d'une invalidité entraînant le paiement de la rente à taux plein, conformément aux articles 27-1 à 27-3 ci-dessous, et ce, jusqu'au premier jour du trimestre civil qui suit la reconnaissance par l'organisme assureur d'un taux d'invalidité inférieur à 66%.

Article 15 Non-paiement de la cotisation

A défaut de paiement d'une cotisation ou fraction de cotisation due dans les dix jours de son échéance, l'organisme assureur adresse au souscripteur ou à l'adhérent une lettre recommandée de mise en demeure, 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 fraction de cotisation échue ainsi que les cotisations venues éventuellement à échéance entre temps, entraîne de plein droit la résiliation du contrat.

CHAPITRE III - PRESTATIONS GARANTIES

SECTION 1 - Dispositions communes aux prestations garanties

Article 16 Indexation des prestations garanties

Le montant de la prestation prévue au certificat d'adhésion est indexé au 1^{er} janvier de chaque année sur l'évolution, constatée au cours de la dernière période de juillet à juillet, de la moyenne arithmétique des trois indices suivants : valeur de service du point de retraite de l'AGIRC, salaire plafond mensuel de la Sécurité Sociale, indice mensuel des prix à la consommation série France entière publié par l'INSEE.

L'application éventuelle de cette indexation aux garanties "indemnités journalières complémentaires des régimes professionnels" est décidée chaque année par le Conseil d'Administration de l'organisme assureur.

La cotisation annuelle subit la même indexation, sous réserve de la possibilité d'une révision annuelle par application des articles 10 §2 et 14 §3.

Le souscripteur ou l'adhérent reçoit, avant la date de renouvellement annuel de son contrat ou de son adhésion, un état des garanties souscrites lui indiquant le montant de la prestation et de la cotisation pour la nouvelle période annuelle d'assurance, tenant compte de l'indexation visée au premier alinéa.

Le souscripteur ou l'adhérent a la possibilité de renoncer à l'indexation de la prestation garantie en informant l'organisme assureur par lettre adressée avant le 31 décembre.

Cette renonciation a un caractère définitif sauf augmentation de la garantie dans les conditions visées à l'article 10 §1.

Article 17 Risques exclus

§ 1

L'organisme assureur ne prend pas en charge les incapacités de travail et les invalidités résultant :

- 1/ de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre ;
- 2/ de faits de guerre civile ;
- 3/ du fait intentionnel causé ou provoqué par l'assuré ;
- 4/ de luttes, duels, rixes (sauf en cas de légitime défense) ou d'agressions auxquels l'assuré participe activement ;
- 5/ du fait d'émeutes, d'insurrections, d'actes de terrorisme ou de sabotage quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active ;

- 6/ de tout cataclysme tel que tremblement de terre ou inondation ;
- 7/ des effets directs ou indirects d'explosions, de dégagements de chaleur, d'irradiations provenant de la transmutation des noyaux d'atomes ou de la radioactivité ainsi que les radiations provoquées par l'accélération artificielle de particules, à l'exception de ces mêmes effets lorsqu'ils sont subis ou provoqués dans le cadre d'une thérapeutique médicale ;
- 8/ du risque de navigation aérienne, lorsque l'assuré se trouvait à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote ne possédant pas de brevet pour l'appareil utilisé ou de licence valide, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même.
- 9/ de la participation à des courses en haute montagne ; on entend par courses en haute montagne les randonnées remplissant les deux conditions ci-après :
 - nécessiter des équipements particuliers en vue d'escalades ou du franchissement de zones de rochers ou de passages de glaciers ;
 - être effectuées dans une zone d'altitude située au-dessus de la moyenne montagne, constituée en totalité de roches, glaces ou neiges éternelles ou en tout état de cause au-dessus de 3000 mètres d'altitude ;
- 10/ de la plongée subaquatique avec utilisation d'appareil respiratoire ;
- 11/ de la spéléologie ;
- 12/ de la pratique de sports aériens, et notamment vols sur aile volante, ULM, delta-plane, vol à voile, parachutisme, parachutisme ascensionnel, parapente, saut à l'élastique, voltige aérienne ;
- 13/ de tous sports nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur, à titre professionnel ou amateur et de tous sports à titre professionnel ;
- 14/ de la participation à des matchs, paris, défis, courses, raids, acrobaties, tentatives de records, essais préparatoires ou de réception d'un engin, sauf compétition normale concernant un sport dont la pratique n'est pas exclue par les alinéas précédents. (Par compétition normale, il faut entendre toute compétition organisée selon la pratique ou la coutume dans le sport considéré).

L'incapacité ou l'invalidité ne sont pas prises en charge si elles résultent :

- 1/ de la grossesse et de ses suites normales. Les complications de la grossesse, c'est-à-dire la grossesse pathologique, l'accouchement pathologique et les suites pathologiques d'un accouchement sont considérées comme des maladies : elles sont prises en charge sous condition du délai d'attente prévu à l'article 3 §4-c et sous déduction d'une période franche de 8 semaines également réparties avant et après la date prévue de l'accouchement ;
- 2/ d'une lombalgie sans support organique.

Par ailleurs, sont également exclues de la garantie en cas d'incapacité de travail :

- les périodes d'incapacité de travail pour lesquelles l'assuré se trouve hors du territoire français (exception faite des périodes d'hospitalisation) ;
- les périodes correspondant à des séjours dans des établissements de cure et de repos sauf si elles sont prescrites médicalement et font suite d'une manière ininterrompue à un arrêt de travail d'au moins 30 jours.

L'incapacité de travail de l'assuré résultant d'un accident imputable à un accident ou un accident de la circulation, dû à :

- l'ivresse de l'assuré présentant un taux d'alcoolémie égal ou supérieur aux taux réglementaires en vigueur au jour du sinistre défini par l'article R.234-1 (alinéa 1^{er}) du Code de la Route,
 - l'usage de drogues ou de stupéfiants non prescrits médicalement
- se verra appliquer le délai de franchise prévu en cas de maladie visé à l'article 20 et non celui réduit en cas d'accident.

§ 2

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, au titre de la garantie "capital invalidité perte de profession", sont exclus les sinistres résultant :

- 1/ du fait intentionnellement causé ou provoqué par l'assuré ;
- 2/ des démonstrations, raids, acrobaties ;
- 3/ des compétitions nécessitant l'utilisation d'un engin à moteur (la compétition s'entend des différentes épreuves composant une lutte sportive faisant l'objet d'une organisation officielle) ;
- 4/ de vols sur appareils non munis d'un certificat de navigabilité ou pour lesquels le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide ;
- 5/ de vols sur aile volante, ULM, delta plane ;
- 6/ de la spéléologie.

§ 3

Par dérogation aux dispositions ci-dessus, au titre de la garantie "capital invalidité accident" sont exclus :

- 1/ les accidents causés ou provoqués intentionnellement par l'assuré ou ceux imputables à l'aliénation mentale de celui-ci ;
- 2/ les accidents résultant de la participation de l'assuré à un duel, ou consécutifs à des rixes (sauf en cas de légitime défense) ou à des émeutes lorsque la participation de l'assuré a été volontaire ;
- 3/ a) les accidents liés à des risques aériens encourus à l'occasion de compétitions, vols sur aile volante, vols sur ULM ;
b) les accidents liés à des raids, acrobaties, vols d'essais, vols sur prototypes, tentatives de records, sauts effectués avec des parachutes non homologués ;
- 4/ les accidents provoqués par l'usage de véhicules à moteur à l'occasion de compétitions ou de rallyes de vitesse ;
- 5/ les accidents résultant de la participation à des courses en haute montagne au sens des dispositions du §1-9° ci-dessus ;
- 6/ les accidents résultant de faits de guerre ;
- 7/ les accidents liés à la plongée subaquatique avec utilisation d'appareil respiratoire et à la spéléologie ;
- 8/ les accidents résultant :
 - de l'ivresse de l'assuré présentant un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux réglementaire en vigueur au jour du sinistre, défini à l'article R.243-1 (alinéa 1^{er}) du Code de la Route
 - de l'usage de drogues ou de stupéfiants non prescrits médicalement.

§ 4

Par dérogation aux dispositions qui précèdent, les exclusions de risques concernant les activités sportives non professionnelles visées aux §1 (9° à 13°), §2-5° et 6°, §3-3°-a, 5° et 7°- ci-dessus peuvent être levées, sur demande du souscripteur ou de l'adhérent effectuée, soit lors de la souscription du contrat ou de l'adhésion au contrat, soit en cours de contrat ou d'adhésion, dans les conditions prévues à l'article 10 et moyennant le paiement d'une cotisation annuelle supplémentaire.

Pour permettre à l'assureur de se prononcer sur l'acceptation de la garantie sollicitée, le souscripteur ou l'adhérent doit lui faire parvenir une demande circonstanciée et signée décrivant la nature et les conditions d'exercice de l'activité sportive considérée (lieu, fréquence, période annuelle...). En outre, l'organisme assureur se réserve le droit de demander au postulant à l'assurance tout renseignement complémentaire nécessaire à une exacte appréciation du risque.

Les exclusions levées sont mentionnées au certificat d'adhésion.

§ 5

Aucune prestation n'est due lorsque le sinistre entre dans l'un des risques exclus définis ci-dessus, sous réserve de l'application des dispositions du §4 précité et aucun remboursement de cotisation ne peut intervenir.

Article 18 Examen médical et contrôle

L'organisme assureur se réserve de faire subir à l'assuré, qui ne peut s'y soustraire sous peine de non-application de la garantie, un examen médical, soit par son propre médecin-conseil, soit par un médecin choisi en dehors du médecin traitant.

La convocation à cet examen a lieu au plus tard dans les 30 jours suivant la réception de l'intégralité des pièces justificatives visées au Chapitre IV ci-après, pour chaque garantie.

L'organisme assureur peut également soumettre l'assuré à tous actes, investigations ou examens complémentaires nécessaires au contrôle de son état de santé.

Il peut également faire procéder à tous contrôles et enquêtes administratives.

Article 19 Litiges médicaux

En cas de contestation portant sur l'état de l'assuré, le différend peut être apprécié en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord par le médecin-conseil de l'organisme assureur et le médecin traitant.

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le troisième médecin serait désigné, sur la demande de la partie la plus diligente, par le Président du Tribunal de Grande Instance de Paris statuant par ordonnance de référé.

Les honoraires du tiers expert sont à la charge de l'organisme assureur.

Toutefois, dans le cas où le tiers-expert confirmerait la décision prise par l'organisme assureur à l'égard de l'intéressé, les honoraires et frais de nomination seraient à la charge de ce dernier.

SECTION 2 - Garantie en cas d'incapacité temporaire totale de travail

Article 20 Définition des prestations en cas d'incapacité temporaire totale de travail

- 1/ L'organisme assureur verse les indemnités mentionnées au certificat d'adhésion en cas d'incapacité temporaire totale de travail d'un assuré médicalement constatée débutant à compter de la date d'effet du contrat ou de l'adhésion, résultant d'une maladie ou d'un accident n'ayant pas fait l'objet d'une exclusion mentionnée au certificat d'adhésion et à l'article 17 des conditions générales.

Est considéré en état d'incapacité temporaire totale de travail, l'assuré qui se trouve momentanément dans l'impossibilité absolue d'exercer son activité professionnelle.

- 2/ La durée de l'indemnisation garantie est égale à la période de couverture prévue au certificat d'adhésion. Cette indemnisation ne débute, sauf dispositions contraires, qu'à l'issue d'une franchise également fixée au certificat d'adhésion.

La franchise 7 jours est réservée aux professions médicales et paramédicales (hors infirmières). La franchise 14 jours est réservée aux professions médicales, paramédicale, libérales et salariés cadres.

On entend par franchise la période d'arrêt se situant entre le point de départ de l'arrêt de travail et le point de départ de la garantie. La franchise est calculée lors de chaque arrêt de travail. Toutefois, en cas d'arrêts de travail successifs d'une durée inférieure ou égale au délai contractuel de franchise, liés à la même cause de survenance et intervenant moins d'une année après la reprise, la franchise peut être discontinuée : l'ensemble des périodes d'arrêt de travail susvisées sont alors totalisées pour le calcul de sa durée.

En cas d'arrêt de travail consécutif à des troubles psychopathologiques, la durée de franchise de 7, 14 et 30 jours est portée à 60 jours.

Toutefois, pour les professions médicales*, la franchise fixée à 7, 14 ou 30 jours en cas de maladie est de 30 jours pour les arrêts de travail consécutifs à des troubles d'origine psychopathologique.

* au sens de la définition mentionnée à l'article 2 ci-dessus

2bis/ En cas de prorogation de la garantie au-delà de son terme normal dans les cas visés à l'article 3 § 5-2 ci-dessus, l'indemnisation des arrêts de travail postérieurs à la date d'effet de la prorogation cesse au plus tard :

- au 180^{ème} jour d'arrêt de travail :
 - pour la garantie frais professionnels (avec terme avant prorogation au 180^{ème} ou 365^{ème} jour d'arrêt de travail)
 - pour les indemnités journalières de remplacement,
 - pour l'indemnité complémentaire du régime professionnel CARPV ;
- au 365^{ème} jour d'arrêt de travail :
 - pour la garantie frais professionnels (avec terme avant prorogation au 730^{ème} ou 1095^{ème} jour d'arrêt de travail)
 - pour la garantie Indemnités journalières de longue durée.

Le montant de l'indemnité journalière complémentaire du régime obligatoire de la CARMF, de la CARCDSF (chirurgiens dentistes et sage femmes), de la CNBF est réduit de moitié à compter de la date d'effet de la prorogation de la garantie au-delà de son terme normal précisé à l'article 3 § 5-2 ci-dessus. Il en est de même de la garantie CMBR (article 24).

3/ Dispositions appliquées en cas d'hospitalisation aux assurés exerçant une profession libérale pour toutes les formules "Indemnités journalières" et aux adhérents exerçant une profession autre que libérale pour les formules "Indemnités journalières" dont la période de couverture s'étend au moins jusqu'au 365^{ème} jour d'incapacité de travail :

- si la franchise prévue au certificat d'adhésion est de 7 ou 14 jours, l'indemnité est versée dès le troisième jour de l'hospitalisation continue ;
- si la franchise prévue au certificat d'adhésion est de 30 jours, ou d'une durée supérieure, l'indemnité est versée dès le troisième jour de l'hospitalisation continue et pendant la durée de celle-ci ;
- en cas d'hospitalisation consécutive à des troubles psychopathologiques, l'indemnité est versée dès le 3^{ème} jour de l'hospitalisation continue et pendant la durée de celle-ci.

4/ Franchise particulière en cas d'accident applicable aux professionnels exerçant à titre libéral :

Lorsque l'incapacité de travail résulte d'un accident, l'indemnité est versée dès le deuxième jour d'arrêt de travail.

4bis/ Franchises applicables aux adhérents titulaires de la garantie indemnité journalière de remplacement

- lorsque l'incapacité de travail résulte d'un accident, l'indemnité est versée dès le 1^{er} jour du remplacement sans pouvoir être antérieure au 2^{ème} jour d'arrêt de travail.
- lorsque l'incapacité de travail résulte de troubles psychopathologiques, l'indemnité est versée dès le 1^{er} jour du remplacement sans pouvoir être antérieure au 31^{ème} jour d'arrêt de travail.
- en cas d'hospitalisation, l'indemnité est versée dès le 1^{er} jour du remplacement, sans pouvoir être antérieure au 3^{ème} jour d'hospitalisation continue.
- en cas d'hospitalisation consécutive à des troubles psychopathologiques, l'indemnité est versée dès le 1^{er} jour du remplacement, sans pouvoir être antérieure au 3^{ème} jour d'hospitalisation continu et pendant la durée de celle-ci.

5/ En cas de rechute moins d'une année après la reprise du travail, la franchise n'est pas appliquée. Si, par contre, la rechute survient plus d'une année après la reprise du travail, la franchise est appliquée. La rechute se définit comme l'apparition, à la suite d'un premier état pathologique ayant constitué l'ouverture du droit aux prestations et ayant fait l'objet d'une constatation de reprise du travail, d'un état pathologique dont les caractéristiques sont identiques et provoqué par la même cause que celle ayant entraîné la première cessation d'activité.

6/ La durée de l'indemnisation contractuelle peut être épuisée en un ou plusieurs arrêts de travail. **Si un nouvel arrêt intervient après une reprise de moins d'un an, la durée de l'indemnisation possible s'entend déduction faite du nombre de jours indemnisés lors de l'arrêt de travail précédent.** Toutefois, si l'assuré a repris le travail pendant au moins un an continu, la durée d'indemnisation contractuelle est intégralement reconstituée.

7/ Les maladies ou accidents survenant au cours d'une période d'arrêt de travail n'ouvrent pas de nouveau droit permettant d'allonger la durée du crédit d'indemnisation. Assimilés à des rechutes, ces maladies ou accidents permettent cependant la prolongation de l'indemnisation jusqu'à la fin de la période de couverture ou la guérison.

8/ En cas d'interventions chirurgicales successives résultant d'un accident et donnant lieu à incapacité de travail, les arrêts postérieurs au premier sont assimilés à des rechutes de moins d'un an, même s'ils surviennent plus d'un an après la reprise du travail, sous réserve que l'assuré ou l'adhérent puisse faire la preuve que ces interventions sont la conséquence directe et prévisible de l'accident.

Article 20bis Indemnisation du mi-temps thérapeutique

Par dérogation à l'article 20, l'adhérent exerçant à titre libéral et titulaire d'une garantie "indemnité journalière de longue durée" et/ou d'une indemnité journalière de remplacement, et/ou d'une IJ frais professionnels (terme 365^{ème} jour ou plus d'arrêt de travail) peut bénéficier du versement par l'organisme assureur d'une indemnité journalière en cas de mi-temps thérapeutique.

Le montant de l'indemnité journalière est égal à la moitié de/des indemnité(s) journalière(s) effectivement versée(s) au titre de l'incapacité temporaire totale précédant le mi-temps thérapeutique, **après déduction, si tel était le cas, de la prestation versée par le régime obligatoire ou de tout autre régime facultatif.**

Cette indemnisation est accordée aux conditions cumulatives suivantes :

- l'adhérent doit justifier d'une période d'incapacité temporaire totale d'au moins 45 jours continus indemnisée au titre de chacune des IJ citées ci-dessus et immédiatement suivie de la période de mi-temps thérapeutique,
- l'indemnité journalière "mi-temps thérapeutique" est servie par l'organisme assureur pendant une durée maximum de 180 jours consécutifs.
- la durée de versement de l'indemnité servie s'impute sur la durée d'indemnisation contractuelle de(s) indemnité(s) journalière(s) garantie(s).

Article 20ter Garantie des indemnités journalières maternité

Les adhérentes exerçant une profession à titre libéral ou non salarié et titulaires d'une garantie Indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire de travail de courte ou longue durée ou frais professionnels régie par les présentes conditions générales, peuvent bénéficier sous condition du délai d'attente prévu à l'article 3 §4-c d'une indemnité journalière maternité, d'un montant égal à 75% de l'indemnité journalière garantie en cas de maladie, aux conditions suivantes :

- l'organisme assureur verse cette indemnité journalière pendant une durée maximale de 30 jours, portée à 45 jours au maximum en cas de grossesse multiple ;
- le plafond global d'indemnisation par grossesse est fixé à 3 500 euros et porté à 5 000 euros pour une grossesse multiple.

La prestation est versée à compter de la date de cessation totale d'activité au titre de la grossesse et au plus tôt à partir du début du congé légal de maternité.

Pour les adhérentes prises en charge au titre d'une grossesse pathologique, la prestation est versée au plus tôt à partir de la période de suspension d'indemnisation de 8 semaines prévue à l'article 17 §1-1^o ci-dessus.

La durée de versement de l'indemnité journalière maternité servie est sans incidence sur la durée d'indemnisation contractuelle de l'indemnité journalière à laquelle elle se rattache.

Les dispositions qui précèdent sont applicables aux adhérentes définies ci-dessus en cas d'adoption d'un ou plusieurs enfants.

Par dérogation de celles-ci, la prestation est versée à compter de la date d'interruption de l'activité se situant après l'arrivée de l'enfant au foyer et pendant la durée de 30 jours indiquée plus haut ou de 45 jours en cas d'adoptions multiples.

En cas de pluralité de garanties ou formules de garanties d'incapacité temporaire souscrites auprès d'AGMF et ouvrant droit à l'indemnité journalière de maternité, **la prestation n'est versée que dans la limite globale de 3 500 euros par grossesse (ou adoption) ou 5 000 euros en cas de grossesse (ou adoption) multiples pour l'ensemble des contrats concernés.**

Article 20quater Prestation de garde d'enfants hospitalisés pendant au moins 15 jours

Les adhérents professionnels libéraux ou indépendants titulaires d'une garantie d'incapacité de travail temporaire (courte ou longue durée ou frais professionnels) bénéficient d'une prestation journalière pour la garde de leur(s) enfant(s) de moins de 18 ans en cas d'hospitalisation de ce(s) dernier(s) en établissement ou au domicile (dans le cadre d'une hospitalisation à domicile) d'au moins 15 jours continus et consécutive à un accident ou à une maladie dont le point de départ est postérieur au délai d'attente prévu à l'article 3 §4-b, lorsque cette hospitalisation amène l'adhérent à cesser son activité ou à recourir à une garde d'enfant rémunérée.

Cette indemnité est versée dès le 4^{ème} jour d'hospitalisation continue et au plus tard jusqu'au 90^{ème} jour d'hospitalisation pour la même affection ou le même accident. Le montant de la prestation journalière est d'un montant de 30 euros, **dans la limite du montant de l'indemnité journalière souscrite en cas d'incapacité temporaire si celle-ci est inférieure à ce montant.**

En cas de pluralité de garanties ou formules de garanties d'incapacité temporaire souscrites, **la prestation n'est versée qu'une seule fois et dans la limite le cas échéant du montant le plus élevé des garanties souscrites si elles sont inférieures à 30 euros.**

La durée de versement de cette prestation n'a pas d'incidence sur la durée d'indemnisation contractuelle de l'indemnité journalière à laquelle elle se rattache.

En cas de maladie ou d'accident de deux enfants ou plus entraînant une hospitalisation simultanée minimale de 15 jours, une seule prestation est versée.

La prestation est versée chaque mois par virement à terme échu et sur présentation des justificatifs définis à l'article 39-f ci-dessous.

Article 20quinquies Garantie des indemnités journalières de remplacement

Les adhérents exerçant une profession médicale à titre libéral, peuvent bénéficier du versement d'une indemnité journalière de remplacement dans les cas et conditions prévues à l'article 20 et au présent article.

L'indemnité journalière est versée dans la double limite du coût du remplacement de l'assuré (pourcentage rétrocédé du total des honoraires perçus correspondant au remplacement défini contractuellement) et du montant journalier souscrit.

L'indemnité journalière de remplacement est servie à compter du 1^{er} jour de remplacement, sans pouvoir être antérieure au 8^{ème} jour d'arrêt de travail (franchise de 7 jours), et jusqu'au 365^{ème} jour d'arrêt de travail.

Article 21 Service des indemnités journalières

§ 1

Après ouverture des droits d'un assuré non salarié, les paiements sont effectués mensuellement par virement après envoi des justificatifs de l'arrêt de travail pour la période à indemniser.

Après ouverture des droits d'un assuré salarié, les paiements sont effectués mensuellement au fur et à mesure de la réception des originaux des volets de décomptes d'indemnités journalières de la Sécurité Sociale.

§ 2

L'assuré qui reprend son travail, même partiellement, doit le déclarer à l'organisme assureur dans les 5 jours.

§ 3

Lorsqu'un assuré en arrêt de travail ne fournit pas en temps voulu les pièces exigées, le service des prestations est suspendu ; le service peut reprendre lorsque l'assuré a régularisé sa situation.

Article 22 Terme du service des indemnités journalières

Le service des prestations prend fin :

- à la reprise d'activité, même à temps partiel, sauf indemnisation du mi-temps thérapeutique dans les cas et conditions définis à l'article 20bis ci-dessus ;
- à la date constituant le terme des garanties, visée à l'article 3 §5 ;
- au jour du décès de l'assuré bénéficiaire ;
- au jour où, du fait de l'évolution de l'état de santé de l'assuré, celui-ci ne remplit plus les conditions requises pour bénéficier des indemnités journalières ;
- après épuisement du crédit d'indemnisation (cf. article 20).

En outre, le service de l'indemnité journalière de maternité définie à l'article 20ter ci-dessus prend fin lorsque le plafond global d'indemnisation par grossesse est atteint.

Le service de la prestation prend fin en outre, pour la garantie "frais professionnels" :

- 90 jours après la date de consolidation⁽¹⁾ d'une incapacité totale de travail devenue définitive (assimilation à la 2^{ème} catégorie Sécurité Sociale telle qu'elle est définie à l'article L.341-4 du Code de la Sécurité Sociale⁽²⁾) ;
- 90 jours après la date de la cession par l'assuré de sa clientèle.

Pour la garantie "Indemnité journalière de remplacement", le service de la prestation prend fin, outre les cas exposés ci-dessus, dès lors qu'il est mis un terme au contrat de remplacement.

(1) On considère que l'état de santé est consolidé à partir du moment où la pathologie n'est plus susceptible d'évoluer ou encore, à partir du moment où les traitements médicaux et chirurgicaux ne sont plus susceptibles d'apporter une amélioration supplémentaire.

(2) *Reproduction du texte de l'article L.341-4 du Code de la Sécurité Sociale* : "En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés comme suit :

1°) invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;

2°) invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;

3°) invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie".

Article 23 Revalorisation des indemnités journalières servies

Les prestations en cours de service sont revalorisées au 1^{er} janvier de chaque année par référence à l'indexation des prestations garanties en application de l'article 16 ci-dessus.

Les revalorisations attribuées restent acquises à titre définitif tant que la prestation est due. En cas de résiliation du contrat, les indemnités journalières en cours de service continuent à être versées jusqu'au terme contractuel sur la base des montants atteints à la date de la résiliation.

Article 24 Garantie confraternité médicale des Bouches du Rhône (CMBR)

La présente garantie concerne les anciens adhérents de la Confraternité Médicale, mutuelle dissoute au 31 décembre 2002. La garantie est assurée par l'AGMF Prévoyance depuis le 01/01/2003.

Elle a pour objet de faire bénéficier l'assuré :

- d'une indemnité journalière en cas d'incapacité temporaire totale de travail par suite de maladie ou d'accident, dont la date ou le point de départ se situe postérieurement à la prise d'effet de la garantie,
- d'une prime d'accouchement ou d'adoption accordée aux femmes médecins adhérentes sur production d'un extrait d'acte de naissance ou du document attestant de l'adoption.

Article 25 Définition de la garantie incapacité de travail de la CMBR

Les dispositions visées à l'article 20 s'appliquent à la présente garantie à l'exception de celles concernant les franchises réduites en cas d'hospitalisation et d'accident (article 20 §3 et 4). Les articles 20 bis à 20 quater ne s'appliquent pas à la présente garantie.

Article 26 Service et terme des indemnités journalières de la garantie incapacité de travail de la CMBR

Les dispositions des articles 21 et 22 §1 s'appliquent à la présente garantie.

SECTION 3 - Garantie en cas d'invalidité permanente (rente d'invalidité)

Article 27 Définition des prestations garanties (rente d'invalidité)

Les garanties et formules proposées sont ainsi définies :

- garantie en cas d'invalidité permanente totale \geq 66% (formule 2). Cette formule est ouverte aux salariés ainsi qu'aux artisans, commerçants et travailleurs indépendants.
- garantie en cas d'invalidité permanente totale ou partielle \geq 33% avec évaluation du taux d'invalidité selon un barème croisé incapacité fonctionnelle / incapacité professionnelle (formule 1 et formule 3). **La formule 1 est à ce jour fermée à la souscription.** La formule 3 est ouverte aux professionnels libéraux et aux salariés cadres.
- garantie en cas d'invalidité permanente totale ou partielle \geq 33% avec évaluation du taux d'invalidité sur la base de la seule incapacité professionnelle (formule 4). La formule 4 est recommandée plus particulièrement aux professions libérales ayant une activité chirurgicale ou manuelle importante.

La définition des prestations garanties au titre de chacune de ces formules ou garanties figure aux articles 27-1 à 27-3 ci-après.

Le certificat d'adhésion mentionne la ou les garanties et formules souscrites.

Article 27-1 Garantie en cas d'invalidité permanente totale \geq 66% (formule 2)

§ 1 - Définition et évaluation de l'invalidité

En cas d'invalidité permanente d'un assuré résultant d'une maladie ou d'un accident **non exclu en application des dispositions de l'article 17** et dont le point de départ ou la date se situe postérieurement à la prise d'effet du contrat ou de l'adhésion et à l'écoulement du délai d'attente visés à l'article 3, l'organisme assureur verse une rente temporaire à son profit.

1.1 - Pour les assurés non salariés

Bénéficiaire du présent contrat, l'assuré non salarié en état d'incapacité permanente totale de travail se trouvant dans l'incapacité d'exercer une activité professionnelle quelconque ou dans l'incapacité totale d'exercer sa profession, dans les conditions visées au 2.1 ci-après.

1.2 - Pour les assurés salariés

Bénéficiaire du présent contrat, l'assuré salarié percevant une pension d'invalidité au titre de l'article L.341-1 du code de la Sécurité Sociale⁽¹⁾ ou une rente d'incapacité au titre de l'article L.434-2 de ce même code⁽²⁾ (dans ce dernier cas son incapacité reconnue doit être au moins égale à 66%), dans les conditions visées au 2.2 ci-après.

(1) Reproduction de l'article L.341-1 du code de la Sécurité Sociale :

L'assuré a droit à une pension d'invalidité lorsqu'il présente une invalidité réduisant dans des proportions déterminées, sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque, un salaire supérieur à une fraction de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie, dans la profession qu'il exerçait avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité si celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme.

(2) Reproduction de l'article L.434-2 du code de la Sécurité Sociale :

Lorsque l'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux minimum, la victime a droit à une rente égale au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité qui peut être réduit ou augmenté en fonction de la gravité de celle-ci.

§ 2 - Montant des prestations garanties

2.1 - Pour les assurés non salariés

Lorsque l'assuré est incapable d'exercer une activité professionnelle quelconque, le montant de la rente, garanti au certificat d'adhésion au présent contrat, est entièrement versé.

Lorsque l'assuré est dans l'incapacité totale d'exercer sa profession, mais est néanmoins capable d'exercer une activité professionnelle rémunérée, le montant de base de la rente, garanti au certificat d'adhésion au présent contrat, est réduit à 50%.

2.2 - Pour les assurés salariés

Pour les assurés classés en 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie d'invalidité en application de l'article L.341-4 2^o et 3^o du Code de la Sécurité Sociale⁽³⁾ et pour les assurés bénéficiaires d'une rente d'incapacité en application de l'article L.434-2 du Code de la Sécurité Sociale pour un taux au moins égal à 66%, le montant de base de la rente, garanti au certificat d'adhésion au présent contrat, est intégralement versé.

Ce montant est réduit à 50% pour les assurés classés en 1^{ère} catégorie d'invalidité en application de l'article L.341-4-1^o du Code de la Sécurité Sociale⁽³⁾.

(3) reproduction de l'article L.341-4 du code de la Sécurité Sociale :

En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés comme suit :

1^o invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;

2^o invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;

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

2.3 - Dispositions applicables à tous les assurés

Le montant de la rente attribué en application des dispositions du présent §2 peut être révisé si l'évolution de l'état de santé de l'assuré conduit à modifier son classement dans l'un des cas de figure prévus au §2.1 ou au 2.2 ci-dessus.

Article 27-2 Garantie en cas d'invalidité permanente totale ou partielle ≥ 33% (formules 1 et 3)

§ 1 - Définition et évaluation de l'invalidité

En cas d'incapacité permanente totale ou partielle de travail d'un assuré résultant d'une maladie ou d'un accident **non exclu en application des dispositions de l'article 17** et dont le point de départ ou la date se situe postérieurement à la prise d'effet du contrat ou de l'adhésion et à l'écoulement du délai d'attente visés à l'article 3, l'organisme assureur verse une rente temporaire à son profit.

L'évaluation du taux d'invalidité est opérée en tenant compte de la répercussion de l'incapacité fonctionnelle sur l'activité professionnelle.

L'incapacité fonctionnelle est appréciée d'après le barème indicatif "ROUSSEAU-CONCOURS MEDICAL".

L'incapacité professionnelle est appréciée de 0 à 100%, conformément au barème "CHANU-MASSON" qui tient compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de celle-ci et des possibilités d'exercice restantes.

Les barèmes d'incapacité visés ci-dessus sont tenus à la disposition de l'assuré pour consultation au siège de l'organisme assureur.

Le tableau suivant indique les taux résultant des divers degrés d'incapacité tant fonctionnelle que professionnelle.

Taux d'incapacité professionnelle	Taux d'incapacité fonctionnelle								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,13	70,00	76,52	82,79	88,79
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,33
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,0

§ 2 - Montant des prestations garanties

Lorsque le taux d'invalidité permanente, évalué comme indiqué au §1 est égal ou supérieur à 66%, le montant de base de la rente, garanti au certificat d'adhésion, est entièrement versé si l'assuré est reconnu incapable d'exercer une activité professionnelle quelconque.

Il est versé à concurrence des 2/3 si l'assuré est capable d'exercer une activité professionnelle. Dans ce cas toutefois, **pour les professions médicales***, lorsque la cessation d'activité n'est pas totale, la rente versée est de 100% de la rente de base, sous déduction des revenus perçus pendant la période de référence dans la limite maximum de 1/3 de la rente de base.

* au sens de la définition mentionnée à l'article 2 ci-dessus

Lorsque le taux d'invalidité permanente évalué comme indiqué au §1 est compris entre 33% et moins de 66%, le montant de base de la rente, garanti au certificat d'adhésion, est réduit à 50%. Toutefois, pour les professions médicales*, le pourcentage de la rente versée se calcule sur la base de T/66, T étant le taux d'invalidité de l'assuré.

* au sens de la définition mentionnée à l'article 2 ci-dessus

Lorsque le taux d'invalidité permanente est inférieur à 33%, il n'est versé aucune rente.

Le taux de rente attribué en application des dispositions du présent paragraphe peut être révisé si l'évolution de l'état de santé de l'assuré bénéficiaire conduit à modifier son classement dans l'un des cas de figure visés ci-dessus.

Article 27-3 Garantie en cas d'invalidité professionnelle permanente totale ou partielle ≥ 33% (formule 4)

§ 1 - Définition et évaluation de l'invalidité

En cas d'incapacité permanente totale ou partielle de travail d'un assuré résultant d'une maladie ou d'un accident **non exclu en application des dispositions de l'article 17** et dont le point de départ ou la date se situe postérieurement à la prise d'effet du contrat ou de l'adhésion et à l'écoulement du délai d'attente visés à l'article 3, l'organisme assureur verse une rente temporaire à son profit.

L'évaluation du taux d'invalidité est opérée sur la base de la seule incapacité professionnelle.

L'invalidité professionnelle est définie par expertise. Elle est appréciée de 0 à 100% en tenant compte notamment de la façon dont était exercée la profession antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de celle-ci et des possibilités d'exercice restantes.

§ 2 - Montant des prestations garanties

Lorsque le taux d'invalidité permanente, évalué comme indiqué au §1, est égal ou supérieur à 66%, le montant de base de la rente, garanti au certificat d'adhésion, est entièrement versé, sous réserve que l'assuré cesse totalement et définitivement son exercice professionnel.

La rente est versée aux 2/3 si la cessation de l'exercice professionnel n'est pas totale. Dans ce cas toutefois, **pour les professions médicales***, lorsque la cessation d'activité n'est pas totale, la rente versée est de 100% de la rente de base, sous déduction des revenus perçus pendant la période de référence dans la limite maximum de 1/3 de la rente de base.

* au sens de la définition mentionnée à l'article 2 ci-dessus

Lorsque le taux d'invalidité permanente évalué comme indiqué au §1, est compris entre 33% et moins de 66%, le montant de base de la rente, garanti au certificat d'adhésion, est réduit à 50%. Toutefois, pour les professions médicales*, le pourcentage de la rente versée se calcule sur la base de T/66, T étant le taux d'invalidité de l'assuré.

* au sens de la définition mentionnée à l'article 2 ci-dessus

Lorsque le taux d'invalidité permanente est inférieur à 33%, il n'est versé aucune rente.

Le taux de rente attribué en application des dispositions du présent paragraphe peut être révisé si l'évolution de l'état de santé de l'assuré bénéficiaire conduit à modifier son classement dans l'un des cas de figure visés ci-dessus.

Article 28 Ouverture des droits à la rente

Dans les 30 jours suivant la réception de l'intégralité des pièces justificatives visées à l'article 41 ou, si ces procédures sont mises en œuvre, suivant la réception du rapport de l'examen médical visé à l'article 18 ou la décision du médecin arbitre visée à l'article 19, l'organisme assureur transmet à l'assuré bénéficiaire un titre de rente constatant les engagements.

Article 29 Entrée en jouissance de la rente et paiement des arrérages

§ 1 - Entrée en jouissance de la rente

A/ Assuré non affilié à la garantie "indemnités journalières de longue durée" :

L'entrée en jouissance de la rente est fixée à la date de reconnaissance, par l'organisme assureur, de la consolidation de l'état de santé au sens de la définition donnée à l'article 22 du présent contrat.

Si aucune date de consolidation d'un état d'invalidité permanente reconnu au sens des articles 27-1 à 27-3 ci-dessus n'a été fixée, l'entrée en jouissance de la rente se situe au 37^{ème} mois d'arrêt de travail.

B/ Assuré affilié à la garantie "indemnités journalières de longue durée" :

Lorsque l'assuré est dans l'incapacité permanente d'exercer une activité professionnelle quelconque, l'entrée en jouissance de la rente est fixée au 37^{ème} mois d'arrêt de travail, terme du service des indemnités journalières. Lorsque l'assuré est dans l'incapacité permanente d'exercer sa profession mais est capable d'exercer une activité professionnelle quelconque, ou lorsque son taux d'invalidité est compris entre 33% et 66% (formules 3 et 4), l'entrée en jouissance de la rente est fixée selon les dispositions du §A ci-dessus.

C/ Dispositions particulières concernant la formule 1 :

Par dérogation aux dispositions qui précèdent, l'entrée en jouissance de la rente est dans tous les cas fixée à la reconnaissance par l'organisme assureur de la consolidation de l'état de santé au sens de la définition donnée à l'article 22 du présent contrat et au plus tard au 31^{ème} mois d'arrêt de travail.

§ 2

La rente est payable par virement trimestriellement à terme échu les 1^{er} avril, 1^{er} juillet, 1^{er} octobre et 1^{er} janvier. Le premier versement comprend le montant des arrérages courus depuis le jour de l'entrée en jouissance.

Article 30 Terme du service de la rente

Le service de la rente prend fin :

- à la date constituant le terme du contrat, visée à l'article 3 §5 ci-dessus ;
- au jour du décès de l'assuré bénéficiaire ;
- au jour où, du fait de l'évolution de l'état de santé de l'assuré, celui-ci ne remplit plus les conditions requises pour bénéficier de la rente d'invalidité visées aux articles 27-1 à 27-3 ci-dessus, selon la formule souscrite.

Article 31 Revalorisation de la rente

Les rentes en cours de service sont revalorisées au 1^{er} janvier de chaque année par décision du Conseil d'Administration de l'organisme assureur.

Le taux appliqué est fixé par référence à l'indexation des prestations garanties en application de l'article 16 ci-dessus ; et ce, sous réserve des disponibilités dégagées par le compte de résultats techniques et financiers du contrat "rente d'invalidité".

Les revalorisations attribuées restent acquises à titre définitif tant que la rente est due.

En cas de résiliation du contrat, les rentes en cours de service continuent à être versées jusqu'au terme contractuel sur la base des montants atteints à la date de la résiliation.

SECTION 4 - Dispositions communes aux garanties en cas d'incapacité temporaire et d'invalidité permanente

Article 32 Examen médical et contrôle des assurés

En sus des dispositions visées à l'article 18, l'assuré devra respecter les modalités suivantes :

1/ Pour le service des indemnités journalières, l'assuré doit, sous pli confidentiel et à l'adresse du médecin-conseil de l'organisme assureur, fournir tous les mois un compte rendu de son état, établi par le médecin traitant avec indication de la date probable de guérison ou de consolidation, accompagné d'une attestation sur l'honneur qu'aucun acte professionnel n'a été accompli pendant la période d'arrêt de travail.

En cas de changement, même provisoire, de l'adresse où l'assuré peut être visité, celui-ci doit préalablement en avertir l'organisme assureur ; en tout état de cause les sorties ne sont autorisées qu'aux heures prévues par la réglementation applicable aux assurés sociaux.

2/ Durant la période de service de la rente, l'organisme assureur peut exiger la fourniture, par le bénéficiaire, de toute pièce justificative de la poursuite des conditions requises pour le service de la rente :

➤ certificat du médecin traitant, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'organisme assureur, comportant les indications suivantes :

- évaluation du taux d'invalidité permanente, conformément aux dispositions des articles 27-1 à 27-3,
- existence d'une capacité (même partielle) ou incapacité pour l'assuré bénéficiaire d'exercer une activité professionnelle quelconque ;

➤ pour les assurés bénéficiant de prestations en espèces d'invalidité ou de d'incapacité permanente d'un régime de Sécurité Sociale ou d'assurance obligatoire : original de toute pièce établissant la poursuite du service des prestations (cette pièce est retournée au bénéficiaire).

3/ Le service des prestations peut être refusé ou suspendu si l'intéressé se refuse à subir le contrôle ou à fournir les pièces justificatives demandées par l'organisme assureur.

Article 33 Principe indemnitaire

1/ En aucun cas, il ne peut être versé un montant d'indemnités journalières ou de rente d'invalidité qui, compte tenu des prestations en espèces versées par les régimes d'assurance obligatoire et/ou par tout autre régime de prévoyance facultatif, ferait bénéficier l'assuré de revenus nets supérieurs à ceux dont il disposait en période d'activité.

Par revenus nets, on entend :

- pour les assurés salariés, le salaire net perçu ;
- pour les assurés imposés au titre des bénéfices non commerciaux, l'excédent des recettes totales sur les dépenses nécessitées par l'exercice de la profession, déterminé conformément à l'article 93 du Code Général des Impôts.
- pour les assurés non-salariés imposés au titre des bénéfices industriels et commerciaux, le bénéfice net fiscal déterminé conformément aux articles 38 et 39 du Code Général des Impôts.

Par dérogation, les professionnels exerçant en société d'exercice libéral (SEL) peuvent inclure dans l'assiette de calcul du montant de la garantie indemnité journalière de longue durée les dividendes versés par la SEL dès lors que ceux-ci consistent strictement à se substituer au versement d'une partie de la rémunération de l'activité professionnelle de l'assuré, et non à répartir les bénéfices de toute origine. Les justificatifs de la SEL sont demandés lors de la souscription ou en cas d'avenant.

2/ Pour la garantie "frais professionnels", le montant de la prestation journalière ne peut excéder la 365^{ème} partie du total des frais professionnels déclarés à l'administration fiscale.

A cet effet, sont prises en considération :

- les dépenses professionnelles admises en déduction des recettes en application de l'article 93-1 du Code général des impôts pour la détermination du bénéfice non commercial.
- les frais généraux visés à l'article 39-1-1^o du Code Général des Impôts et déductibles pour la détermination du bénéfice industriel et commercial.

Les remboursements de prêts, même professionnels, n'entrent pas dans la catégorie des frais professionnels assurables.

SECTION 5 - Garantie capital invalidité - Perte de profession

Article 34 Définition des prestations

§ 1

Le montant du capital garanti figurant au certificat d'adhésion est versé à tout assuré atteint d'une incapacité de travail d'au moins 66% non révisable, le plaçant définitivement dans l'impossibilité d'exercer sa profession ou sa spécialité.

L'invalidité prise en compte est l'invalidité professionnelle, c'est-à-dire que l'incapacité est appréciée par rapport à la capacité normale de travail d'une personne de même âge exerçant la même profession et le cas échéant, la même spécialité, dans les mêmes conditions.

Le capital peut être, à la demande de l'assuré, s'il est âgé de moins de 55 ans, transformé en rente, selon les conditions en vigueur au moment de la demande. Le choix devient définitif avec la signature de la demande de prestation.

§ 2

Le montant du capital garanti est fixe pendant la durée du contrat (sauf modification de la garantie à la demande du souscripteur ou de l'adhérent dans les conditions prévues à l'article 10 susvisé et indexation visée à l'article 16) pour les adhésions intervenant depuis le 01/01/ 1994.

Pour les adhésions intervenues entre le 01/01/1992 et le 31/12/1993, le montant du capital garanti est égal à un pourcentage du capital de référence choisi par le souscripteur ou l'adhérent et qui varie en fonction de l'âge atteint par l'assuré comme suit :

Âge atteint par l'assuré	Capital garanti
- 40 ans	150% du capital de référence
De 40 à 44 ans	125% du capital de référence
De 45 à 49 ans	100% du capital de référence
De 50 à 54 ans	75% du capital de référence
De 55 à 59 ans	50% du capital de référence

Article 35 Paiement du capital

Au vu des pièces justificatives fournies par le bénéficiaire et des conclusions du rapport d'expertise s'il y a lieu, l'organisme assureur statue sur la demande et notifie sa décision au bénéficiaire. Le paiement du capital est effectué par virement.

SECTION 6 - Garantie capital invalidité - Accident

Article 36 Définition des prestations

§ 1

Est assuré le paiement d'un capital si l'assuré est atteint d'incapacité permanente totale ou d'incapacité permanente partielle, liée à un accident survenant en cours d'assurance selon la définition retenue ci-dessous.

§ 2

Pour l'application du présent contrat, on retiendra la définition de l'accident mentionnée à l'article 3 § 4-a ci-dessus.

§ 3

Le montant de la prestation garantie figure au certificat d'adhésion.

En cas d'incapacité permanente totale, ce montant est égal à 100% du capital de référence.

En cas d'incapacité permanente partielle, ce montant est égal à une fraction du capital de référence, correspondant au taux d'incapacité permanente évalué conformément aux dispositions de l'article 37 ci-dessous après consolidation⁽¹⁾.

Toute prise en charge au titre du présent contrat ne peut intervenir que pour un taux d'incapacité permanente partielle au moins égal à 10%.

(1) On considère que l'état de santé est consolidé à partir du moment où la pathologie n'est plus susceptible d'évolution ou encore à partir du moment où les traitements médicaux et chirurgicaux ne sont plus susceptibles d'apporter une amélioration supplémentaire.

Article 37 Évaluation de l'incapacité permanente

La garantie comporte deux formules, selon le barème d'évaluation de l'incapacité permanente choisi lors de la souscription ou de l'adhésion.

§ 1 - Option n°1 : Barème fonctionnel (toutes professions)

› Incapacité permanente totale

L'incapacité permanente totale est reconnue seulement dans les cas suivants :

- Aliénation mentale incurable excluant tout travail, paralysie complète, perte absolue de la vue, amputation, perte d'usage totale et définitive des deux bras ou des deux mains, des deux jambes ou des deux pieds, d'un bras ou d'une main et simultanément d'une jambe ou d'un pied de l'autre jambe.

› Incapacité permanente partielle

L'incapacité permanente partielle est reconnue en cas de perte ou de paralysie totale des membres ou organes comme indiqué ci-dessous :

- 15% en cas de surdité incurable et totale d'une oreille
- 40% en cas de surdité incurable et totale des deux oreilles
- 30% pour la perte d'un œil
- 75% pour la perte du bras droit
- 60% pour la perte du bras gauche
- 65% pour la perte de l'avant-bras droit
- 55% pour la perte de l'avant-bras gauche
- 60% pour la perte de la main droite
- 50% pour la perte de la main gauche
- 20% pour la perte du pouce de la main droite
- 18% pour la perte du pouce de la main gauche
- 16% pour la perte de l'index de la main droite
- 14% pour la perte de l'index de la main gauche
- 12% pour la perte du majeur de la main droite
- 10% pour la perte du majeur de la main gauche
- 8% pour la perte de l'annulaire de la main droite
- 6% pour la perte de l'annulaire de la main gauche
- 7% pour la perte de l'auriculaire de la main droite
- 5% pour la perte de l'auriculaire de la main gauche
- 60% pour la perte d'une jambe au-dessus du genou
- 50% pour la perte d'une jambe au-dessous ou au niveau du genou
- 40% pour la perte d'un pied
- 30% pour la perte totale de l'usage de la hanche
- 25% pour la perte totale de l'usage du genou
- 20% pour la perte totale de l'usage du cou-de-pied en position défavorable
- 10% pour la perte totale de l'usage du cou-de-pied en position favorable

La perte de plusieurs doigts ne peut donner droit à une indemnité supérieure à celle prévue pour la perte de la main.

Si l'assuré est gaucher, les indemnités prévues pour les membres supérieurs seront interverties.

§ 2 - Option n°2 : Barème spécial d'incapacité adapté aux praticiens ayant une activité chirurgicale importante

L'évaluation des taux d'incapacité permanente totale et partielle est faite conformément au barème, adapté aux praticiens ayant une activité chirurgicale importante, figurant en annexe 2 du présent document.

Si l'assuré est gaucher, les indemnités prévues pour les membres supérieurs seront interverties.

§ 3

En cas de perte ou paralysie partielle des membres ou organes, les taux fixés ci-dessus subiront une réduction proportionnelle conformément à la dépréciation qui en résultera.

Lorsqu'un membre ou organe antérieurement atteint d'infirmité partielle subit, par le fait de l'accident, une perte totale ou partielle de sa valeur, il ne sera dû qu'une indemnité correspondant à la dépréciation causée par l'accident ; la perte totale d'un membre ou organe hors d'usage avant l'accident ne donne droit à aucune indemnité.

§ 4

Une infirmité de membres ou d'organes existant avant l'accident ne peut contribuer à augmenter le taux d'incapacité de membres ou d'organes atteints par l'accident.

§ 5

Les cas non prévus seront appréciés suivant leur gravité, sans tenir compte de la profession de l'assuré et uniquement en raison de l'atteinte à l'intégrité

anatomique et physiologique de l'être humain en général. Il sera tenu compte pour ce cas, des taux fixés par les alinéas qui précèdent et le degré d'infirmité ne pourra, en aucun cas, même pour les cas les plus graves, dépasser le capital assuré pour le cas d'invalidité permanente totale.

§ 6

L'indemnité totale résultant de plusieurs infirmités provenant du même accident, s'obtient par addition, sans pouvoir dépasser la somme assurée pour le cas d'incapacité permanente totale.

Lorsque plusieurs de ces infirmités affectent un même membre ou organe, elles se cumulent entre elles, sans toutefois que l'indemnité totale puisse dépasser celle qui serait due pour la perte totale dudit membre ou organe.

§ 7

L'incapacité fonctionnelle totale ou partielle d'un membre ou organe est assimilée à la perte totale ou partielle.

§ 8

Lorsque les conséquences d'un accident garanti seront aggravées par l'existence d'un état pathologique ou d'une infirmité, par une mutilation intentionnelle de la part de l'assuré, un manque de soins dû à sa négligence ou à un traitement empirique, les indemnités seront calculées non pas sur les suites effectives du cas, mais sur celles qu'elles auraient eues chez un sujet de santé normale ne présentant aucune infirmité et soumis à un traitement médical approprié.

Article 38 Paiement du capital

Au vu des pièces justificatives fournies par le bénéficiaire et des conclusions du rapport d'expertise s'il y a lieu, l'organisme assureur statue sur la demande et notifie sa décision au bénéficiaire.

Le paiement du capital libère l'organisme assureur de toute réclamation ultérieure du fait de l'accident considéré. Ce paiement est effectué par virement.

CHAPITRE IV - CONDITIONS D'ATTRIBUTION DES PRESTATIONS EN CAS DE SINISTRE

SECTION 1 - En cas d'incapacité temporaire totale de travail (indemnités journalières)

Article 39 Déclaration de sinistre, pièces justificatives

Pour faire valoir ses droits, le souscripteur ou l'adhérent doit adresser à l'organisme assureur :

1/ Si l'assuré est salarié :

- dans les 15 jours suivant le début de l'arrêt de travail (délai ramené à 5 jours ouvrés si la franchise choisie est de 14 jours), une déclaration de sinistre. Au-delà de ce délai, l'assuré sera considéré comme ayant cessé son activité le jour où l'organisme assureur aura reçu ce document ;
- une demande d'indemnités journalières en y joignant les originaux des décomptes de prestations en espèces émanant de la Sécurité Sociale justifiant de l'incapacité et fournir, sous pli confidentiel à l'adresse du médecin-conseil un certificat du médecin traitant précisant la cause de l'arrêt de travail, la nature de la maladie et le traitement prescrit.

2/ Si l'assuré est non-salarié :

- dans les 15 jours suivant la date de l'arrêt de travail (délai ramené à 5 jours ouvrés, si la franchise choisie est de 7 ou 14 jours et à 7 jours pour la garantie "Confraternité Médicale des Bouches du Rhône"), une attestation du médecin traitant précisant la date de cessation totale d'activité professionnelle et la durée probable d'incapacité. Au-delà de ce délai, l'assuré sera considéré comme ayant cessé son activité le jour où l'organisme assureur aura reçu ce document ;
- une demande d'indemnités journalières et fournir sous pli confidentiel à l'adresse du médecin-conseil un certificat du médecin traitant précisant la cause de l'arrêt de travail, la nature de la maladie et le traitement prescrit ;
- s'il relève d'un régime obligatoire comportant le versement de prestations en espèces en cas d'incapacité temporaire totale de travail, produire l'original des décomptes ou du titre d'attribution des prestations émanant du régime obligatoire ;
- dans le cas d'une demande d'indemnisation du mi-temps thérapeutique prévue à l'article 20 bis ci-dessus, fournir une attestation du médecin traitant précisant la date de début et de durée prévisible du mi-temps thérapeutique, une attestation sur l'honneur d'exercice en mi-temps thérapeutique ainsi que, s'il y a lieu, le justificatif des prestations versées par le régime obligatoire à ce titre.
- au titre de la demande de versement des indemnités journalières maternité définies à l'article 20 ter ci-dessus, produire une demande de prestation précisant notamment le type de grossesse (simple ou gémellaire), un justificatif médical précisant la date présumée du début de la grossesse et la date prévue de l'accouchement, ainsi qu'une attestation sur l'honneur de cessation totale d'activité ; le cas échéant les justificatifs émanant du régime obligatoire.
En cas d'adoption, la demande de prestation doit être accompagnée d'une attestation sur l'honneur de cessation d'activité et des justificatifs de l'adoption (jugement d'adoption).
- au titre de la demande de prestations de garde d'enfant en cas d'hospitalisation définie à l'article 20 quater :

- un bulletin de séjour hospitalier justifiant la date d'entrée ainsi que la durée d'hospitalisation ou la date de sortie ou tout justificatif médical attestant de l'hospitalisation à domicile et de sa durée.
- une attestation sur l'honneur de la cessation d'activité de l'adhérent précisant la période d'arrêt liée à la nécessité de la garde d'enfant ou les justificatifs du recours à une garde d'enfant et de sa rémunération pendant la période d'indemnisation sollicitée.

g) au titre de la demande de versement de l'indemnité journalière de remplacement définie à l'article 20 quinquies ci-dessus, produire, outre les pièces visées ci-dessus, une copie du contrat de remplacement précisant la durée du remplacement et les modalités de calcul de la rémunération du remplaçant (pourcentage rétrocédé du total d'honoraires perçus au titre du remplacement), une attestation sur l'honneur précisant le montant total des honoraires encaissés pendant le remplacement et ceux rétrocédés au remplaçant, ainsi qu'une attestation sur l'honneur de cessation d'activité médicale libérale ; le cas échéant les justificatifs émanant du régime obligatoire.

3/ En cas d'hospitalisation, l'assuré doit, s'il y a lieu, transmettre un bulletin de situation.

4/ En cas d'accident, tout document probant établissant le lien de cause à effet entre l'incapacité de travail et l'accident (rapport de l'autorité compétente, coupure de presse etc...).

5/ Un relevé d'identité bancaire ou postal du compte de l'assuré ouvert en France sur lequel la prestation sera versée ;

SECTION 2 - En cas d'invalidité (rente d'invalidité)

Article 40 Déclaration de sinistre initiale - Pièces justificatives

L'assuré en état d'incapacité totale temporaire de travail de longue durée transmet, dans les six mois suivant la date de l'arrêt et en tout état de cause avant consolidation de son état⁽¹⁾, une déclaration de sinistre en y joignant un certificat médical, délivré par le médecin traitant, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'organisme assureur.

Ce certificat doit préciser :

- la cause de l'arrêt de travail, la nature et la date d'origine de la maladie ou de l'accident ayant entraîné l'incapacité de travail, le traitement prescrit ;
- la date de cessation totale d'activité professionnelle ;
- la durée probable de l'incapacité d'exercer une activité professionnelle (si elle est déjà déterminable, la date prévisible de consolidation).

Faute d'effectuer cette déclaration initiale dans le délai visé au premier alinéa ci-dessus, la date de consolidation de l'état de l'assuré, retenue le cas échéant pour déterminer le point de départ de la rente, ne peut être fixée antérieurement au jour de la réception par l'organisme assureur de la demande de rente d'invalidité.

(1) On considère que l'état de santé est consolidé à partir du moment où la pathologie n'est plus susceptible d'évolution ou encore, à partir du moment où les traitements médicaux et chirurgicaux ne sont plus susceptibles d'apporter une amélioration supplémentaire.

Article 41 Déclaration de l'invalidité - pièces justificatives

§ 1 - Pour les assurés non salariés

Dès la consolidation de son état et au plus tard dans les deux ans suivant celle-ci ou suivant le 37^{ème} mois d'incapacité de travail pour les assurés affiliés à une garantie "indemnités journalières de longue durée" (31^{ème} mois pour la formule 1 visée à l'article 27), l'assuré transmet à l'organisme assureur une demande de rente d'invalidité en y joignant les pièces justificatives suivantes :

- dans tous les cas, un certificat médical délivré par le médecin traitant, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'organisme assureur.

Ce certificat doit préciser :

- 1 - la cause de l'arrêt de travail, la nature et la date d'origine de la maladie ou de l'accident ayant entraîné l'incapacité permanente ;
- 2 - la date de consolidation au sens de la définition figurant à l'article 40 ci-dessus ;
- 3 - le taux d'invalidité permanente évalué comme indiqué ci-dessus ;
- 4 - la capacité (même partielle) ou l'incapacité totale de l'assuré d'exercer une activité professionnelle quelconque ou sa profession.

En outre, l'assuré ou l'adhérent doit transmettre l'original du titre de rente ou pension émanant du régime obligatoire (cette pièce est retournée à l'assuré) ;

- s'il y a lieu, la justification de la cessation totale et définitive de l'exercice professionnel attestée par la cession de la clientèle, de l'officine ou des parts sociales du cabinet, de la pharmacie et, le cas échéant, par la radiation de l'assuré du tableau de l'Ordre professionnel ;
- un relevé d'identité bancaire ou postal du compte de l'assuré ouvert en France sur lequel la prestation sera versée ;
- tout autre justificatif qui serait demandé par l'organisme assureur en fonction d'une situation particulière.

§ 2 - Pour les assurés salariés

Dès la reconnaissance par la Sécurité Sociale de son état d'invalidité et au plus tard dans les deux ans suivant celle-ci, l'assuré transmet à l'organisme assureur une demande de rente d'invalidité en y joignant :

- la notification d'attribution par la Sécurité Sociale d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité comme indiqué à l'article 36 ci-dessus ;
- un certificat médical, délivré par le médecin traitant, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'organisme assureur. Ce certificat doit préciser la cause de l'arrêt de travail, la nature et la date d'origine de la maladie ou de l'accident ayant entraîné l'incapacité de travail ;
- un relevé d'identité bancaire ou postal du compte de l'assuré ouvert en France sur lequel la prestation sera versée ;
- tout autre justificatif qui serait demandé par l'organisme assureur en fonction d'une situation particulière.

SECTION 3 - Déclaration de sinistre pour la garantie "Capital invalidité - Perte de profession"

Article 42 Demande de prestation - pièces justificatives

En vue du règlement de la prestation, le bénéficiaire doit produire les

justifications suivantes :

- une demande de règlement présentée dans un délai de trois mois à compter de la date de constatation médicale de l'incapacité de travail devenue définitive ;
- un certificat médical du médecin-traitant, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'organisme assureur, certifiant que l'assuré est atteint d'une incapacité définitive de travail d'un taux au moins égal à 66% ne pouvant donner lieu à révision et le plaçant dans l'impossibilité d'exercer sa profession ou spécialité ;
- un relevé d'identité bancaire ou postal du compte de l'assuré ouvert en France sur lequel la prestation sera versée ;
- tout autre justificatif qui serait demandé par l'organisme assureur en fonction d'une situation particulière.

SECTION 4 - Déclaration de sinistre pour la garantie "Capital invalidité - Accident"

Article 43 Déclaration de sinistre initiale - pièces justificatives

Tout accident survenu à un assuré doit être porté à la connaissance de l'organisme assureur dans un délai de trente jours à compter de la date de l'accident, sauf cas fortuit ou de force majeure.

Le bénéficiaire doit, à cet effet, faire parvenir à l'organisme assureur :

- une déclaration écrite mentionnant les nom, prénoms, âge et domicile de l'assuré, les nom et adresse des témoins, les circonstances, le lieu et la date de l'accident, accompagnée de tous documents justificatifs probants ;
- un certificat médical, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'organisme assureur, indiquant la nature des blessures ou lésions et les conséquences probables et, le cas échéant, la date approximative de la consolidation au sens de la définition figurant au renvoi (1) à l'article 36.

Toute déclaration frauduleuse ayant pour effet ou pour but d'induire en erreur l'assureur sur les circonstances ou les conséquences d'un accident, entraîne la perte de tous droits à l'indemnité. La preuve que l'incapacité permanente résulte d'un accident corporel incombe à l'assuré.

Article 44 Demande de prestation - Pièces justificatives

En vue du règlement des prestations, le bénéficiaire doit produire les justifications suivantes :

- une demande de règlement formulée dans un délai de deux ans à compter de la date de consolidation des blessures⁽¹⁾,
- un certificat médical, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de l'organisme assureur, faisant connaître le degré d'invalidité imputable à l'accident reconnu à titre définitif à l'assuré et comportant toutes constatations et précisions utiles à l'évaluation du taux d'incapacité permanente en application des dispositions de l'article 37 ci-dessus ;
- un relevé d'identité bancaire ou postal du compte de l'assuré ouvert en France sur lequel la prestation sera versée ;
- tout autre justificatif qui serait demandé par l'organisme assureur en fonction d'une situation particulière.

(1) Au sens du renvoi (1) figurant sous l'article 36

ANNEXE I - EXERCICE DU DROIT DE RENONCIATION PRÉVU À L'ARTICLE 8 DES CONDITIONS GÉNÉRALES/NOTICE D'INFORMATION

MODÈLE DE LETTRE-TYPE DE RENONCIATION AU CONTRAT

(A adresser par lettre recommandée avec accusé de réception au plus tard 30 jours après le premier versement de cotisation à l'AGMF : 34, boulevard de Courcelles - 75809 Paris Cedex 17).

Monsieur le Président,

Je soussigné(e), domicilié(e) à vous prie de bien vouloir prendre note, qu'usant de la faculté qui m'est conférée par l'article 8 des conditions générales/notice d'information, je désire renoncer à l'adhésion n° au contrat "Maintien de Revenus" - souscrit auprès de votre organisme.

Vous voudrez bien en conséquence, procéder dans les délais requis, à la restitution des cotisations versées.

Fait à, le
(signature du souscripteur ou de l'adhérent)

Les garanties ci-dessus sont assurées par AGMF - Prévoyance - Union de mutuelles soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité - 34 Boulevard de Courcelles - 75809 Paris Cedex 17. N° 775 666 340 (Contrats collectifs souscrits par l'ARPAG, Association de la loi de 1901, 34 Boulevard de Courcelles - 75809 Paris Cedex 17 avec conjointement le cas échéant avec une ou plusieurs organisations représentatives de professions non salariées conformément à l'art 998-1° du Code général des Impôts auprès d'AGMF Prévoyance).

ANNEXE II - GARANTIE CAPITAL INVALIDITÉ ACCIDENT BARÈME SPÉCIAL D'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE

adapté aux praticiens ayant une activité chirurgicale importante (article 37 § 2 des conditions générales)

Invalidité permanente totale			Membres supérieurs	Droit	Gauche
Aliénation totale incurable			Désarticulation de l'épaule	100%	100%
Cécité complète			Amputation du bras, de l'avant-bras, du poignet	100%	100%
Surdité totale des deux oreilles			Ankylose de l'épaule	100%	100%
Hémiplégie organique complète			Ankylose du coude en position défavorable	100%	100%
Désarticulation ou ankylose de l'épaule			Ankylose du coude en position favorable	80%	70%
Paralysie complète du plexus brachial, du médian du bras, du radial au-dessus du triceps			Ankylose radio-cubitale, main fixée en supination	100%	80%
Amputation du bras, de l'avant-bras, du poignet			Ankylose radio-cubitale, main fixée en pronation	60%	50%
Pseudarthrose l�che du bras, du coude ou de l'avant-bras droit	100%		Ankylose radio-cubitale, main fixée en position intermédiaire	70%	60%
Perte de la main			Ankylose du poignet (doigts libres)	55%	45%
Perte du pouce ou de la phalange terminale			Pseudarthrose l�che (membre de polichinelle) du bras, du coude ou de l'avant-bras, non appareillable	100%	10 %
Perte de l'index			Paralysie complète du plexus brachial	100%	100%
Perte du médius			Paralysie complète du circonflexe	80%	60%
Perte des deux membres inférieurs (au-dessus du tarse)			Paralysie complète du médian	100%	100%
Désarticulation ou ankylose de la hanche			Paralysie complète du radial au-dessus du triceps	100%	100%
Amputation de la cuisse au tiers moyen			Paralysie complète du radial au-dessous du triceps	90%	80%
Pseudarthrose l�che de la cuisse ou des deux os de la jambe			Paralysie complète du cubital au coude	85%	85%
			Paralysie complète du cubital au poignet	60%	50%
			Paralysie complète du musculo cutané	50%	40%
Invalidité permanente totale et partielle			Mains		
Tête (avec ou sans fracture du crâne)			Amputation ou perte fonctionnelle totale :	Droite	Gauche
Aliénation totale incurable	100%		De la main	100%	100%
�pilepsie post-traumatique avec crises très fréquentes (plusieurs par mois)	30% � 100%		Du pouce	100%	100%
�pilepsie démontrée d'origine traumatique suivant la fréquence des crises	20% à 100%		De l'index	100%	100%
Troubles psychiques et déficits des fonctions intellectuelles ; déficit neurologique objectif	20% à 100%		Du médius	100%	100%
Syndrome subjectif post-commotionnel complet (n'est indemnisé que s'il y a eu perte de connaissance initiale)	0% à 5%		De l'annulaire	40%	40%
			De l'auriculaire	20%	20%
			De la phalange terminale du pouce	100%	100%
			De la phalange terminale de l'index	80%	70%
			De la phalange terminale du médius	30%	20%
			De la phalange terminale de l'annulaire ou de l'auriculaire	10%	5%
Yeux et oreilles			Membres inférieurs		
Perte totale des yeux ou de la vision des deux yeux	100%		Perte complète de l'usage des deux jambes		100%
Perte totale d'un �il	33% à 100%		Désarticulation de la hanche		100%
Altération de la fonction visuelle	3% à 100%		Désarticulation du genou		80%
Surdité totale des deux oreilles	50% � 100%		Amputation de cuisse au tiers moyen		100%
Surdité totale unilatérale	30%		Amputation de jambe au tiers moyen		65%
Hypoacousie unilatérale	3% à 30%		Amputation de syme ou désarticulation tibio-tarsienne		60%
Hypoacousie bilatérale	3% � 65%		Amputation du pied (Pirogoff-Ricard)		50%
			Amputation du pied (Chopart-Lisfranc)		45%
Mâchoires et dents			Amputation des cinq orteils		25%
Perte de la mâchoire inférieure	80%		Amputation du gros orteil		15%
Fracture du maxillaire inférieur vicieusement consolidée avec trouble de l'articulé dentaire et selon la possibilité de prothèse	5% à 20%		Amputation d'un des quatre autres orteils		4%
�cartement interosseux inférieur à 10 mm suivant les causes	25% à 60%		Raideur et ankylose de la hanche en position défavorable		70%
Entre 10 et 30 mm suivant le degré de mastication	5% à 20%		Raideur et ankylose de la hanche en position favorable		50%
Amputation de la langue, suivant le degré de g�ne de la parole, de la mastication, de la déglutition	10% � 100%		Ankylose du genou en position défavorable		60%
			Ankylose du genou en position favorable		40%
			Ankylose du cou-de-pied		30%
Nez			Pseudarthrose l�che (membre de polichinelle) de la cuisse ou des deux os de la jambe, non appareillable		100%
Fracture des os propres ou de la cloison, sans sténose	0% à 5%		Rupture du tendon d'Achille		10% � 30%
Sténose unilatérale	10%		Névralgie, sciatique persistante (avec signes objectifs)		15% à 40%
Sténose bilatérale et selon rhinite	5% à 20%		Raccourcissement d'un membre inférieur :		
Anosmie totale associée à agu�sie	20%		- jusqu'à 2 cm		5%
			- supérieur à 2 cm et jusqu'à 4 cm		10%
			- supérieur à 4 cm et jusqu'à 5 cm		15%
			- supérieur à 5 cm et jusqu'à 7 cm		20%
			- supérieur à 7 cm		30%
Tronc (colonne vertébrale)			Paralysie du nerf sciatique		65%
Entorse vertébrale ou fracture d'une apophyse avec lumbago chronique d'origine traumatique	5% � 25%		Paralysie du nerf crural		40%
Fracture d'un corps vertébral et sans séquelles neurologiques	10% à 30%		Paralysie du nerf poplité interne		30%
Complications neurologiques	10% à 100%				
Côtes (sternum)			Divers		
Douleurs et g�ne au port de charge	0% à 10%		Hémiplégie organique complète		100%
Retentissement sur la fonction respiratoire objectif par des épreuves fonctionnelles	5% à 80%		Splénectomie totale		10%
			Néphrectomie (majoration du taux selon l'azotémie)		
Bassin (� l'exclusion de la hanche)			- sans insuffisance rénale		30%
Selon les séquelles (troubles statiques, moteurs et urinaires)	10% à 50%		- avec insuffisance rénale		30% à 100%

ANNEXE III - DISPOSITIONS CONCERNANT L'AIDE IMMÉDIATE AU DÉCÈS (AID) APPLICABLES À PARTIR DU 1^{ER} JANVIER 2008

Ces dispositions sont applicables à l'ensemble des membres participants des mutuelles affiliées à AGMF- Prévoyance répondant aux deux conditions cumulatives suivantes :

- ▶ être titulaire de contrats santé et/ou prévoyance AGMF souscrits à titre individuel avant le 1^{er} janvier 2008 éligibles à l'AID, à l'exception des contrats d'épargne retraite, les garanties en couverture de prêt, la dépendance et les frais d'obsèques et à l'exception des adhérents ayant souscrit leur contrat complémentaire santé après 65 ans.
- ▶ être âgé au 1^{er} janvier 2008 d'au moins 55 ans ou justifier à cette date d'au moins 15 ans d'ancienneté dans au moins une des garanties ci-dessus éligibles à l'AID.

Cette garantie ne couvre que le souscripteur du contrat (à l'exclusion des ayants droit en complémentaire santé).

Elle est destinée au règlement des frais de toute nature consécutifs au décès de l'adhérent et donne droit, tant que le contrat auquel elle est attachée est en vigueur, au versement d'une allocation égale aux 2/3 du salaire-plafond de la Sécurité Sociale en vigueur au 1^{er} janvier de l'année précédente.

Une seule prestation est accordée quel que soit le nombre de contrats comportant cette garantie dont était titulaire le membre participant décédé. Ces montants de garantie ne se cumulent pas.

Le bénéficiaire de la garantie est le conjoint survivant non séparé de corps de l'assuré par un jugement définitif passé en force de chose jugée. A défaut, le bénéficiaire est la personne physique justifiant du paiement des frais d'obsèques selon les modalités ci-dessous.

Le bénéficiaire transmet en cas de décès du membre participant assuré les pièces ci-après :

- ▶ si le bénéficiaire est le conjoint survivant non séparé de corps :
 - un bulletin de décès ;
 - une copie intégrale de l'acte de naissance de l'assuré ou une copie lisible du livret de famille du conjoint survivant portant les mentions "non décédé" et "non divorcé et non séparé de corps" ;
- ▶ si le bénéficiaire est la personne ayant supporté les frais d'obsèques :
 - un bulletin de décès ;
 - une copie lisible du livret de famille du conjoint portant, au titre du conjoint de l'assuré et, selon le cas, la mention "décédé" ou "divorcé" ou "séparé de corps" ;
 - la facture acquittée de l'entreprise de Pompes Funèbres ;
 - tout justificatif qui pourrait être demandé en fonction d'une situation particulière.

Tous droits et actions concernant la présente garantie se prescrivent par dix ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Ne sont pas pris en charge les décès résultant :

- ▶ d'un suicide de l'assuré survenant pendant la première année suivant la prise d'effet du contrat ;
- ▶ de faits de guerre étrangère lorsque la France est partie belligérante, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre ;
- ▶ de faits de guerre civile.

La garantie Aide Immédiate au décès est assurée par AGMF Prévoyance - Union soumise aux dispositions du Livre II du Code de la Mutualité - 34 Boulevard de Courcelles 75809 Paris Cedex 17 - N° 775 666 340 (Contrat collectif souscrit par l'ARPAG - Association loi 1901 auprès d'AGMF Prévoyance, contrat reconductible chaque année par décision de l'Assemblée générale d'AGMF Prévoyance). L'organisme assureur est soumis au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) 61 rue de Taitbout 75436 Paris Cedex 09.

ANNEXE IV - PROTECTION JURIDIQUE VIE PRIVÉE DISPOSITIONS APPLICABLES À PARTIR DU 1^{ER} JANVIER 2013

La garantie Protection Juridique Vie Privée est accordée à tout professionnel de santé ayant été admis comme adhérent/assuré au sein du contrat collectif RCM.13 et qui a souscrit la garantie Protection Juridique Vie Privée en complément des garanties Responsabilité Civile et Protection juridique Professionnelles.

La garantie Protection juridique Vie Privée est accordée, sans supplément de cotisation, à l'ensemble des adhérents membres participants des mutuelles affiliées à AGMF Prévoyance qui disposent d'un contrat complémentaire santé ou prévoyance AGMF (à l'exclusion de la garantie frais d'obsèques, garantie dépendance, garantie en couverture de prêt, épargne retraite, ou contrat spécifique excluant cette garantie). Le conjoint marié ou pacsé ainsi que les enfants mineurs non émancipés de l'adhérent sont également couverts par la présente garantie Protection juridique Vie Privée.

La garantie Protection juridique Vie Privée prend effet, soit à sa date de souscription en complément du contrat responsabilité civile professionnelle auquel elle est rattachée, soit au 1/01/2013 ou à la date d'effet du contrat santé ou prévoyance auquel elle est attachée, si celle-ci est postérieure au 1/01/2013.

En cas de pluralité de contrats ouvrant droit à la présente garantie Protection juridique Vie Privée, les plafonds contractuels de garantie prévus ci-dessous ne se cumulent pas.

Article 1 Définitions

Pour l'application de ce contrat, il faut entendre par :

- ▶ **Assuré** : l'adhérent défini ci-dessus, son conjoint marié ou pacsé ainsi que ses enfants mineurs non émancipés.
- ▶ **Litige** : toute réclamation ou désaccord amiable ou judiciaire opposant l'assuré à un tiers, conduisant l'assuré à faire valoir un droit ou résister à une prétention ou toute poursuite engagée à son encontre.
"Est considéré comme sinistre, le refus qui est opposé à une réclamation dont l'assuré est l'auteur ou le destinataire" (art L.127-2-1 Code des assurances).
- ▶ **Tiers** : toute personne physique ou morale autre que l'assuré défini ci-dessus.
- ▶ **Assureur** (ci-dessous appelé également "La Société") : PANACEA ASSURANCES, Société anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 50 000 000 € - Entreprise régie par le Code des Assurances, 34 boulevard de Courcelles, 75809 Paris cedex 17, 507 648 087 RCS Paris.

Article 2 Objet du contrat

Ce contrat garantit l'assistance et l'assurance de l'assuré défini ci-dessus en cas de litige relevant de sa vie privée. On entend par assistance, la recherche d'une solution amiable aux litiges couverts par la présente garantie et par assurance la prise en charge des coûts de procédure dans la limite des plafonds garantis indiqués dans le tableau figurant en fin de notice.

La gestion des sinistres protection juridique et des conseils est confiée au personnel du service protection juridique la société PANACEA ASSURANCES, société anonyme à directoire et conseil de surveillance- Entreprise régie par le Code des assurances, 34 boulevard de Courcelles, 75809 Paris cedex 17,

Article 3 Nature des prestations garanties

§ 1 - Assistance par téléphone

Dans le cadre de la garantie Protection Juridique, la Société répond aux demandes de renseignements juridiques exposés par l'Assuré, en vue de la prévention d'éventuelles actions juridictionnelles couvertes par le présent contrat. Ce service fonctionne aux jours et heures de service de la Société, du lundi au vendredi de 9 heures à 18 heures.

La rédaction de tout acte ou consultation écrite est exclue du champ de cette prestation.

§ 2- Recherche d'une solution au litige

La Société procède à l'examen de la déclaration, informe l'Assuré de la nature et de l'étendue de ses droits et obligations, apprécie le bien fondé juridique du litige et met en œuvre les moyens amiables ou judiciaires permettant à l'Assuré d'obtenir la solution la plus satisfaisante à son litige. Pour cela, elle demande, si besoin est, communication des pièces et informations nécessaires à l'instruction du dossier. En accord avec l'Assuré et tant que cela est possible, la Société effectue toutes les démarches auprès de la partie adverse pour obtenir une solution amiable. S'il s'avère nécessaire de donner une suite contentieuse au litige, sous la condition que l'action ne soit pas prescrite et qu'elle porte sur des prétentions juridiquement fondées, la Société prend en charge le coût de la procédure, à savoir :

- ▶ Les frais de constitution de dossiers, tels que les frais d'enquête, coût du procès verbal de police et sous réserve de son accord préalable, de constat d'huissier ;

- › Les honoraires d'experts désignés par la Société ;
- › Les frais et honoraires d'avocats, d'avoués et des auxiliaires de justice ;
- › Les frais de justice engagés pour l'exercice du recours, sur lequel l'Assuré a donné son accord selon les modalités visé à l'article 5 des présentes conditions générales.

Article 4 Exclusions

La Société ne couvre pas :

- › Les litiges inférieurs à 300 Euros ;
- › Les litiges garantis pour la défense ou le recours par une autre assurance ou découlant d'un défaut d'assurance obligatoire ;
- › Les litiges provoqués intentionnellement par l'Assuré ou dont il se rend complice, ainsi que ceux résultant de sa participation à un crime, un délit intentionnel, une agression ou rixe, sauf en cas de légitime défense ;
- › Les litiges résultants de la guerre civile ou étrangère, d'émeutes, de mouvements populaires, d'actes de terrorisme ou de sabotage commis dans le cadre d'actions concertées ;
- › Les litiges relatifs à l'expression d'opinions politiques ou syndicales ou à la participation à un acte de défense d'intérêts collectifs ;
- › Les litiges relatifs à la vie professionnelle des assurés.
- › Les litiges relatifs aux matières fiscales ou douanières.
- › Les simples renseignements juridiques, conseils et avis en l'absence de litige ;
- › les litiges liés à la qualité d'employeur ou de dirigeant statutaire d'associations, de sociétés commerciales ou civiles, de la détention de parts sociales ou valeurs mobilières, de la participation dans une société civile professionnelle, groupement de coopération sanitaire ou de toute autre structure civile, administrative ou commerciale, ainsi qu'en qualité de mandataire social de droit ou de fait ;
- › Les litiges relatifs au droit des personnes (livre 1 du Code Civil), aux régimes matrimoniaux, aux successions et aux libéralités ;
- › Les litiges résultant d'événements naturels et climatiques ayant fait l'objet d'un arrêté préfectoral ou ministériel ;
- › Les litiges résultant de l'inexécution par l'assuré d'une obligation légale ou contractuelle ;
- › Les litiges financiers attachés à l'engagement de l'adhérent en qualité de caution ;
- › Les litiges liés à l'achat, la vente, la location, la possession ou l'utilisation d'un véhicule terrestre à moteur, d'un bateau ou d'un aéronef ;
- › Les litiges relatifs à des travaux soumis à déclaration ou autorisation préalable ainsi que ceux relevant de l'obligation d'assurance en vertu de la loi du 4 janvier 1978 ;
- › Les actions en simple recouvrement de créances ;
- › Les litiges relatifs aux règlements de quote-part de copropriété.
- › Les litiges relatifs à l'application du présent contrat, et de façon plus générale, tout litige vous opposant à l'AGMF et/ou au Groupe Pasteur Mutualité.

Par ailleurs, ne sont jamais pris en charge les amendes pénales ou civiles, les frais de cautions pénales, les consignations pénales, les sommes au paiement desquelles l'Assuré est condamné pour réparer le préjudice qu'il a causé en principal et intérêts ainsi que toutes les autres indemnités compensatoires, les frais et dépens exposés par la partie adverse de même que les sommes au paiement desquelles l'Assuré est condamné au titre de l'article 700 du Nouveau Code de Procédure Civile, 375 et 475-1 du Code de Procédure Pénale ou L761-1 du Code de Justice Administrative, les frais d'exequatur ou d'exécution d'une décision hors du territoire national, les frais engagés en l'absence d'accord préalable de la société par l'Assuré pour l'obtention de constats d'huissiers, d'expertises amiables ou toute autre pièce justificatives.

Article 5 Dispositions relatives à la garantie

§ 1 - Modalités de gestion :

Il est précisé que l'Assuré, conseillé par l'avocat qu'il choisit, conserve dans tous les cas la direction de la procédure.

En cas de procédure prise en charge dans le cadre du présent contrat, l'Assuré peut faire appel à l'avocat ou à la personne qualifiée de son choix ou s'en remettre, s'il le souhaite, à la Société pour la désignation de la personne chargée de défendre ses intérêts ou de le représenter.

Cette disposition est également applicable chaque fois que survient un conflit d'intérêt entre lui-même et la Société.

Lorsque l'Assuré souhaite exercer un recours à l'encontre d'un tiers, la Société n'intervient que si elle estime que le recours est fondé en droit.

L'Assuré ne peut saisir directement un avocat, une personne qualifiée ou une juridiction sans l'accord de la Société. Les frais qu'il engagerait resteraient alors à sa charge sans pour autant perdre votre droit à garantie. Néanmoins, en cas d'urgence, il peut seul prendre les mesures conservatoires strictement nécessaires, à charge d'en informer la Société dans les 48 heures conformément à l'article L127-2-2 du Code des Assurances.

En cas de désaccord entre la Société et l'Assuré au sujet de mesures à prendre pour régler un différend, cette difficulté peut être soumise à l'arbitrage. Dans ce cas, la difficulté est soumise à l'appréciation d'une tierce personne désignée d'un commun accord par les parties ou, à défaut, par le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés. Les frais exposés pour la mise en oeuvre de cette faculté sont à la charge de la Société. Toutefois, le Président du Tribunal de Grande Instance statuant en la forme des référés, peut en décider autrement lorsque l'Assuré a mis en oeuvre cette faculté dans des conditions abusives.

Lorsque cette procédure est exercée, le délai de recours contentieux est suspendu pour toutes les instances juridictionnelles qui sont couvertes par la garantie d'assurance et que l'Assuré est susceptible d'engager en demande, jusqu'à ce que la tierce personne chargée de proposer une solution en ait fait connaître la teneur.

Si l'Assuré a engagé à ses frais une procédure contentieuse et obtient une solution plus favorable que celle qui lui avait été proposée par la Société ou par la tierce personne, la Société l'indemnise des frais exposés pour l'exercice de cette action, déduction faite des sommes revenant à l'Assuré au titre des dépens ou de l'article 700 du Nouveau Code de procédure civile, de l'article L 761-1 du Code de justice administrative, ou des articles 375 et 475-1 du Code de procédure pénale, dans la limite du montant de la garantie.

§ 2 - Modalités de prise en charge des frais et honoraires d'avocat - Subrogation :

- › Quelles que soient les modalités de mise en oeuvre des garanties, la Société prend en charge l'ensemble des frais et honoraires d'avocat ou de toute autre personne qualifiée qui s'avèrent nécessaires, dans les limites du plafond de garantie et du barème de prise en charge des honoraires d'avocat annexé aux Conditions Particulières.
- › Lorsque l'Assuré s'en remet à la Société pour la désignation d'un avocat ou de toute autre personne qualifiée, la Société prend directement en charge les frais et honoraires correspondants **dans la limite des montants prévus du tableau de prise en charge contractuel.**
- › Si l'Assuré décide de choisir lui-même son avocat ou toute autre personne qualifiée :
 - lorsque l'Assuré a lui-même fait l'avance des honoraires et/ou frais, la Société le rembourse sur justificatif, pour chaque intervention, plaidoirie, pourvoi ou recours, au fur et à mesure que ces frais ont été exposés **dans la limite des montants prévus du tableau de prise en charge contractuel.**
 - dans l'hypothèse où une délégation d'honoraires a été consentie par l'Assuré à son avocat, permettant à ce dernier de s'adresser directement à la Société pour le paiement de ses frais et honoraires, la Société s'engage à régler directement l'avocat à concurrence du plafond contractuel.
- › Les dispositions relatives à la subrogation de la Société sont applicables aux sinistres "Protection juridique" pour la récupération, auprès de tout responsable, des sommes payées par la Société pour le compte de l'Assuré, notamment des frais de justice et des dépens. Toutefois, toute somme obtenue en remboursement des frais et honoraires exposés pour la solution d'un litige bénéficie prioritairement à l'Assuré à due concurrence des dépenses dûment justifiées qui resteraient à sa charge.

§ 3 - Obligations de l'Assuré

En cas de litige, l'Assuré doit :

- › **donner, dès qu'il en a connaissance et au plus tard dans un délai de 5 jours ouvrés**, avis du litige au siège de la Société par lettre recommandée ;
- › transmettre à la Société, dès réception, tous avis, lettres, convocations, assignations, actes extrajudiciaires et pièces de procédures susceptibles de relever de la garantie qui lui sont adressés, remis ou signifiés ;
- › indiquer dans la déclaration du litige, la date, les circonstances de faits, les noms et adresse des tiers concernés et d'une manière générale toute information permettant une meilleure connaissance du litige ;
- › communiquer sur simple demande de la Société et sans délai, tout document nécessaire à la gestion du litige.

Faute pour l'Assuré de se conformer aux obligations ci-dessus, sauf cas fortuit ou de force majeure, la Société peut réclamer une indemnité proportionnée au préjudice que ce manquement lui a causé. Si, de mauvaise foi, l'Assuré fait une déclaration inexacte, exagère le montant de ses dommages, emploie

comme justification des documents inexacts ou use de moyens frauduleux, l'Assuré est entièrement déchu du droit à garantie.

§ 4 - Etendue territoriale

Les garanties du présent contrat s'exercent exclusivement en France métropolitaine et dans les départements d'Outre-Mer.

§ 5 - Fonctionnement de la garantie dans le temps

Les garanties de la présente partie s'appliquent à tous les litiges déclarés après l'adhésion au contrat et dont les éléments constitutifs étaient inconnus de l'Assuré à la date de prise d'effet de l'adhésion. Les garanties ne sont pas acquises pour les litiges déclarés à la Société postérieurement à la cessation de l'adhésion au contrat.

PLAFOND CONTRACTUEL DE PRISE EN CHARGE DES HONORAIRES D'AUXILIAIRES DE JUSTICE	
TYPE DE PROCÉDURE	PLAFOND EN EUROS
Commission administrative, Tribunal de Police (infraction de la 1 ^{ère} à la 4 ^{ème} classe).	620 €
Tribunal de Police (infractions de la 5 ^{ème} classe)	800 €
Tribunal Correctionnel	1 000 €
Plainte avec constitution de partie civile	120 €
Liquidation des intérêts civils, Assistance d'un civilement responsable	750 €
Médiation pénale	500 €
Assistance a garde à vue <ul style="list-style-type: none"> • de 20 h à 6 h • Week end et jours fériés 	120 € 250 €
Assistance suite a mise en examen devant le juge d'instruction Assistance en tant que témoin assisté	2 200 € 650 €
Référé, mesure d'instruction avant dire droit	600 €
Assistance à expertise	120 €
Tribunal d'Instance, Tribunal de Grande Instance, de Commerce, Administratif, Tribunal des Affaires Sociales	1 100 €
Ordonnance du Juge de la mise en état, Ordonnance du juge de l'exécution	700 €
Juridictions ordinales : <ul style="list-style-type: none"> • Conseil Départemental : • Conseil Régional : • Appel devant le Conseil national : 	250 € 1 100 € 1 300 €
Cour d'appel : procédure Civile, Sociale, pénale, administrative, ordinale	1 300 €
Cour de Cassation, Conseil d'Etat	2 200 €
Cour d'assise	2 200 €
Transaction : 50% du plafond prévu si la procédure avait été menée à son terme devant la juridiction concernée	Selon juridiction
- Plafond général pour un litige : - Sauf pour ceux relatifs aux biens immobiliers appartenant à l'assuré et mis en location : - Plafond relatif aux frais d'expertises (amiable et judiciaire) : - Plafonds relatif aux frais d'avoué	20 000 € 2 000 € 2 000 € 1 200 €
<p><i>Ces montants incluent, outre les honoraires, la TVA, ainsi que les frais, droits divers, débours ou émoluments (notamment de postulation devant le Tribunal de Grande Instance). Ils n'incluent pas les frais d'actes d'huissiers de justice ainsi que, le cas échéant, les frais de mandataire devant le Tribunal de Commerce. Ces montants sont applicables par ordonnance, jugement ou arrêt ainsi qu'en cas de pluralité d'avocats, c'est à dire lorsqu'un avocat succède, à votre demande, à un autre avocat pour la défense de vos intérêts, ou si vous faites le choix de plusieurs avocats.</i></p>	

PROTECTION JURIDIQUE - Assistance téléphonique
Du lundi au vendredi, de 9h à 18h
Tél : 01 40 54 54 54, Fax : 01 40 54 54 93, Email : protection.juridique@gpm.fr

Garanties souscrites auprès de PANACEA ASSURANCES, Société anonyme à Directoire et Conseil de Surveillance au capital de 50 000 000 €, entreprise régie par le Code des Assurances, siège social : 34, boulevard de Courcelles 75809 PARIS Cedex 17, 507 648 087 RCS Paris.

Statuts AGMF PREVOYANCE

TITRE 1^{er} - FORMATION, OBJET ET COMPOSITION DE L'UNION

CHAPITRE 1^{er} - FORMATION ET OBJET

ARTICLE 1^{er} - DÉNOMINATION ET SIÈGE

Une Union de Mutuelles appelée "Association Générale des Médecins de France - Prévoyance" est établie à PARIS 17^{ème}, 34 Boulevard de Courcelles.

Toutefois, dans la correspondance courante et pour l'exécution des opérations postales, il pourra être fait usage des appellations abrégées Association Générale des Médecins de France, AGMF ou AGMF Prévoyance.

L'Union est régie par le Code de la mutualité. Elle est immatriculée sous le N° 775 666 340 et inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 612-21 du Code monétaire et financier.

ARTICLE 2 - OBJET

I - L'Union a pour objet de réaliser, à titre individuel ou collectif, au profit des personnes physiques susceptibles de bénéficier légalement de ses prestations, les opérations d'assurance suivantes :

- la couverture des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie ;
- la contraction d'engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine ;
- la couverture à titre accessoire des besoins liés au mariage ou à la naissance d'enfants par le versement d'un capital lors de ces événements ;
- la réalisation d'opérations faisant appel à l'épargne en vue de la capitalisation et impliquant des engagements déterminés.

Elle accepte les engagements mentionnés ci-dessus en réassurance.

Elle peut également, à la demande d'autres mutuelles ou Unions, se substituer entièrement à ces organismes dans les conditions prévues au livre II du Code de la mutualité pour la délivrance de ces engagements.

II - Les branches d'assurance qu'elle peut garantir ou accepter en réassurance, sous réserve de l'obtention des agréments prévus par la législation, sont les suivantes :

- 1) Accidents (prestations forfaitaires, indemnitaires et combinaison)
- 2) Maladie (prestations forfaitaires, indemnitaires et combinaison)
- 3) Vie-décès

III - L'Union peut souscrire des contrats collectifs auprès d'une autre Union, d'une mutuelle, d'une institution de prévoyance ou d'une entreprise d'assurances, dans les conditions prévues à l'article L. 221-3 du Code de la mutualité, en vue de faire bénéficier les membres participants des mutuelles adhérentes ou une catégorie d'entre eux de garanties supplémentaires.

IV - L'Union peut recourir à des intermédiaires d'assurance ou de réassurance dans les conditions prévues à l'article L. 116-2 du Code de la mutualité.

V - L'Union peut déléguer de manière totale ou partielle la gestion d'un contrat collectif, dans les conditions prévues à l'article L. 116-3 du Code de la mutualité.

VI - L'Union peut présenter à titre accessoire des garanties dont le risque est porté par un autre organisme habilité à pratiquer des opérations d'assurance, dans les conditions prévues à l'article L. 116-1 du Code de la mutualité.

VII - L'Union peut adhérer ou créer une Union de Groupe Mutualiste (UGM) conformément à l'article L.111-4-1 du Code de la mutualité.

VIII - L'Union peut adhérer ou créer une Union Mutualiste de Groupe (UMG) conformément à l'article L. 111-4-2 du Code de la mutualité.

IX - L'Union peut adhérer à une Société de Groupe d'Assurance Mutuelle (SGAM) conformément à l'article L. 322-1-3 du Code des assurances.

ARTICLE 3 - RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Un règlement intérieur, adopté par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration, détermine en tant que de besoin les conditions d'application des présents statuts.

Tous les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts.

ARTICLE 4 - RÈGLEMENTS DES GARANTIES

Des règlements des garanties, adoptés par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration, déterminent, par branche d'assurance, le contenu des engagements contractuels entre l'Union et les membres participants des groupements adhérents et les membres honoraires.

Les droits et obligations résultant d'opérations collectives définies à l'article L. 221-2-III du Code de la mutualité sont le cas échéant déterminés par un contrat écrit entre le souscripteur et l'Union.

Les régimes d'assurance proposés par l'Union mais garantis par d'autres organismes sont détaillés dans des contrats ou notices d'information remis aux adhérents concernés.

ARTICLE 5 - RESPECT DE L'OBJET SOCIAL

Les instances dirigeantes de l'Union s'interdisent toute délibération sur des sujets étrangers aux buts de l'Union.

CHAPITRE 2 - CONDITIONS D'ADMISSION, DE DÉMISSION, DE RADIATION ET D'EXCLUSION

SECTION I - CONDITIONS D'ADMISSION

ARTICLE 6 - CONDITIONS D'ADMISSION

Peuvent adhérer à l'Union les mutuelles et Unions régies par le Code de la mutualité, ainsi que toutes les personnes morales qui, en application dudit Code, peuvent avoir vocation à adhérer à une Union mutualiste.

Ne peuvent adhérer que les groupements qui souhaitent faire bénéficier des garanties proposées par l'Union leurs membres participants ou les membres participants de leurs mutuelles.

Peuvent être admis comme membres honoraires les personnes morales qui souscrivent un ou plusieurs contrats collectifs auprès de l'Union.

L'admission de nouveaux groupements adhérents est prononcée par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 7 - ASSURÉS, BÉNÉFICIAIRES, AYANTS-DROIT

Les membres participants des groupements adhérents peuvent s'assurer pour eux mêmes ou pour ceux qu'ils désignent dans le contrat, dans les limites qui résultent de la loi et des règlements des garanties.

Sont regardés comme ayants-droit, pour les prestations dues au titre de l'assuré : l'assuré lui-même ou la personne désignée au contrat ; en cas de décès de l'assuré : ses successibles dans l'ordre fixé par le Code civil ou, si la loi l'autorise, la personne spécialement désignée par le contrat.

Pour les prestations en nature d'assurance maladie, sont regardés comme ayants-droit de l'assuré, si le contrat le prévoit : son conjoint, son partenaire dans le cadre d'un PACS, son concubin, ses enfants à charge selon la définition retenue par le contrat d'assurance et toute personne regardée comme ayant-droit au sens du Code Général des Impôts ou du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 8 - LOGO DU GROUPE

Toute adhésion à l'Union implique pour les organismes adhérents le droit d'utiliser son logo dans les conditions définies par celle-ci, sans préjudice des conventions d'usage pouvant être passées avec les autres organismes membres de Groupe Pasteur Mutualité.

ARTICLE 9 - FUSION OU SCISSION DES MEMBRES ADHÉRENTS

Lorsque deux ou plusieurs groupements mutualistes adhérents à l'Union fusionnent entre eux, l'organisme résultant de la fusion est de plein droit adhérent de l'Union. Il en va de même lorsqu'un groupement mutualiste adhérent absorbe un autre groupement mutualiste non adhérent.

Lorsqu'un groupement mutualiste adhérent est absorbé par un autre groupement mutualiste non adhérent, l'organisme issu de la fusion doit solliciter son admission auprès du Conseil d'Administration. Lorsqu'un groupement mutualiste adhérent se scinde en plusieurs groupements mutualistes, les organismes issus de la scission sont de plein droit adhérents à l'Union, sauf à présenter leur démission dans les conditions énoncées à l'article 10.

SECTION II - DÉMISSION, RADIATION, EXCLUSION

ARTICLE 10 - DÉMISSION

La démission est notifiée à l'Union par lettre recommandée avec accusé de réception adressée au Président du Conseil d'Administration.

ARTICLE 11 - RADIATION

Sont radiés les membres qui ne remplissent plus les conditions auxquelles les présents statuts subordonnent l'admission. Leur radiation est prononcée par le Conseil d'Administration.

Sont également radiés les membres qui n'ont pas payé la contribution visée à l'article 68 ci-après au 31 décembre de l'exercice écoulé. En ce cas, la radiation est précédée d'une mise en demeure faite par lettre recommandée. La radiation peut être prononcée s'il n'a pas été satisfait à cette mise en demeure dans un délai de quinze jours à compter de sa réception. Il peut toutefois être sursis par le Conseil à l'application de cette mesure pour les membres participants qui établissent que des circonstances indépendantes de leur volonté les ont empêchés de payer la cotisation.

Peuvent aussi être radiés les membres de l'Union dont les membres participants ne font plus appel aux services de l'Union. Le membre dont la radiation est envisagée pour ce motif est invité à présenter ses observations sur la mesure envisagée par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée quinze jours au moins avant que la mesure soit décidée.

ARTICLE 12 - EXCLUSION

Peuvent être exclus les membres de l'Union qui auraient causé volontairement à ses intérêts un préjudice dûment constaté ou qui refusent de se soumettre aux obligations prévues par les présents statuts.

Le membre de l'Union dont l'exclusion est proposée pour l'un de ces motifs est convoqué devant le Conseil d'Administration, par lettre recommandée avec accusé de réception envoyée quinze jours au moins avant la date prévue, pour être entendu sur les faits qui lui sont reprochés.

S'il ne se présente pas au jour indiqué, une nouvelle convocation lui est adressée par lettre recommandée pour le plus prochain conseil.

S'il s'abstient encore d'y déférer, son exclusion peut être prononcée par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 13 - CONSÉQUENCES DE LA CESSATION D'ADHESION

La démission, la radiation et l'exclusion ne donnent pas droit au remboursement des cotisations et subventions versées.

CHAPITRE 3 - DISSOLUTION VOLONTAIRE

ARTICLE 14 - CONDITIONS DE LA DISSOLUTION VOLONTAIRE

La dissolution volontaire ne peut être décidée que si les conditions de quorum et de majorité prévues à l'article 21 sont réunies. Tout projet de dissolution inscrit à l'ordre du jour est accompagné d'un rapport de son auteur exposant les raisons de cette dissolution et les dispositions qu'il est proposé de prendre conformément à la loi et aux présents statuts.

ARTICLE 15 - CONSÉQUENCES DE LA DISSOLUTION VOLONTAIRE

L'Assemblée Générale qui vote la dissolution désigne un ou plusieurs liquidateurs. Si aucun liquidateur n'est désigné par l'Assemblée, le Président en fonction saisit sans délai le Président du Tribunal de Grande Instance en référé pour qu'il en désigne un ou plusieurs.

Les fonctions des Administrateurs cessent avec la désignation du ou des liquidateurs.

Les liquidateurs ont tous les pouvoirs qui ne sont pas réservés à l'Assemblée Générale pour procéder aux opérations de liquidation. Ils se conforment aux exigences de l'article L. 212-14 du Code de la mutualité et rendent compte de leurs opérations au Commissaire aux comptes.

Les liquidateurs convoquent une Assemblée Générale chargée d'approuver les comptes de la liquidation. Sans préjudice du respect des règles énoncées à l'article L. 212-5 du Code de la mutualité, la dévolution de l'excédent de l'actif net sur le passif est décidée par l'Assemblée Générale dans les conditions énoncées à l'article L. 113-4 dudit Code.

TITRE II - ADMINISTRATION DE L'UNION

CHAPITRE 1^{er} - ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

SECTION I - COMPOSITION, ÉLECTIONS

ARTICLE 16 - COMPOSITION

L'Assemblée Générale est composée des délégués des groupements mutualistes adhérents. Les délégués sont élus ou désignés par le groupement mutualiste qu'ils représentent dans les conditions fixées par les statuts de ces groupements.

Chaque délégué ne dispose que d'une seule voix.

ARTICLE 17 - NOMBRE DE DÉLÉGUÉS

Chaque groupement est représenté à l'Assemblée Générale par un délégué pour 0,314% du chiffre d'affaires prévoyance et complémentaire santé des contrats individuels et collectifs d'AGMF Prévoyance (hors acceptations) généré par ses membres participants. L'assiette ainsi définie est majorée pour les mutuelles locales d'un tiers des cotisations apportées aux mutuelles nationales par les membres en situation de multiple appartenance au sens de l'article 69 ; ce tiers est déduit de l'assiette retenue pour lesdites mutuelles nationales.

L'assiette ainsi définie est majorée pour les mutuelles dites professionnelles (au sens de l'article 69) d'un tiers des cotisations apportées aux mutuelles nationales par les membres en situation de multiple appartenance au sens de l'article 69 ; ce tiers est déduit de l'assiette retenue pour lesdites mutuelles nationales.

Le chiffre d'affaires retenu est celui de l'exercice précédent.

Le calcul du nombre de délégués est arrondi à l'entier le plus proche avec un minimum de 2 délégués et un maximum de 20. Le nombre de délégués ainsi obtenu ne peut toutefois être inférieur à celui calculé à raison d'un délégué pour 1000 membres participants arrondi à l'entier le plus proche et excéder un maximum de 20 délégués.

L'effectif pris en compte est celui du 31 décembre précédent, le seuil d'effectif ci-dessus étant par ailleurs indexé chaque année et pour la première fois en 2008 sur la base du pourcentage d'augmentation des effectifs entre le 31 décembre de l'année N-2 et le 31 décembre de l'exercice précédent.

Deux mois au moins avant l'Assemblée Générale Ordinaire, le Président du Conseil d'Administration notifie à chacun des organismes membres le nombre de délégués appelés à les représenter. Le nombre de délégués ainsi calculé reste valable jusqu'à la prochaine Assemblée Générale Ordinaire. L'Assemblée Générale ordinaire est celle qui est appelée à statuer sur les comptes de l'exercice précédent.

Les groupements adhérents élisent ou désignent, en sus des délégués titulaires, des délégués suppléants en nombre égal à la moitié des délégués titulaires.

Lorsque les titulaires sont empêchés de participer à l'Assemblée Générale, les suppléants peuvent les remplacer, dans l'ordre de leur désignation.

Un mois au moins avant la date prévue pour l'Assemblée Générale Ordinaire, chaque groupement adhérent notifie à l'Union le nom et l'adresse de ses délégués titulaires et suppléants par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de regroupement de mutuelles par voie de fusion ou de dissolution avec dévolution de l'actif et du passif à une autre mutuelle, le nombre de délégués issus de ce regroupement ne pourra pas être inférieur au nombre total de délégués auquel chacune des mutuelles avait droit à l'Assemblée Générale précédant le regroupement. Cette disposition transitoire s'appliquera jusqu'à la tenue de la troisième Assemblée Générale d'approbation des comptes qui suivra le regroupement. À l'expiration de ce délai, il sera fait application des alinéas 1 à 4 du présent article.

SECTION II - RÉUNIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ARTICLE 18 - CONVOCATIONS

L'Assemblée Générale se réunit au moins une fois par an sur convocation du Président du Conseil d'Administration, ou dans les conditions prévues à l'article L. 114-8 du Code de la mutualité.

ARTICLE 19 - ORDRE DU JOUR

L'ordre du jour de l'Assemblée Générale est fixé par l'auteur de la convocation. Il est joint à celle-ci.

Les délégués peuvent demander l'inscription à l'ordre du jour de projets de résolutions dans les conditions déterminées comme suit conformément aux articles L. 114-8- III et D. 114-6 du Code de la mutualité : tout projet de résolution adressé par lettre recommandée avec accusé de réception au Président du Conseil d'Administration cinq jours au moins avant la date de la réunion de l'Assemblée Générale, par le quart au moins des délégués titulaires, est obligatoirement inscrit à l'ordre du jour.

L'Assemblée Générale ne peut délibérer que sur une question inscrite à l'ordre du jour. Néanmoins, elle peut en toutes circonstances révoquer un ou plusieurs membres du Conseil d'Administration et procéder à leur remplacement. Elle prend en outre, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier de l'Union et à respecter les règles prudentielles prévues par le Code de la mutualité.

ARTICLE 20 - PROCÈS-VERBAUX

Il est établi sous la responsabilité du Secrétaire Général un procès verbal de chaque réunion de l'Assemblée Générale. Ce procès-verbal est signé par le Secrétaire Général et le Président.

ARTICLE 21 - QUORUM ET MAJORITÉ

1/ Délibérations de l'Assemblée Générale nécessitant un quorum et une majorité renforcés pour être adoptées.

Lorsqu'elle se prononce sur la modification des statuts, les activités exercées, les montants ou taux de cotisation, les délégations de pouvoir au Conseil d'Administration, les prestations offertes, le transfert de portefeuille, les principes directeurs en matière de réassurance, la fusion, la scission, la dissolution de l'Union, la création d'une nouvelle Union, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si les délégués présents sont en nombre au moins égal à la moitié du nombre des délégués titulaires.

Si, lors de la première convocation, l'Assemblée Générale n'a pas réuni le quorum fixé à l'alinéa précédent, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée qui délibère valablement si les délégués présents sont en nombre au moins égal au quart du nombre des délégués titulaires.

Les décisions sont adoptées à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

2/ Autres délibérations de l'Assemblée Générale

Pour l'exercice des attributions autres que celles mentionnées au § 1/ ci-dessus, l'Assemblée Générale ne délibère valablement que si les délégués présents sont en nombre au moins égal au quart du nombre des délégués titulaires. Si, lors de la première convocation, l'Assemblée Générale n'a pas réuni ce quorum, une seconde Assemblée Générale peut être convoquée, qui délibère valablement quel que soit le nombre de délégués présents et de groupements représentés.

Les décisions sont adoptées à la majorité simple des suffrages exprimés.

SECTION III - ATTRIBUTIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

ARTICLE 22 - COMPÉTENCES RÉSERVÉES À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

L'Assemblée Générale de l'Union procède à l'élection des membres du Conseil d'Administration et, le cas échéant, à leur révocation.

Elle est seule compétente pour statuer sur :

- 1°) la modification des statuts ;
 - 2°) la dissolution de l'Union, sa scission ou sa fusion avec une autre Union ;
 - 3°) l'adhésion à une Union, à une fédération ou à une SGAM ;
 - 4°) la création d'une autre Union ;
 - 5°) les activités exercées ;
 - 6°) la nature des prestations offertes ;
 - 7°) la conclusion d'une convention de substitution ;
 - 8°) les règles générales auxquelles doivent obéir les opérations de cession de réassurance ;
 - 9°) le transfert de tout ou partie du portefeuille de contrats, que l'Union agisse comme cédante ou cessionnaire ;
 - 10°) la ratification de toute décision de souscription d'un contrat collectif dans les conditions prévues par l'article L. 221-3 du Code de la mutualité ;
 - 11°) l'émission des titres participatifs, de titres subordonnés et d'obligations ;
 - 12°) la désignation des Commissaires aux comptes ;
 - 13°) les principes que doivent respecter les délégations de gestion des contrats collectifs prévues à l'article L116-3 du Code de la mutualité et à l'article 2 V des présents statuts ;
- et plus généralement sur toutes les matières pour lesquelles la loi impose la consultation de l'Assemblée Générale.

ARTICLE 23 - COMPÉTENCES À EXERCER CHAQUE ANNÉE

L'Assemblée Générale statue chaque année sur :

- 1°) la modification, si elle est nécessaire, des montants ou taux de cotisations, ou la délégation donnée au Conseil d'Administration aux fins de fixer ces montants ou ces taux ;
 - 2°) la modification, si elle est nécessaire, des montants ou taux des prestations offertes, ou la délégation donnée au Conseil d'Administration pour fixer ces montants ou ces taux ;
 - 3°) le rapport de gestion et les comptes annuels présentés par le Conseil d'Administration et les documents, états et tableaux qui s'y rattachent ;
 - 4°) Les comptes combinés ou consolidés de l'exercice ainsi que sur le rapport de gestion du groupe auquel elle appartient, dès lors qu'elle en aurait l'obligation réglementaire ;
 - 5°) le rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées, mentionné à l'article L. 114-39 du Code de la mutualité ;
 - 6°) les indemnités à attribuer aux Administrateurs, dans les conditions prévues à l'article L. 114-26 du Code de la mutualité et le rapport spécial sur les indemnités versées au cours de l'année écoulée, certifié par le Commissaire aux comptes, tel qu'il est prévu par l'article L. 114-17 du Code de la mutualité ;
 - 7°) le rapport du Conseil d'Administration relatif aux transferts financiers entre l'Union et d'autres groupements mutualistes, auquel est joint le rapport du Commissaire aux comptes prévu par l'article L. 114-39 du Code de la mutualité ;
 - 8°) le rapport présenté par le Conseil d'Administration sur les opérations d'intermédiation et les délégations de gestion, mentionné à l'article L 116-4 du code de la mutualité ;
- et plus généralement sur toutes les matières pour lesquelles la loi impose un vote annuel de l'Assemblée Générale..

ARTICLE 24 - CLAUSE GÉNÉRALE DE COMPÉTENCE

L'Assemblée Générale peut valablement délibérer sur toute autre question inscrite à son ordre du jour. Les membres et les organes de l'Union se conforment à ses décisions.

CHAPITRE 2 - CONSEIL D'ADMINISTRATION

SECTION I - COMPOSITION, ÉLECTION

ARTICLE 25 - COMPOSITION

1/ L'Union est administrée par un Conseil d'Administration de 53 membres élus parmi les délégués à l'Assemblée Générale de l'Union, dans les conditions fixées aux articles 26 à 28.

Les sièges sont répartis en quatre collèges dans les conditions suivantes :

- collège des médecins : 42 sièges ;
- collège des professions médicales autres que médecins : 5 sièges ;
- collège des auxiliaires médicaux : 3 sièges ;
- collège des autres professions : 3 sièges.

2/ Dispositions transitoires 2014/2016

2/1 Situation 2014 après renouvellement du tiers sortant : 45 postes répartis comme suit :

- collège des médecins : 36 sièges ;
- collège des professions médicales autres que médecins : 4 sièges ;
- collège des auxiliaires médicaux : 3 sièges ;
- collège des autres professions : 2 sièges.

2/2 À compter du renouvellement du tiers sortant 2016, les 45 postes seront répartis entre chaque collège en proportion du chiffre d'affaires généré par les membres participants dudit collège, arrondi à l'entier le plus proche. Le Conseil d'Administration déterminera à chaque renouvellement du tiers sortant le nombre de postes à pourvoir dans chaque collège en fonction de l'évolution du critère ci-dessus, pour autant que la variation constatée impacte la répartition du chiffre d'affaires par collège d'au moins trois points pour au moins un collège.

Pour l'application du présent article, le chiffre d'affaires retenu est celui défini à l'article 17 ci-dessus.

ARTICLE 26 - CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ

Nul ne peut être élu au Conseil d'Administration :

- s'il n'est âgé de dix-huit ans révolus au jour de l'élection ;
- s'il a exercé, dans les trois années précédant le jour de l'élection, des fonctions salariées au sein de l'Union, de l'un des groupements membres de l'Union, ou de la fédération à laquelle appartient l'Union ;
- s'il est inéligible à raison de l'une des condamnations mentionnées à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité.

ARTICLE 27 - DÉCLARATIONS DE CANDIDATURES

Les déclarations de candidature aux fonctions d'Administrateur doivent parvenir à l'Union 8 jours francs au moins avant la date de l'Assemblée Générale.

Elles peuvent être adressées par pli recommandé avec accusé de réception ou être déposées contre récépissé au siège de l'Union.

Elles peuvent être également adressées par télécopie ou courrier électronique aux numéros ou adresse indiqués à cet effet. Les candidats doivent s'assurer de la bonne réception de leurs candidatures.

ARTICLE 28 - MODALITÉS DE L'ÉLECTION

L'élection a lieu au scrutin uninominal à deux tours. Les membres de l'Assemblée Générale votent à bulletin secret.

Sont élus au premier tour les candidats qui ont réuni la majorité des suffrages exprimés. Au deuxième tour, l'élection a lieu à la majorité relative.

Dans le cas où les candidats obtiennent un nombre égal de suffrages, l'élection est acquise au plus jeune.

ARTICLE 29 - LIMITE D'ÂGE

Le Conseil d'Administration ne peut comprendre plus d'un tiers de membres âgés de soixante-dix ans ou plus.

Le dépassement de la part maximale que peuvent représenter les Administrateurs ayant dépassé la limite d'âge entraîne la démission d'office de l'Administrateur le plus âgé.

ARTICLE 30 - DURÉE NORMALE DU MANDAT

Les membres du Conseil d'Administration sont élus pour six ans. Leur mandat expire le jour de la réunion du Conseil d'Administration qui suit l'Assemblée Générale au cours de laquelle il a été pourvu à leur remplacement.

Le renouvellement du conseil a lieu par tiers tous les deux ans. Les membres sortants sont rééligibles.

Lors de la constitution initiale du Conseil d'Administration et en cas de renouvellement complet, le conseil procède par voie de tirage au sort pour déterminer l'ordre dans lequel ses membres seront soumis à réélection.

Il est procédé de la même manière entre les nouveaux élus à chaque fois que sont pourvus des sièges qui n'étaient pas antérieurement pourvus.

ARTICLE 31 - FIN ANTICIPÉE DU MANDAT

Les membres du Conseil d'Administration perdent leur mandat :

- lorsqu'ils sont atteints par la limite d'âge, conformément aux dispositions de l'article 29 ;
- lorsqu'ils perdent leur qualité de délégué à l'Assemblée Générale par suite d'une décision du groupement mutualiste auquel ils appartiennent ;
- en cas de démission, radiation ou exclusion du groupement mutualiste dont ils sont délégués ;
- lorsqu'ils présentent leur démission ou sont déclarés démissionnaires d'office en application de l'article L. 114-23 du Code de la mutualité.
- lorsqu'ils sont frappés d'une quelconque incapacité d'exercer des fonctions d'Administrateur par application de la loi, et notamment des articles L. 114-21 et L. 510-11 du Code de la mutualité.

ARTICLE 32 - VACANCE

En cas de vacance d'un siège d'Administrateur, et à la condition que cette vacance n'ait pas pour effet de faire tomber le nombre d'Administrateurs en dessous du nombre minimum prévu par l'article L. 114-16 du Code de la mutualité, il est pourvu provisoirement par le conseil à la nomination d'un Administrateur au siège devenu vacant, sous réserve de ratification par l'Assemblée Générale. Si la nomination faite par le Conseil d'Administration n'était pas ratifiée par l'Assemblée Générale, les délibérations prises et les actes accomplis par lui n'en seraient pas moins valables.

L'Administrateur coopté dont la désignation est ratifiée achève le mandat de son prédécesseur.

Dans le cas où la vacance a pour effet de faire tomber le nombre d'Administrateurs en dessous du nombre minimum prévu par l'article L. 114-16 du Code de la mutualité, il est procédé sans délai à la convocation d'une Assemblée Générale.

ARTICLE 33 - REPRÉSENTATION DES SALARIÉS

Deux représentants des salariés de l'Union assistent avec voix consultative aux réunions du Conseil d'Administration. Ils sont élus de la manière indiquée ci-après.

Les représentants du personnel sont élus par collèges : un pour le collège des cadres, un pour le collège des employés ainsi qu'un suppléant par collège. Les agents d'encadrement font partie du collège des cadres. Les agents de maîtrise font partie du collège des employés. Peuvent participer au vote tous les salariés de l'Union, à temps complet ou partiel, ayant au moins un an d'ancienneté au jour du scrutin. Le mandat des représentants du personnel est soumis à élection à chaque renouvellement du Conseil d'Administration de l'Union. Les élections des représentants du personnel ont lieu le premier jour ouvrable de la semaine précédant la date de l'Assemblée Générale. L'appel de candidatures a lieu 20 jours avant cette date et est clos 14 jours avant. Les représentants ainsi élus siègeront lors du premier Conseil qui suivra l'Assemblée Générale.

Les salariés votent à bulletin secret. Le scrutin comprend un tour. Sont élus en qualité de titulaires, dans chaque collège, le candidat qui a eu le plus de voix et, en qualité de suppléant, le candidat immédiatement placé ensuite.

SECTION II - RÉUNIONS

ARTICLE 34 - CONVOCATIONS

Le Conseil d'Administration se réunit sur convocation du Président et au moins trois fois par an.

Sauf en cas d'urgence, la convocation est adressée aux membres du Conseil d'Administration, aux dirigeants salariés et aux représentants des salariés dix jours francs au moins avant la date prévue pour la réunion. L'ordre du jour, établi par le Président, est joint à la convocation. Le Président est tenu de convoquer le Conseil d'Administration lorsque cela lui est demandé par le quart au moins des membres du Conseil.

ARTICLE 35 - DÉLIBÉRATIONS

Le Conseil d'Administration ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents.

Les membres du Conseil ne peuvent ni se faire représenter, ni voter par correspondance.

Le Conseil peut décider d'entendre à titre consultatif, les personnes dont il lui paraîtrait utile de recueillir les avis en raison de leur compétence.

Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante.

ARTICLE 36 - PROCÈS-VERBAUX

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est signé par le Président et le Secrétaire Général et approuvé par le Conseil d'Administration lors de la séance suivante.

SECTION III - ATTRIBUTIONS DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

ARTICLE 37 - ATTRIBUTIONS DE PLEIN DROIT

Le Conseil dispose, pour l'administration et la gestion de l'Union, de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément réservés à l'Assemblée Générale par le Code de la mutualité et les présents statuts.

Il veille scrupuleusement à accomplir toutes les missions qui lui sont confiées par les lois et règlements, spécialement par l'article L. 114-17 du Code de la mutualité.

ARTICLE 38 - DÉLÉGATIONS D'ATTRIBUTIONS

Le Conseil d'Administration peut déléguer, sous sa responsabilité et son contrôle, partie de ses attributions soit au Bureau, soit au Président, soit à un ou plusieurs Administrateurs, soit à des dirigeants salariés.

Seules peuvent être ainsi déléguées des attributions qui ne sont pas spécialement réservées au Conseil d'Administration par le Code de la mutualité.

Les décisions par lesquelles le Conseil d'Administration délègue ses attributions doivent être réitérées à chaque renouvellement partiel du Conseil d'Administration. Elles peuvent être révoquées à tout moment.

ARTICLE 39 - COMMISSIONS

Des commissions temporaires ou permanentes, dont les membres sont choisis parmi les Administrateurs, peuvent être chargées d'examiner certains aspects du fonctionnement de l'Union et de faire des propositions au Conseil d'Administration.

CHAPITRE 3 - PRÉSIDENT ET BUREAU

SECTION I - ÉLECTION, COMPOSITION

ARTICLE 40 - COMPOSITION DU BUREAU

Le Bureau est composé de la façon suivante :

un Président, un Premier Vice-président, six Vice-présidents dont trois issus de chacun des trois collèges hors médecins, un Secrétaire Général, un Secrétaire Général Adjoint, un Trésorier Général, un Trésorier Général Adjoint.

L'ordre des six Vice-présidents est déterminé en fonction du nombre de suffrages obtenus ; en cas d'égalité, la priorité est donnée au plus ancien dans la fonction et, en cas d'égalité d'ancienneté, au plus âgé.

ARTICLE 41 - DURÉE DU MANDAT

Les membres du Bureau sont élus pour deux ans par le Conseil d'Administration parmi ses membres au cours de la première réunion qui suit l'Assemblée Générale au cours de laquelle a eu lieu le renouvellement total ou par tiers du Conseil d'Administration. Leur mandat expire

le jour de la première réunion du Conseil d'Administration qui suit l'Assemblée Générale au cours de laquelle il a été procédé à un nouveau renouvellement total ou par tiers du Conseil d'Administration.

Ils peuvent à tout moment être révoqués de leurs fonctions par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 42 - MODALITÉS D'ÉLECTION AU BUREAU

Les membres du Bureau sont élus à bulletin secret, à l'issue d'un scrutin uninominal à deux tours, dans les conditions de majorité énoncées à l'article 28.

Les candidatures doivent parvenir à l'Union, selon les cas :

- huit jours francs avant la date prévue pour le premier Conseil d'Administration suivant l'Assemblée Générale au cours de laquelle a eu lieu le renouvellement total ou par tiers du Conseil d'Administration ;
- huit jours francs avant la date prévue pour la réunion du Conseil d'Administration appelé à pourvoir un siège devenu vacant.

Elles peuvent être adressées par pli recommandé avec accusé de réception ou être déposées contre récépissé au siège de l'Union.

Elles peuvent être également adressées par télécopie ou courrier électronique aux numéros ou adresse indiqués à cet effet. Les candidats doivent s'assurer de la bonne réception de leurs candidatures.

ARTICLE 43 - VACANCE D'UN POSTE DU BUREAU

I - Lorsque le poste de Président devient vacant, le premier Vice-président convoque sans délai le Conseil d'Administration aux fins de procéder à une nouvelle élection.

Le premier Vice-président exerce toutes les attributions du Président, y compris celles qui avaient été déléguées à celui-ci par le Conseil d'Administration, jusqu'à ce qu'un nouveau Président soit élu.

À défaut, pour le premier Vice-président, de convoquer le Conseil d'Administration, tout Administrateur peut saisir le Président du Tribunal de Grande Instance, statuant en référé, aux fins d'être autorisé à procéder à cette convocation.

II - Si un autre poste devient vacant il est pourvu à son remplacement par le plus prochain Conseil d'Administration. L'Administrateur élu au poste vacant achève le mandat de celui qu'il remplace.

SECTION II - RÉUNIONS DU BUREAU

ARTICLE 44 - CONVOCATIONS

Le Bureau se réunit sur convocation du Président et au moins trimestriellement. Les dirigeants salariés assistent aux réunions du Bureau sans voix délibérative.

La convocation est obligatoire quand elle est demandée par la moitié au moins des membres du Bureau.

Sauf en cas d'urgence, la convocation est adressée aux membres du Bureau et aux dirigeants salariés dix jours francs au moins avant la date prévue pour la réunion. L'ordre du jour, établi par le Président, est joint à la convocation.

ARTICLE 45 - DÉLIBÉRATIONS

Le Bureau ne délibère valablement que si la moitié au moins de ses membres sont présents.

Les membres du Bureau ne peuvent ni se faire représenter, ni voter par correspondance.

Le Bureau peut décider d'entendre à titre consultatif les personnes dont il lui paraîtrait utile de recueillir les avis en raison de leur compétence.

Les délibérations sont prises à la majorité des membres présents. En cas de partage des voix, celle du Président est prépondérante.

ARTICLE 46 - PROCÈS-VERBAUX

Il est établi un procès-verbal de chaque réunion qui est approuvé par le Bureau lors de la séance suivante.

SECTION III - ATTRIBUTIONS DES MEMBRES DU BUREAU

ARTICLE 47 - ATTRIBUTIONS DU PRÉSIDENT

Le Président veille à la régularité du fonctionnement de l'Union, conformément au Code de la mutualité et aux statuts.

Il représente l'Union en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il peut décider d'agir en justice, soit en demande soit en défense, au nom de l'Union.

Il exerce les attributions qui lui sont confiées par le Conseil d'Administration, y compris dans l'engagement des dépenses.

Il préside les réunions du Bureau, du Conseil d'Administration et des Assemblées Générales.

ARTICLE 48 - ATTRIBUTIONS DES VICE-PRÉSIDENTS

Les Vice-présidents secondent le Président, qu'ils suppléent en cas d'empêchement avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions, dans l'ordre de leur élection (Premier Vice-président, autres Vice-présidents).

ARTICLE 49 - ATTRIBUTIONS DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ET DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL ADJOINT

Le Secrétaire Général est responsable de la rédaction des procès-verbaux, de la conservation des archives ainsi que de la tenue du fichier des adhérents.

Le Secrétaire Général Adjoint seconde le Secrétaire Général. En cas d'empêchement de celui-ci, il le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

ARTICLE 50 - ATTRIBUTIONS DU TRÉSORIER GÉNÉRAL ET DU TRÉSORIER GÉNÉRAL ADJOINT

Le Trésorier Général effectue les opérations financières dans le cadre du Comité Financier ainsi que les opérations comptables de l'Union.

Conformément aux lignes directrices de la politique des placements arrêtées par le Conseil d'Administration, il supervise l'achat, la vente et, d'une façon générale, toutes les opérations sur les titres et valeurs.

Il présente à l'Assemblée Générale un rapport annuel sur la situation financière de l'Union.

Le Trésorier Général peut, sous sa responsabilité et son contrôle et avec l'autorisation du Conseil d'Administration, déléguer sa signature à des salariés de l'Union, pour des objets nettement déterminés.

Le Trésorier Général Adjoint seconde le Trésorier Général. En cas d'empêchement de celui-ci, il le supplée avec les mêmes pouvoirs dans toutes ses fonctions.

CHAPITRE 4 - DIRIGEANTS SALARIÉS

ARTICLE 51 - DÉSIGNATION

Le Conseil d'Administration peut nommer un ou plusieurs dirigeants salariés. Il fixe leur rémunération.

ARTICLE 52 - ATTRIBUTIONS DES DIRIGEANTS SALARIÉS

Les dirigeants salariés accomplissent les missions qui leur sont confiées par le Conseil d'Administration.

Ils assistent aux réunions du Conseil d'Administration et du Bureau, avec voix consultative.

ARTICLE 53 - DÉLÉGATIONS DE POUVOIRS AUX DIRIGEANTS SALARIÉS

Le dirigeant salarié agit sous le contrôle et l'autorité du conseil, à qui il doit rendre compte des actes qu'il a accomplis.

Le Président ou les Administrateurs peuvent aussi donner délégation de pouvoir à un dirigeant salarié pour signer en leur nom des actes relevant de leur compétence. Ils en informent le Conseil d'Administration à sa plus prochaine réunion.

Les délégations données aux dirigeants salariés ne peuvent en aucun cas porter sur des compétences que la loi ou les règlements réservent explicitement aux organes statutaires.

Elles peuvent à tout moment être révoquées par celui qui les a consenties ou par le Conseil d'Administration.

CHAPITRE 5 - STATUT DES ADMINISTRATEURS ET DES DIRIGEANTS SALARIÉS

SECTION I - DISPOSITIONS COMMUNES AUX ADMINISTRATEURS ET DIRIGEANTS SALARIÉS

ARTICLE 54 - OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS ET DES DIRIGEANTS SALARIÉS

Les Administrateurs et les dirigeants salariés sont tenus à la confidentialité des informations données comme telles au cours des Conseils d'Administration et des Bureaux et, plus largement, au respect du secret professionnel tel qu'il est entendu par le Code pénal.

Aucune rémunération liée de manière directe ou indirecte au volume des cotisations de l'Union ou des organismes mutualistes adhérents ne peut être allouée à un Administrateur ou à un dirigeant salarié.

Les Administrateurs et les dirigeants salariés sont tenus d'informer l'Union des poursuites pénales ou administratives diligentées contre eux pour l'un des faits mentionnés à l'article L. 114-21 du Code de la mutualité.

ARTICLE 55 - CONVENTIONS INTERDITES OU RÈGLEMENTÉES

Toute convention envisagée entre d'une part l'Union ou un organisme appartenant au même groupe que l'Union et, d'autre part, un Administrateur ou un dirigeant salarié ne peut être passée que dans les conditions prévues aux articles L. 114-32 à L. 114-37 du Code de la mutualité.

Il en est de même des conventions auxquelles un Administrateur ou un dirigeant salarié est directement ou indirectement intéressé, de celles dans lesquelles il traite par personne interposée et de celles passées avec une personne morale dont il est propriétaire, associé indéfiniment responsable, dirigeant de droit ou de fait.

Les conventions courantes, telles que définies à l'article L. 114-33 du Code de la mutualité, ne sont pas régies par les dispositions des deux alinéas qui précèdent. Elles sont toutefois soumises aux règles énoncées à l'article L. 114-33 et au décret pris pour son application ainsi que, le cas échéant, à celles énoncées à l'article L. 612-15 du Code de commerce et au décret pris pour son application.

Les Administrateurs et dirigeants salariés ne peuvent contracter des emprunts auprès de l'Union, sauf dans les conditions mentionnées à l'article L. 114-37 du Code de la mutualité.

SECTION II - STATUT SPÉCIFIQUE DES ADMINISTRATEURS

ARTICLE 56 - INDEMNISATION DES ADMINISTRATEURS

Les fonctions d'Administrateur sont gratuites sous réserve des dispositions des articles L. 114-26 et L. 114-27 du Code de la mutualité.

Il leur est interdit de recevoir, à l'occasion de l'exercice de leurs fonctions, toute rémunération ou avantage qui ne serait pas spécialement prévu par le Code de la mutualité.

ARTICLE 57 - ACTIVITÉS INTERDITES AUX ADMINISTRATEURS

Les Administrateurs ne peuvent exercer de fonctions salariées au sein de l'Union, d'un des groupements membres de l'Union ou de la Fédération à laquelle adhère l'Union avant l'expiration d'un délai d'un an à compter de l'achèvement de leur mandat.

Il leur est également interdit de se servir de leurs titres en dehors des fonctions qu'ils sont appelés à exercer en application des statuts.

ARTICLE 58 - OBLIGATIONS DES ADMINISTRATEURS

Sitôt leur prise de fonction, les Administrateurs font connaître à l'Union les mandats d'Administrateurs qu'ils exercent dans une autre Union, dans une mutuelle ou dans une fédération. Ils l'informent également de tout mandat de cette nature qui vient à leur être ultérieurement confié.

ARTICLE 59 - HONORARIAT

Le Conseil d'Administration peut conférer aux anciens membres du Conseil d'Administration qui ont rendu des services signalés à l'Union l'honorariat de leur fonction.

Les Administrateurs honoraires peuvent être invités aux séances, où ils ont voix consultative.

SECTION III - STATUT SPÉCIFIQUE DES DIRIGEANTS SALARIÉS

ARTICLE 60 - DÉCLARATIONS

Les dirigeants salariés font connaître à l'Union, avant leur nomination, les activités professionnelles et les mandats électifs qu'ils entendent conserver. Ils sont de même tenus,

lorsqu'ils sont en fonction, de faire connaître à l'Union les activités professionnelles nouvelles ou les mandats électifs nouveaux qu'ils souhaitent exercer.

Il appartient au Conseil d'Administration de décider si ces activités ou mandats sont ou non compatibles avec les fonctions de dirigeant salarié de l'Union.

TITRE III - ORGANISATION FINANCIÈRE

CHAPITRE 1^{er} - PRODUITS ET CHARGES

ARTICLE 61 - PRODUITS

Les produits de l'Union comprennent :

- 1°) Les contributions annuelles des groupements adhérents à l'Union,
- 2°) Les produits résultant de l'activité de l'Union telle que définie à l'article 2 des présents statuts,
- 3°) Plus généralement toutes autres recettes non interdites par la loi.

ARTICLE 62 - CHARGES

Les charges de l'Union comprennent :

- 1°) Les diverses prestations dues dans le cadre des activités définies à l'article 2 des présents statuts.
- 2°) Les dépenses nécessitées par l'activité de l'Union,
- 3°) Plus généralement toutes autres dépenses non interdites par la loi et conformes à l'objet de l'Union.

ARTICLE 63 - ENGAGEMENT, PAIEMENT ET CONTRÔLE DES DÉPENSES

Les dépenses de l'Union sont engagées par le Président et payées par le Trésorier Général ou par les personnes habilitées dans les conditions prévues aux articles 47 et 50 des présents statuts.

Le responsable de la mise en paiement s'assure préalablement de la régularité des opérations et notamment de leur conformité avec les statuts de l'Union et les délibérations de ses instances.

CHAPITRE 2 - RÈGLES DE SÉCURITÉ FINANCIÈRE

ARTICLE 64 - FONDS D'ÉTABLISSEMENT

Le fonds d'établissement de l'Union est fixé à 1.000.000 Euros.

ARTICLE 65 - RÈGLES PRUDENTIELLES

L'Union veille à se conformer scrupuleusement aux règles prudentielles, comptables et financières fixées par la loi.

ARTICLE 66 - RÉASSURANCE DES RISQUES

Conformément aux prévisions de l'article L. 211-4 du Code de la mutualité, l'Union peut se réassurer contre les risques qu'elle couvre.

L'Union peut se réassurer auprès d'un organisme non régi par le présent Code, à la condition que cet organisme dispose d'un agrément pour la couverture du risque en cause. Lorsqu'il ne les a pas spécialement approuvés préalablement, le Conseil d'Administration est informé au plus tôt des contrats souscrits auprès de ces organismes.

ARTICLE 67 - COMMISSAIRE AUX COMPTES

Un Commissaire aux comptes et un suppléant sont choisis par l'Assemblée Générale sur la liste mentionnée à l'article L. 225-219 du Code de commerce. L'Assemblée Générale peut librement décider de désigner un deuxième Commissaire aux comptes.

Le Commissaire aux comptes est chargé d'effectuer l'ensemble des missions de contrôle qui lui sont dévolues par le Code de la mutualité. Il reçoit toutes les informations et les documents prévus par la loi et est convoqué aux Assemblées Générales.

TITRE IV - OBLIGATIONS DE L'UNION ET DE SES ORGANISMES ADHÉRENTS

CHAPITRE 1^{er} - OBLIGATIONS DES ADHÉRENTS ENVERS L'UNION

ARTICLE 68 - CONTRIBUTIONS DES GROUPEMENTS ADHÉRENTS

Les groupements adhérents sont astreints au paiement d'une contribution annuelle exprimée en pourcentage des cotisations versées à l'Union au titre des membres qui leur sont affiliés dans le cadre des contrats santé et prévoyance, individuels et collectifs et des traités de réassurance.

L'assiette ainsi définie est majorée pour les mutuelles locales d'un tiers des cotisations apportées aux mutuelles nationales par les membres en situation de multiple appartenance au sens de l'article 69 ; ce tiers est déduit de l'assiette retenue pour lesdites mutuelles nationales.

L'assiette ainsi définie est majorée pour les mutuelles dites professionnelles (au sens de l'article 69) d'un tiers des cotisations apportées aux mutuelles nationales par les membres en situation de multiple appartenance au sens de l'article 69 ; ce tiers est déduit de l'assiette retenue pour lesdites mutuelles nationales.

Les cotisations prises en compte sont celles comptabilisées au titre de l'exercice précédent.

Le taux de la contribution et, le cas échéant, son montant minimum sont fixés par l'Assemblée Générale ou, sur délégation de celle-ci, par le Conseil d'Administration.

ARTICLE 69 - MULTIPLE APPARTENANCE

Les membres participants des mutuelles nationales adhérentes à l'Union et dont les statuts prévoient une clause à cet effet, sont membres de droit de la mutuelle locale de leur domicile professionnel ou personnel pour autant que cette dernière ait statutairement vocation à les accueillir.

Les membres participants des mutuelles nationales adhérentes à l'Union et dont les statuts prévoient une clause à cet effet, sont membres de droit d'une autre mutuelle nationale (dite mutuelle professionnelle) pour autant que cette dernière ait statutairement vocation à les accueillir.

ARTICLE 70 - INFORMATIONS DONNÉES À L'UNION

Les groupements adhérents doivent adresser chaque année à l'Union toute documentation utile sur leur activité et en particulier un état de leurs effectifs au 31 décembre.

Le fichier des souscripteurs et bénéficiaires des contrats de garanties proposés par l'Union est sa propriété.

Les groupements adhérents doivent informer l'Union de toute mesure de radiation ou d'exclusion d'un de leurs adhérents.

ARTICLE 71 - ADHÉSION À AGMF ACTION SOCIALE

Les organismes admis à AGMF Prévoyance, autres que les membres honoraires, s'engagent à adhérer à l'Union AGMF Action Sociale.

ARTICLE 72 - ADHÉSION À UNE AUTRE UNION

Un groupement adhérent ne peut souscrire un contrat collectif auprès d'un organisme extérieur à l'Union sans avoir préalablement obtenu l'accord du Conseil d'Administration de l'Union.

Les groupements adhérents à AGMF Prévoyance s'engagent à n'adhérer à aucune autre Union régie par le Livre II du Code de la mutualité sans avoir préalablement obtenu l'accord du Conseil d'Administration de l'Union.

ARTICLE 73 - COTISATION MUTUALISTE

Les mutuelles membres d'AGMF PREVOYANCE s'engagent à fixer la cotisation mutualiste au montant arrêté par l'Assemblée Générale d'AGMF Prévoyance ou, sur délégation de l'Assemblée Générale, par le Conseil d'Administration.

CHAPITRE 2 - OBLIGATIONS DE L'UNION ENVERS LES ADHÉRENTS

ARTICLE 74 - DROIT À L'ACCÈS AUX PRESTATIONS

Les services apportés par l'Union sont ceux visés à l'article 2 des présents statuts.

Les membres participants des groupements adhérents peuvent, dès l'adhésion de ces groupements, souscrire aux garanties proposées par l'Union.

ARTICLE 75 - INFORMATION DES GROUPEMENTS ADHÉRENTS

Chaque groupement adhérent reçoit un exemplaire des statuts et règlements. Les modifications statutaires sont portées à sa connaissance.

Il est informé des garanties et des services proposés par l'Union.

Il est également informé des organismes auxquels l'Union adhère ou auxquels elle est liée et des obligations et droits qui en découlent