

NOTICE D'INFORMATION DESTINEE A L'ASSURE

Relative au contrat d'assurance collectif Alternative GENERALI n°7337 souscrit par LE GROUPEMENT DE PREVOYANCE MALADIE ACCIDENT « la Contractante » 7 Boulevard Haussmann, 75447 Paris), auprès de GENERALI VIE (Entreprise régie par le Code des Assurances - S.A. au capital de 336 872 976 euros - RCS Paris n° 602 062 481 - 2 rue Pillet-Will 75009 PARIS) - Société appartenant au Groupe Generali immatriculé sur le registre italien des groupes d'assurances sous le n°026).

L'organisme gestionnaire du contrat d'assurance est par délégation de l'Assureur, APRIL Santé Prévoyance S.A.S.U. au capital social de 540 640 euros dont le siège social est situé Immeuble Aprilium, 114 boulevard Marius Vivier Merle, 69439 LYON Cedex 03 - RCS Lyon 428 702 419 - N° ORIAS 07 002 609, entreprise soumise au contrôle de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) située 4 place de Budapest - CS 92459, 75436 PARIS Cedex 09.

OBJET DU CONTRAT

Le contrat a pour objet de garantir le paiement de tout ou partie des sommes dues à l'organisme prêteur, au titre de l'opération de prêt couverte, en cas de :

- Décès,
- Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA),
- Incapacité Temporaire Totale (ITT),
- Invalidité Permanente Totale (IPT)
- Invalidité Permanente Partielle (IPP),

selon les garanties mises en place sur la tête de l'assuré.

PERSONNES ASSURABLES

Toutes les personnes physiques sont assurables dans le cadre du présent contrat, dans la limite de la quotité retenue pour l'assurance du prêt, sous réserve de répondre aux conditions cumulatives suivantes à la date de leur demande d'adhésion :

- être bénéficiaires en qualité d'emprunteur, co-emprunteur ou caution (*) d'un prêt libellé en euros consenti par un organisme financier (**) pour le compte d'une personne morale ou d'une personne physique,

(*) *Caution : elle doit faire l'objet d'une procédure de recouvrement amiable ou judiciaire et avoir rempli ses obligations de caution depuis plus de 6 mois à la date de survenance de l'ITT, IPT ou IPP.*

(**) *Etablissements de crédits français ou succursales françaises d'établissements de crédits étrangers.*

- être résidentes de la France métropolitaine, des DROM/COM ou d'un pays membre de l'Union Européenne,

- être âgées au 31 décembre de l'année de prise d'effet des garanties et selon les garanties/options souscrites (cf. paragraphe OPERATIONS DE PRETS COUVERTES - GARANTIES PROPOSEES), de :

Option 1 : Décès/PTIA Option 2 : Décès/PTIA/ITT/IPT Option 3 : Décès/PTIA/ITT/IPT/IPP	18 à 67 ans inclus
Option 4 : Décès	68 à 80 ans inclus

MODALITÉS D'ADHÉSION

La personne à assurer devra :

- reconnaître adhérer à l'association contractante,
- reconnaître avoir pris connaissance et être en possession de la présente notice d'information,
- compléter la demande d'adhésion et le(s) questionnaire(s) de santé,
- se soumettre aux formalités d'adhésion et médicales complémentaires éventuellement demandées par l'assureur en raison notamment de son âge, du montant déjà assuré et à assurer ou encore de son état de santé,
- exercer, lors de son adhésion, une activité professionnelle rémunérée, être en congés parental ou être bénéficiaire des allocations de Pôle Emploi ou d'un organisme équivalent, pour souscrire les garanties ITT, IPT et IPP.

Il est précisé que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle de nature à modifier l'appréciation du risque par l'assureur entraînera la nullité de l'adhésion conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances. Dans ce cas, les cotisations éventuellement perçues restent acquises à l'assureur.

La fausse déclaration non intentionnelle n'entraîne pas la nullité de l'adhésion, néanmoins, conformément à l'article L 113-9 du Code des assurances, l'assureur peut procéder soit à une augmentation de cotisations en cas de constatation avant sinistre, soit à une diminution de prestations en cas de constatation après sinistre.

DECISION DE L'ASSUREUR :

A l'issue des formalités d'adhésion, l'assureur fait connaître sa décision dans les plus brefs délais.

Il peut accepter de garantir l'ensemble des risques ou seulement un ou certains d'entre eux, avec éventuellement exclusion et/ou application de surprime, ou encore ajourner sa décision ou refuser l'adhésion.

En cas d'acceptation à des conditions particulières, l'assureur fait connaître sa décision par lettre à la personne à assurer. Cette décision ne sera alors définitive qu'à réception par l'assureur de l'accord écrit de la personne à assurer sur ces conditions particulières.

CONVENTION AERAS (S'ASSURER ET EMPRUNTER AVEC UN RISQUE AGGRAVE DE SANTE) :

L'assureur s'engage à respecter les dispositions de la Convention AERAS et notamment, pour les prêts immobiliers et les prêts professionnels, à étudier automatiquement la possibilité d'une assurance dite de « 2^{ème} niveau » et le cas échéant de « 3^{ème} niveau », pour toute personne à assurer ne pouvant être couverte pour raison de santé par le présent contrat.

PRISE D'EFFET DES GARANTIES

Les garanties prennent effet à compter de la date de signature de l'offre de prêt, sous réserve des dispositions prévues au paragraphe MODALITES D'ADHESION et de l'encaissement de la cotisation et au plus tôt :

- au lendemain de la date de réception de la demande d'adhésion par APRIL Santé Prévoyance, en cas d'adhésion par papier,
- au lendemain de la date d'envoi du courriel de confirmation par APRIL Santé Prévoyance, en cas d'adhésion par internet.

CAS PARTICULIER DES PRETS DEJA EN COURS :

L'assurance peut être mise en place dans le cadre de prêts déjà en cours au moment de l'adhésion au contrat, sous réserve que le prêt concerné ne soit pas déjà assuré par GENERALI.

Dans ce cas, les garanties prennent effet à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion sous réserve des dispositions prévues au paragraphe MODALITES D'ADHESION et de l'encaissement de la cotisation.

COUVERTURE PROVISOIRE EN CAS DE DECES PAR ACCIDENT :

En cas d'adhésion papier, une garantie provisoire en cas de décès par accident (*) est acquise dès la date de signature de la demande d'adhésion, pendant une durée maximale de 60 jours et pour un montant maximal de 150 000 euros, quels que soient le nombre et la nature des prêts assurés ou à assurer sur sa tête.

Cette garantie cesse automatiquement :

- à la date d'acceptation du risque par l'assureur,
- à la date à laquelle l'assureur notifie à la personne à assurer son refus ou son ajournement,
- si la personne à assurer ne répond pas dans un délai de 15 jours, aux demandes de renseignements complémentaires de l'assureur.

(*) Par accident il faut entendre : tout dommage corporel provenant de l'action soudaine, imprévue et exclusive d'une cause extérieure.

IRREVOCABILITE DES GARANTIES :

Les changements qui pourraient intervenir en cours d'assurance dans la situation de l'assuré n'ont aucune incidence sur les garanties qui lui sont accordées. Par conséquent, sous réserve du paiement des cotisations, les garanties sont maintenues pendant toute la durée du prêt, dans les limites prévues au paragraphe FIN DES GARANTIES ET/OU DES PRESTATIONS, selon les conditions fixées à la date de prise d'effet de l'adhésion ou des avenants éventuellement émis ultérieurement.

DUREE DE L'ADHESION - RESILIATION

L'adhésion au contrat est conclue pour une durée d'un an et se renouvelle ensuite au 1er janvier de chaque année par tacite reconduction.

Toutefois l'assuré est en droit de résilier son adhésion au présent contrat :

- Dans un délai de 12 mois à compter de la date de signature de l'offre de prêt (conformément aux dispositions de l'article L 113-12-2 du Code des assurances) : Pour ce faire, l'assuré devra adresser à APRIL Santé Prévoyance sa demande de résiliation par lettre recommandée, au plus tard 15 jours avant le terme de ces 12 mois, accompagnée de la notification de l'acceptation par l'organisme prêteur de la substitution du contrat d'assurance ainsi que la date de prise d'effet de la nouvelle adhésion.

La résiliation de l'adhésion au présent contrat prendra alors effet 10 jours après la réception par APRIL Santé Prévoyance pour le compte de l'assureur de la décision d'acceptation de substitution de l'organisme prêteur ou à la date de prise d'effet du contrat accepté, si cette date est postérieure.

Il est entendu qu'en cas de refus de substitution par l'organisme prêteur, l'adhésion au présent contrat ne sera pas résiliée.

- Au-delà des 12 mois suivant la date de signature de l'offre de prêt (conformément aux dispositions de l'article L 113-12 du Code des assurances).

Pour ce faire, l'assuré devra adresser à APRIL Santé Prévoyance une lettre recommandée au moins deux mois avant la date de renouvellement de son adhésion. Le délai de deux mois court à compter de la date d'envoi de la lettre recommandée ; le cachet de la poste faisant foi.

La résiliation prendra alors effet à l'expiration de la période annuelle en cours.

Dans tous les cas, l'organisme prêteur sera tenu informé de la résiliation.

OBLIGATIONS DE L'ASSURE EN COURS D'ASSURANCE

En cours d'assurance, l'assuré devra obligatoirement informer l'assureur par écrit, dans les meilleurs délais, de toute modification des caractéristiques de l'opération de prêt couverte (avec les justificatifs correspondants).

DEFINITION DES GARANTIES

Les risques susceptibles d'être garantis sont :

- Le Décès.
- La **Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)** : invalidité physique ou intellectuelle rendant l'assuré définitivement incapable d'exercer une activité quelconque procurant gain ou profit et nécessitant l'assistance permanente d'une tierce personne pour accomplir tous les actes ordinaires de la vie.
- L'**Incapacité Temporaire Totale (ITT)** : état médicalement constaté d'incapacité totale et temporaire à l'exercice, par l'assuré de son activité professionnelle lui procurant gain ou profit (ou de toutes ses occupations habituelles si l'assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre).
- L'**Invalidité Permanente Totale (IPT)** : persistance d'une incapacité au travail (ou d'une incapacité à effectuer toutes ses occupations habituelles si l'assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre) ayant donné lieu à la constatation médicale de l'impossibilité d'améliorer l'état de santé par un traitement approprié, d'après les connaissances médicales et scientifiques actuelles.
L'I.P.T. correspond à un taux d'incapacité supérieur ou égal à 66%, ce taux étant déterminé par voie d'expertise médicale avec les taux d'incapacité permanente fonctionnelle et professionnelle figurant dans le tableau ci-après.
- L'**Invalidité Permanente Partielle (IPP)** : persistance d'une incapacité au travail (ou d'une incapacité à effectuer toutes ses occupations habituelles si l'assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre) ayant donné lieu à la constatation médicale de l'impossibilité d'améliorer l'état de santé par un traitement approprié, d'après les connaissances médicales et scientifiques actuelles.
L'IPP correspond à un taux d'incapacité supérieur ou égal à 33 %, ce taux étant déterminé par voie d'expertise médicale avec les taux d'incapacité permanente fonctionnelle et professionnelle figurant dans le tableau ci-après.

OPERATIONS DE PRÊT COUVERTES ET GARANTIES PROPOSEES

L'assurance concerne les opérations de prêts suivantes, réalisées en euros et consenties par des établissements de crédits français ou par des succursales françaises d'établissements de crédits étrangers :

Les prêts AMORTISSABLES immobiliers ou mobiliers destinés aux particuliers ou aux professionnels, d'une durée maximale de 420 mois (y compris éventuelle période de différé total ou partiel) d'un montant maximal de 2 000 000 euros, amortissables par remboursements mensuels, trimestriels, semestriels ou annuels, constants ou non, avec débloquages totaux ou successifs, et assortis de taux d'intérêts fixes ou variables.

2/ Les prêts IN FINE immobiliers ou mobiliers, destinés aux particuliers ou aux professionnels, d'une durée maximale de 240 mois et d'un montant maximal de 2 000 000 euros.

3/ Les prêts RELAIS, d'une durée maximale de 36 mois et d'un montant maximal de 2 000 000 euros.

GARANTIES PROPOSEES :

- Option 1 : Décès/PTIA
- Option 2 : Décès/PTIA/ITT/IPT
- Option 3 : Décès/PTIA/ITT/IPT/IPP
- Option 4 : Décès

REMARQUES :

- Montant maximal des capitaux assurables : Le total des capitaux assurés au titre du présent contrat, pour un même assuré, ne pourra en aucun cas excéder 2 000 000 euros et ce, quels que soient le nombre et la nature des prêts assurés.

- Augmentation de la durée initiale du prêt en cours d'assurance : il est possible, sans avoir à effectuer de nouvelles formalités d'adhésion, d'augmenter la durée initiale du prêt en cours d'assurance suite à une variation du taux d'intérêt et/ou à une variation du montant de l'échéance, sous réserve de respecter les conditions cumulatives suivantes :
• la durée supplémentaire n'excède pas 60 mois,
• la nouvelle durée totale du prêt n'excède pas 420 mois dans le cas d'un prêt amortissable, 240 mois dans le cas d'un prêt In fine et 36 mois dans le cas d'un prêt relais.

COTISATIONS

Les garanties définies sont accordées moyennant le paiement d'une cotisation annuelle exprimée en pourcentage du capital restant dû et de l'âge atteint chaque année par l'assuré.

Les cotisations sont prélevées par APRIL Santé Prévoyance, mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement d'avance sur le compte de l'assuré (ce compte devant obligatoirement être domicilié en France).

Les cotisations et surprimes éventuelles sont dues dès la prise d'effet des garanties, telle qu'elle est définie au paragraphe PRISE D'EFFET DES GARANTIES ci-avant et ce, même si le déblocage des fonds n'est pas encore intervenu à cette date.

Le cas échéant, un complément de cotisation sur la totalité du capital assuré sera dû entre la date de prise d'effet de l'assurance et la date de première échéance.

Lorsqu'une cotisation n'est pas payée dans les 10 jours de son échéance, l'assureur ou son délégataire adresse à l'assuré - et informe en parallèle l'organisme prêteur - une lettre recommandée, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de 30 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement entraînera son exclusion du contrat et la cessation des garanties, conformément à l'article L.113-3 du Code des assurances.

Cotisation association contractante : outre la cotisation d'assurance, l'adhérent devra payer chaque année sa cotisation à l'association contractante.

IRREVOCABILITE DES COTISATIONS :

Sous réserve de l'exactitude des informations fournies, la cotisation communiquée lors de l'adhésion au contrat est irrévocable pendant toute la durée de ladite adhésion sauf :

- en cas de mise en place de nouvelles taxes et/ou de changement de taux de taxe, applicables au présent contrat,
- en cas de modification du prêt nécessitant l'émission d'un avenant.

ETENDUE TERRITORIALE

Les garanties sont maintenues dans le monde entier pour tout déplacement.

Cependant :

- L'assureur pourra convoquer l'assuré à des contrôles médicaux qui devront avoir lieu en France Métropolitaine, dans les DROM/COM ou à Monaco. Dans ce cas, les frais éventuels de transport seront à charge de l'assuré.
- En cas de décès survenant hors de France Métropolitaine, des DROM/COM ou de Monaco, si le certificat médical ne peut être établi sur le territoire français ou à Monaco, ce certificat devra être établi par un médecin agréé par un Consulat de France local.

BENEFICIAIRES DES PRESTATIONS

En cas de DECES :

- L'organisme prêteur est bénéficiaire de la prestation jusqu'à concurrence des sommes lui étant dues.

Le Bénéficiaire du capital est l'organisme prêteur désigné sur la demande d'adhésion mais ce peut être également la(les) personne(s) physique(s) de votre choix désignée(s) après accord de l'organisme prêteur en cas d'avenant de cession.

En cas de PTIA :

- L'organisme prêteur est bénéficiaire de la prestation jusqu'à concurrence des sommes lui étant dues.

En cas d'ITT, IPT et IPP :

- L'organisme prêteur (ou après accord de ce dernier, l'assuré lui-même) est bénéficiaire de la prestation jusqu'à concurrence des sommes lui étant dues.

PRESTATIONS EN CAS DE SINISTRE

I - DECÈS - PTIA

En cas de Décès ou de PTIA, l'assureur garantit le paiement des prestations telles que définies dans le tableau ci-après :

Type de prêt	Prestation dans la limite de la quotité assurée
PRET AMORTISSABLE	<p><u>Pendant la phase de différé (le cas échéant) :</u> le capital initial, majoré du montant des intérêts courus et non échus à la date du décès ou de la reconnaissance de la PTIA</p> <p><u>Pendant la phase d'amortissement :</u> le capital restant dû au jour du décès ou de la reconnaissance de la PTIA, conformément au tableau d'amortissement arrêté à cette date, majoré des intérêts courus et non échus à cette date</p>
PRET IN FINE / PRET RELAIS	Le capital initial, majoré du montant des intérêts courus et non échus à la date du décès ou de la reconnaissance de la PTIA

CAS PARTICULIERS / REMARQUES LIES AUX GARANTIES DECES/PTIA

- 1/ En cas de sinistre avant tout déblocage des fonds, à la condition expresse que l'assurance ait pris effet : la garantie Décès produira tous ses effets, s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération pour laquelle le prêt est consenti, demeure.
- 2/ En cas de sinistre sur un prêt avec déblocage échelonné : la garantie Décès produira tous ses effets, s'il est prévu au contrat de prêt que l'opération pour laquelle le prêt est consenti, demeure.
- 3/ L'échéance échue le jour même du Décès ou de la reconnaissance de la PTIA est réputée postérieure à cette date et est prise en charge.
- 4/ En cas de Décès ou PTIA simultanée(s) de plusieurs personnes assurées au titre d'un même prêt : le montant total réglé par l'assureur, en fonction des quotités assurées, n'excédera en aucun cas le montant total du prêt.

II - GARANTIES OPTIONNELLES : ITT - IPT - IPP

Il est rappelé que ces garanties sont optionnelles et ne peuvent être souscrites :

- qu'en complément de l'assurance Décès/PTIA,
- que si la personne à assurer, lors de son adhésion, exerce une activité professionnelle rémunérée, est en congés parental ou est bénéficiaire des allocations de Pôle Emploi ou d'un organisme équivalent.

ITT :

En cas d'ITT, l'Assureur règle selon la franchise souscrite à compter du 31^{ème}, 61^{ème} ou du 91^{ème} jour continu d'incapacité, une prestation telle que définie dans le tableau ci-après.

En cas de mi-temps thérapeutique intervenant dans la continuité d'une ITT indemnisée par l'assureur, celui-ci verse une prestation telle que définie dans le tableau ci-après pendant une durée maximale de 180 jours continus.

Rechutes : Toute reprise de travail (ou de toutes ses occupations habituelles, si l'assuré est sans activité professionnelle au moment du sinistre) d'une durée inférieure ou égale à 120 jours donne lieu à une simple suspension du service des prestations, sans application du délai de franchise, dès lors que le nouvel arrêt a les mêmes causes que celui précédemment indemnisé.

Si la rechute est la troisième rechute consécutive, elle est considérée comme une nouvelle incapacité et donne lieu à une nouvelle franchise de 30, 60 ou 90 jours (selon la durée de franchise choisie par l'Assuré lors de son adhésion au contrat) jours, avant prise en charge des échéances dans la limite de la quotité assurée.

A tout moment, l'assureur se réserve le droit de demander à l'assuré de se soumettre à un contrôle médical effectué par un médecin désigné par l'assureur, afin que soit apprécié l'état d'incapacité.

IPT - IPP :

En cas d'IPT ou d'IPP, l'assureur détermine les taux d'incapacité par voie d'expertise à l'aide du tableau ci-après, en fonction :

Pour les assurés exerçant une activité professionnelle rémunérée au moment du sinistre :

- du taux d'Incapacité Permanente Fonctionnelle : par référence au Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du Concours médical la plus récente au jour de l'expertise),
- du taux d'Incapacité Permanente Professionnelle : apprécié en fonction de la profession de l'assuré.

Pour les assurés n'exerçant pas d'activité professionnelle rémunérée au moment du sinistre :

- du taux d'Incapacité Permanente Fonctionnelle : par référence au Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun (édition du Concours médical la plus récente au jour de l'expertise).

		TAUX D'INCAPACITÉ FONCTIONNELLE								
TAUX I.P.	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	63,5	68,68	73,68	
50	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,4	73,99	79,37	
60	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34	
70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79	
80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83	
90	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55	
100	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00	

Si le taux est égal ou supérieur à 66 %, l'assuré est considéré en IPT. L'assureur règle une prestation telle que définie dans le tableau ci-après.

Si le taux est égal ou supérieur à 33 % et inférieur à 66 %, l'assuré est considéré en IPP. L'assureur règle une prestation telle que définie dans le tableau ci-après.

Si le taux est inférieur à 33 %, aucune prestation n'est due par l'assureur.

Type de prêt	Prestation Dans la limite de la quotité assurée
PRET AMORTISSABLE	<u>ITT / IPT</u> : les échéances dues <u>Mi-temps thérapeutique / IPP</u> : 50% des échéances dues
PRET IN FINE / PRET RELAIS (avec différé partiel)	<u>ITT / IPT</u> : les échéances d'intérêt dues <u>Mi-temps thérapeutique / IPP</u> : 50% des échéances d'intérêt dues

CAS PARTICULIERS / REMARQUES LIES AUX GARANTIES ITT, IPT ET IPP :

- 1/ Les décisions de la Sécurité sociale ou de tout autre organisme ne s'imposent pas à l'assureur, notamment en matière de taux d'invalidité.
- 2/ Pour le règlement des prestations, les trimestrialités, semestrialités et annuités de remboursement des prêts sont réputées se décomposer en mensualités égales et échelonnées.
- 3/ Les retards de paiement d'échéances, les pénalités ou intérêts de retard appliqués par l'organisme prêteur ne sont pas pris en compte par l'assureur.

4/ En cas d'ITT, IPT ou IPP affectant simultanément plusieurs personnes assurées au titre d'un même prêt : le montant des indemnités versées par l'assureur ne pourra excéder 100 % des échéances du remboursement du prêt.

5/ Prêt avec différé :

- s'il s'agit d'un différé total (le remboursement du capital et des intérêts est différé) : aucune prestation n'est due,
- s'il s'agit d'un différé partiel (seul le remboursement du capital est différé) : seules les échéances d'intérêts sont prises en charge dans la limite de la quotité assurée.

6/ Prêt in fine / prêt relais : le montant du prêt en principal compris dans la (les) dernière(s) échéance(s) de remboursement n'est jamais pris en charge par l'assureur.

7/ En cas de variation du montant de l'échéance en cours de prêt :

En cas de variation à la hausse :

Toute augmentation des échéances (en nombre ou en montant) devra être communiquée à l'assureur et pourra donner lieu à de nouvelles formalités d'adhésion.

Il est toutefois précisé qu'aucune augmentation ne sera prise en compte par l'assureur si elle intervient pendant une période d'ITT, IPT ou IPP de l'assuré sauf si elle :

- résulte de la mise en jeu d'une clause contractuelle prévue et programmée dans l'offre, dès l'origine du prêt,
- est appliquée automatiquement et ne résulte pas d'une demande expresse de l'assuré ou de l'emprunteur auprès de l'organisme prêteur,
- intervient au plus une fois par an.

En cas de variation à la baisse :

Toute baisse des échéances (en nombre ou en montant) sera prise en compte par l'Assureur, qu'elle intervienne pendant ou en dehors d'une période d'ITT, IPT ou IPP.

EXCLUSIONS

1/ Sont exclus de la garantie prévue en cas de DECES

- Le suicide, lorsqu'il survient moins d'un an après la prise d'effet de l'adhésion de l'assuré. Cette franchise s'applique à chaque adhésion nouvelle, suite à l'obtention d'un nouveau prêt ou à l'augmentation d'un prêt existant. Toutefois le suicide est garanti dès la prise d'effet de l'adhésion, dans la limite de 120 000 euros, lorsque l'assurance garantit le remboursement d'un prêt immobilier destiné à financer l'acquisition du logement principal de l'assuré.
- Les risques résultant d'un accident de navigation aérienne, sauf si l'assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet valable pour l'appareil utilisé ou une licence non périmée, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même (lorsque l'assuré emprunte une ligne commerciale régulière, les conditions ci-dessus sont réputées être réalisées).
- Les risques consécutifs à des acrobaties aériennes, exhibitions, tentatives de record, paris, participation à des défis, essais préparatoires qui les précèdent.

- Les conséquences d'accidents ou de maladies dont la survenance ou la première constatation médicale est antérieure à la date d'effet de l'adhésion (sauf si ces accidents ou maladies ont été déclarés à l'assureur lors de l'adhésion et qu'ils n'ont donné lieu à aucune restriction et/ou exclusion de garantie).
- Les conséquences de tout phénomène de radioactivité.
- La pratique de tous sports à titre professionnel ou sous contrat avec rémunération.
- La pratique à titre amateur des sports ou activités listés ci-dessous :
 - parapente
 - ultra léger motorisé (ULM),
 - planeur
 - deltaplane
 - parachutisme
 - bobsleigh
 - skysurf
 - wingsuit
 - saut à l'élastique
 - kitesurf
 - rafting
 - canyoning
 - plongée
 - ski hors-piste sans moniteur diplômé
 - ski acrobatique
 - alpinisme sans guide breveté
 - escalade
 - rugby
 - spéléologie
 - sports de combat (toutes formes de boxe, catch, free fight, full contact, pancrace, karaté)
 - sports ou activités nécessitant l'usage d'engins à moteur

2/ Sont exclus de la garantie prévue en cas de PTIA

- Les risques faisant l'objet d'une exclusion stipulée en cas de Décès.
- Les conséquences d'une tentative de suicide, de mutilation volontaire et de tout acte intentionnel de la part de l'assuré.
- Les pathologies liées à l'alcoolisme chronique, l'usage de drogue, l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement et leurs suites et conséquences avérées.

3/ Sont exclus de la garantie prévue en cas d'ITT, IPT, et IPP

- Les risques faisant l'objet d'une exclusion stipulée en cas de Décès ou de PTIA.
- Les conséquences de rixes, sauf cas de légitime défense, de devoir professionnel ou d'assistance à personne en danger.
- Les conséquences de guerre civile ou étrangère.

MATERNITE : la période de grossesse couverte par le congé maternité tel que prévu par le Code du travail n'est pas considérée comme une période d'incapacité de travail. Cette disposition s'applique par assimilation aux personnes qui ne sont pas salariées. Toutefois :

- si à l'expiration de ce congé, l'état pathologique de l'assurée l'empêche de reprendre son travail, les garanties

du contrat entreront en vigueur comme si la cessation du travail datait de l'expiration du congé,
- si avant le début de ce congé l'assurée était indemnisée par l'assureur dans le cadre du présent contrat, pour une incapacité ayant un motif autre que la maternité, l'assureur maintiendra le versement des prestations dans les conditions et limites fixées pour les garanties ITT, IPT et IPP.

FIN DES GARANTIES ET/OU DES PRESTATIONS

Les garanties et les prestations cessent :

- en cas de non-paiement des cotisations,
- à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion,
- à la date d'expiration normale ou anticipée du contrat de prêt,
- en cas d'exigibilité anticipée du prêt et à compter de la date d'effet de l'exigibilité,
- au jour du règlement par l'assureur du capital en cas de Décès ou de PTIA,
- dès lors que la durée maximale d'indemnisation de 180 jours par sinistre est atteinte en cas de mi-temps thérapeutique.
- au 31 décembre du 85^{ème} anniversaire de l'assuré pour la garantie Décès,
- au 31 décembre 70^{ème} anniversaire de l'assuré pour les garanties PTIA, ITT, IPT et IPP,
- dès la prise d'effet de la retraite à l'âge légal de départ à la retraite ou par anticipation quel qu'en soit le motif, y compris pour l'inaptitude au travail en ce qui concerne les garanties ITT, IPT et IPP.

DÉMARCHES À ACCOMPLIR EN CAS DE SINISTRE

La demande d'indemnisation devra être effectuée à :
APRIL Santé Prévoyance, Service indemnisation, 114 boulevard
Marius Vivier Merle, 69439 Lyon Cedex 03

A réception de la demande d'indemnisation il sera adressé à l'assuré ou ses ayants-droit un GUIDE SINISTRE précisant la liste des justificatifs à fournir ainsi que les différents formulaires à compléter.

Il est toutefois précisé que l'assureur pourra demander toutes autres pièces jugées nécessaires à l'instruction et au règlement du sinistre.

PRESCRIPTION

Pour l'application du présent paragraphe, il faut entendre par le terme « souscripteur », le terme « adhérent ».

Conformément aux dispositions des articles L 114-1, L 114-2 et L 114-3 du Code des assurances : toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

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

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

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

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants-droit de l'assuré décédé.

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

La prescription est interrompue par l'une des causes ordinaires d'interruption de la prescription à savoir : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interromp le délai de prescription ; La demande en justice, même en référé, interromp le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion.

Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure ; L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance. Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée. L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interromp le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers.

En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs que pour la part dont cet héritier est tenu. Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers.

L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interromp le délai de prescription contre la caution.

Elle est également interrompue par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

ARBITRAGE MEDICAL

A toute époque, les médecins et personnes déléguées auront un libre accès auprès de l'assuré en état de PTIA, ITT, IPT ou IPP, afin de pouvoir constater son état. Le contrôle continuera à s'exercer même après la dénonciation du contrat par l'association contractante.

En cas de contestation d'ordre médical, une expertise à frais communs devra intervenir avant tout recours à la voie judiciaire. Chacune des deux parties désignera un médecin, en cas de désaccord entre eux, ceux-ci devront s'adjoindre un troisième médecin, et à défaut d'entente, la désignation sera faite à la requête de la partie la plus diligente par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré.

Chacune des deux parties réglera les honoraires de son médecin, ceux du troisième médecin ainsi que tous les frais relatifs à sa nomination, seront supportés en commun et également par les deux parties.

RECLAMATIONS - MEDIATION

Examen des réclamations

Pour toute réclamation relative à la gestion du contrat, des cotisations ou encore des sinistres, l'assuré (ou ses ayants-droit) doit s'adresser prioritairement à son interlocuteur habituel qui est en mesure de lui fournir toutes informations et explications. Si l'assuré (ou ses ayants-droit) ne reçoit pas une réponse satisfaisante, il peut adresser sa réclamation écrite (mentionnant les références du dossier concerné et accompagnée d'une copie des éventuelles pièces justificatives) à Generali - Réclamations - TSA 70100 - 75309 PARIS Cedex 09 - servicereclamations@generali.fr.

Ce service accusera réception de sa demande et y répondra dans les meilleurs délais.

Si l'adhésion au contrat a été souscrite par le biais d'un intermédiaire et que la demande relève de son devoir de conseil et d'information ou concerne les conditions de commercialisation du contrat, la réclamation doit être exclusivement adressée à cet intermédiaire.

La procédure ci-dessus ne s'applique pas si une juridiction a été saisie du litige, que ce soit par l'assuré (ou ses ayants-droit) ou par l'assureur.

Médiation

En qualité de membre de la Fédération Française des Sociétés d'Assurances, Generali applique la Charte de la Médiation mise en place au sein de cette Fédération.

Si un litige persiste entre l'assuré (ou ses ayants-droit) et l'assureur après examen de la demande par le service réclamations, l'assuré (ou ses ayants-droit) peut saisir le Médiateur indépendant en écrivant à M. le Médiateur de l'assurance - TSA 50110 - 75441 Paris cedex 09.

Le Médiateur ne peut être saisi qu'après que le Service Réclamations a été saisi de la demande et y a apporté une réponse.

La saisine du médiateur n'est possible que dans la mesure où la demande n'a pas été soumise à une juridiction.

INFORMATION SUR LA PROTECTION DES DONNEES (RGPD)

Identification du responsable de traitement

Pour l'ensemble des opérations décrites ci-après, l'assureur est responsable de traitement, à l'exception des opérations listées ci-après pour lesquelles il définit la finalité.

APRIL Santé Prévoyance, en qualité de délégataire de gestion, est responsable de traitement en ce qui concerne l'intégralité des moyens techniques et essentiels, nécessaires à la gestion des adhésions au contrats d'assurance pour les opérations suivantes :

- souscription
- émission des avenants en cours d'assurance
- encaissement et recouvrement des cotisations
- instruction et règlement des sinistres
- réclamations
- archivage

Les finalités et les bases juridiques du traitement

Les données personnelles ont pour finalité de répondre à votre demande et de permettre la réalisation de mesures précontractuelles, d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat. A ce titre, elles pourront être utilisées à des fins de recouvrement, d'études statistiques et actuarielles, d'exercice des recours et de gestion des réclamations et contentieux, d'examen, d'appréciation, de contrôle et de surveillance du risque et de respect des obligations légales, réglementaires et administratives, ainsi que pour permettre la lutte contre la fraude à l'assurance.

Vous trouverez ci-dessous les bases juridiques correspondant aux finalités de traitement :

Les bases juridiques	Finalités de traitement
Exécution du contrat ou de mesures précontractuelles	- Réalisation de mesures précontractuelles telles que la délivrance de conseil, devis.
Consentement pour les données de santé (hors service des prestations de remboursement de frais de soins).	- Réalisation d'actes de souscription, de gestion et d'exécution ultérieure du contrat - Recouvrement - Exercice des recours et application des conventions entre assureurs - Gestion des réclamations et contentieux - Prise de décision automatisée liée à la souscription ou l'exécution du contrat - Certaines données peuvent entraîner des décisions sur la souscription et l'exécution du contrat notamment la tarification, l'ajustement des garanties - Examen, appréciation, contrôle et surveillance du risque

	- Etudes statistiques et actuarielles
Obligations légales	- Lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme - Respect des obligations légales, réglementaires et administratives
Intérêt légitime	- Lutte contre la fraude Afin de protéger les intérêts de l'ensemble des parties non fraudeuses au contrat

Informations complémentaires dans le cadre des données personnelles vous concernant et non collectées auprès de VOUS.

Catégorie de données susceptibles de nous être transmises :

- état civil, identité, données d'identification,
- données biométriques aux fins d'identifier une personne physique de manière unique,
- données de localisation (notamment déplacements, données GPS, GSM),
- informations d'ordre économique et financier (revenus, situation financière, situation fiscale, etc.),
- numéro d'identification national unique.

La source d'où proviennent les données à caractère personnel :

Ces données peuvent émaner de votre employeur, d'organismes sociaux de base ou complémentaire, d'organismes professionnels contribuant à la gestion des contrats d'assurance, de toute autorité administrative habilitée.

Clause spécifique relative à la fraude

Vous êtes également informé que l'assureur met en œuvre un dispositif ayant pour finalité la lutte contre la fraude à l'assurance pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude, inscription pouvant avoir pour effet un allongement de l'étude de votre dossier, voire la réduction ou le refus du bénéfice d'un droit, d'une prestation, d'un contrat ou service proposés par le courtier. Dans ce cadre, des données personnelles vous concernant (ou concernant les personnes parties ou intéressées au contrat) peuvent être traitées par toutes personnes habilitées intervenant au sein des services de l'assureur ou du courtier. Ces données peuvent également être destinées au personnel habilité des organismes directement concernés par une fraude (autres organismes d'assurance ou intermédiaires, organismes sociaux ou professionnels, autorités judiciaires, médiateurs, arbitres, auxiliaires de justice, officiers ministériels, organismes tiers autorisés par une disposition légale et, le cas échéant, les victimes d'actes de fraude ou leurs représentants).

Clause spécifique relative aux obligations réglementaires

Dans le cadre de l'application des dispositions du Code monétaire et financier, le recueil d'un certain nombre d'informations à caractère personnel est obligatoire à des fins

de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Dans ce cadre, vous pouvez exercer votre droit d'accès auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

Dans le cadre de l'application des dispositions de l'article 1649 ter du Code général des impôts, le recueil et la communication d'informations à caractère personnel et liées à votre contrat sont transmis par l'assureur à la Direction Générale des Finances Publiques (DGFiP) pour alimenter le fichier des contrats d'assurance vie (FICOVIE). Ces données sont également accessibles sur demande auprès du Centre des Impôts dont dépend votre domicile. Vous disposez d'un droit de rectification de ces informations auprès de l'assureur.

Les destinataires ou les catégories de destinataires

Les données vous concernant pourront être communiquées en tant que de besoin et au regard des finalités mentionnées ci-dessus, aux entités du Groupe Generali (le « Groupe Generali » est défini comme le groupe de sociétés ou d'entités détenues ou liées directement ou indirectement par la société Assicurazioni Generali SPA), ainsi qu'à des partenaires, intermédiaires, réassureurs et assureurs concernés, organismes professionnels, organismes sociaux des personnes impliquées sous-traitants et prestataires, dans la limite nécessaires des tâches leur incombant ou qui leur sont confiées. Par ailleurs, en vue de satisfaire aux obligations légales et réglementaires les responsables de traitement pourront communiquer des données à caractère personnel à des autorités administratives et judiciaires légalement habilitées.

Localisation des traitements de vos données personnelles

Le groupe GENERALI a adopté des normes internes en matière de protection des données et de sécurité informatique afin de garantir la protection et la sécurité de vos données.

Aujourd'hui, nos data centers sur lesquels sont hébergées vos données sont localisés en France, en Italie et en Allemagne.

S'agissant des traitements réalisés hors du Groupe GENERALI par des partenaires externes dont nos délégataires de gestion, une vigilance toute particulière est apportée quant à la localisation des traitements, leur niveau de sécurisation (opérationnel et technique) et le niveau de protection des données personnelles du pays destinataire, qui doit être équivalent à celui de la réglementation européenne.

Les traitements réalisés aujourd'hui hors Union Européenne sont des traitements de supervision d'infrastructures (surveillance des plateformes informatiques, de l'opérabilité des solutions ou gestion des sauvegardes), principalement opérés par nos partenaires bancaires et les éditeurs de logiciel.

Les durées de conservation

Vos données personnelles sont susceptibles d'être conservées pendant toute la durée nécessaire à l'exécution du contrat d'assurance en référence aux délais de prescriptions légales et sous réserve des obligations légales et réglementaires de conservation.

L'exercice des droits



Dans le cadre du traitement que nous effectuons, vous disposez dans les conditions prévues par la réglementation :

- d'un droit d'accès : vous disposez du droit de prendre connaissance des données personnelles vous concernant, dont nous disposons et demander à ce que l'on vous en communique l'intégralité,
- d'un droit de rectification : vous pouvez demander à corriger vos données personnelles notamment en cas de changement de situation,
- d'un droit de suppression : vous pouvez nous demander la suppression de vos données personnelles notamment lorsque ces dernières ne sont plus nécessaires ou lorsque vous retirez votre consentement au traitement de certaines données sauf s'il existe un autre fondement juridique à ce traitement,
- du droit de définir des directives relatives au sort de vos données personnelles en cas de décès,
- d'un droit à la limitation du traitement : vous pouvez nous demander de limiter le traitement de vos données personnelles,
- d'un droit à la portabilité des données : vous pouvez récupérer dans un format structuré les données, que vous nous avez fournies lorsque ces dernières sont nécessaires au contrat ou lorsque vous avez consenti à l'utilisation de ces données.
Ces données peuvent être transmises directement au responsable du traitement de votre choix lorsque cela est techniquement possible,
- d'un droit de retrait : vous avez le droit de retirer le consentement donné pour un traitement fondé sur cette base. Ce retrait vaut pour l'avenir et ne remet pas en cause la licéité des traitements déjà effectués. Il est susceptible de rendre l'exécution du contrat impossible sans être pour autant une cause de résiliation reconnue par le droit des assurances. Cependant, le retrait de données nécessaires à l'exécution du contrat et notamment au contrôle de la pertinence des engagements réciproques, est susceptible de rendre impossible l'exécution du contrat, dès lors que ces données participent du consentement des parties à la contractualisation.
Dans une telle hypothèse, cette impossibilité d'exécution peut être une cause contractuellement définie de déchéance de garantie.
- D'un droit d'opposition : vous pouvez vous opposer au traitement de vos données personnelles.

Vous pouvez exercer vos droits sur simple demande après avoir fourni une preuve de votre identité, aux adresses mentionnées au paragraphe « Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles ».

Droit d'introduire une réclamation

Par ailleurs, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale Informatique et Liberté, 3 Place de de Fontenay- TSA 80715-75334 PARIS CEDEX 07.

Coordonnées du Délégué à la Protection des Données Personnelles

Pour toute demande, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données personnelles :

- Pour le délégataire de gestion : APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03 ou par mail à dpo.asp@april.com ou depuis l'Espace Assuré sur <https://monespace.april.fr>
- Pour l'assureur : Generali - Conformité - TSA 70100 75309 Paris Cedex 09 ou à l'adresse électronique droitdaccés@generali.fr

AUTORITE DE CONTROLE

L'autorité de contrôle de l'Assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris cedex 09.

OPPOSITION AU DEMARCHAGE TELEPHONIQUE

Les consommateurs qui ne souhaitent pas faire l'objet de prospection commerciale par voie téléphonique par un professionnel avec lequel ils n'ont pas de relations contractuelles préexistantes, peuvent s'inscrire gratuitement sur la liste d'opposition au démarchage téléphonique sur le site internet www.bloctel.gouv.fr ou par courrier auprès de OPPOSETEL - Service Bloctel - 6 rue Nicolas Siret - 10000 Troyes.

RENONCIATION A L'ASSURANCE

L'assuré/adhérent peut renoncer à son adhésion pendant trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que son adhésion est conclue (selon les conditions d'acceptation l'adhésion est réputée conclue à la date de signature de la demande d'adhésion ou au plus tard à la date d'émission du certificat d'adhésion). Pour ce faire, il doit adresser à APRIL Santé Prévoyance - Immeuble Aprilium 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03, une lettre recommandée avec avis de réception rédigée par exemple selon le modèle suivant :

« Je soussigné _____ désire bénéficier de la faculté de renoncer à ma demande d'adhésion au contrat groupe emprunteurs Alternative GENERALI n°7337 effectuée en date du (date de la signature de la demande d'adhésion).
Signature ».

STATUTS

(Modifiés par l'Assemblée Générale Extraordinaire du 24 Mai 2018)

Article 1- Formation-Durée

Il est créé une Association de Prévoyance régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, les articles L.141-7 et R 141-1 à R.141-9 du Code des assurances et tous textes qui viendraient, le cas échéant à les modifier ou les compléter, ainsi que par les présents statuts.

Elle prend la dénomination de **Groupe ment de Prévoyance Maladie-Accident, "G P M A"**.

Elle est constituée pour une durée illimitée.

Article 2 - Objet

L'Association Groupement de Prévoyance Maladie-Accident a pour objet :

- d'étudier et de conseiller ses adhérents sur la mise en place de régimes de prévoyance, santé ou retraite ;
- de permettre la mise en place de ces régimes en souscrivant à l'intention de ses adhérents des contrats collectifs d'assurance.
- de défendre les intérêts des adhérents et de les informer en engageant à cet effet toute action de formation, d'information et de communication avec eux et en dehors d'eux pour accueillir de nouveaux membres ;
- de venir en aide à ses adhérents en grande difficulté par l'attribution d'allocations provenant du fonds d'entraide ;
- de participer et soutenir toute activité d'Association, fondation ou autre organisme à but non lucratif ayant pour objet des actions de solidarité principalement dans les domaines de la prévention santé, du handicap, de la recherche médicale et de l'insertion ;
- et plus généralement de prendre toute initiative présentant une utilité directe, indirecte ou complémentaire pour son activité

Et ce par tous moyens et sans visées bénéficiaires.

Article 3 - Membres- Adhérents

L'Association se compose de :

a) membres d'honneur choisis pour l'aide ou les conseils qu'ils peuvent apporter à l'Association ; les demandes d'admission à ce titre seront soumises à l'agrément du Bureau du Conseil d'Administration ;

b) membres adhérents qui bénéficient des prestations de l'Association et paient à ce titre une cotisation.

Ces différentes catégories peuvent comporter des personnes physiques et des personnes morales.

Tout adhérent doit avoir la qualité de membre pour prétendre aux garanties des contrats souscrits par l'Association.

La qualité de membre s'acquiert par adhésion aux présents Statuts et paiement de la cotisation. Elle se perd par décès, non règlement des cotisations ou dissolution de l'Association. La qualité de membre adhérent se perd également à la fin de l'adhésion aux contrats collectifs d'assurance sur la vie à la suite d'une renonciation, d'un rachat anticipé ou à l'échéance normale

La qualité de membre d'honneur se perd par décès, démission, radiation sur décision du conseil d'administration pour motifs grave ou dissolution de l'association.

La décision est rendue en dernier ressort et n'a pas à être motivée.

Chaque adhérent personne morale, s'il représente plusieurs assurés, sera redevable d'autant de droits d'adhésions qu'il représente d'assurés.

Article 4 - Siège social

Le Siège Social est fixé à Paris, 75447 cedex 09. Il peut être transféré en tout autre lieu sur décision du Conseil d'Administration ratifiée par la plus prochaine Assemblée Générale Ordinaire.

ADMINISTRATION

Article 5 - Conseil d'Administration

Le Conseil d'Administration se compose de neuf membres au moins et de dix-huit membres au plus, tous élus par l'Assemblée Générale des adhérents.

Les Administrateurs sont élus pour une durée de trois ans et sont rééligibles.

Le Conseil est composé, pour plus de la moitié, de membres ne détenant ou n'ayant détenu au cours des deux années précédant leur désignation aucun intérêt ni aucun mandat dans les organismes d'assurance signataires des contrats d'assurance de groupe, et ne

recevant ou n'ayant reçu au cours de la même période aucune rétribution de la part de ces mêmes organismes ou sociétés.

Ces Administrateurs peuvent être soit des membres individuels, soit des personnes morales qui désigneront leur représentant permanent.

Nul ne peut être membre du Conseil d'Administration de l'Association ni, directement ou indirectement ou par personne interposée, administrer, diriger ou gérer à un titre quelconque l'Association ni disposer du pouvoir de signer pour le compte de l'Association s'il a fait l'objet de l'une des condamnations ou mesures mentionnées au 1° à 5° de l'article L322-2 du code des assurances.

En cas de décès ou de démission d'un Administrateur en cours d'année, il est pourvu à son remplacement provisoire (cooptation) par les soins du Conseil. Il est procédé à la ratification des cooptations par la plus prochaine Assemblée Générale. Les pouvoirs des membres ainsi élus prennent fin à l'époque où devrait normalement expirer le mandat des membres remplacés. Si cette ratification est refusée, les décisions prises et les actes accomplis par le Conseil depuis la cooptation et jusqu'à cette Assemblée demeurent valables.

Les fonctions de membre du Conseil d'Administration sont gratuites.

Elles peuvent toutefois donner lieu à un remboursement des frais engagés dans l'intérêt de l'Association sur la base de justificatifs. D'autre part, le Conseil d'Administration peut décider d'allouer à ses administrateurs, dans les limites fixées par l'Assemblée Générale, des indemnités et avantages sans que ceux-ci soient liés directement ou indirectement et de quelque façon que ce soit au volume d'activité de l'Association (cotisations, encours des contrats, nombre d'adhérents...).

Le Président du Conseil d'Administration informe chaque année l'Assemblée Générale du montant des indemnités et avantages alloués conformément à l'alinéa précédent aux membres du Conseil d'Administration.

Tout Administrateur qui n'a pris aucune part aux travaux du Conseil pendant un an pourra être considéré comme démissionnaire, l'intéressé ayant été préalablement invité à présenter les motifs de ses absences.

Article 6 - Le Président du Conseil d'Administration

L'Association est dirigée par un Président élu par les membres du Conseil d'Administration.

Le Président est responsable de ses décisions devant le Conseil d'Administration. Il représente l'Association dans les conditions fixées par le Conseil d'Administration.

Le Conseil d'Administration peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs au Président de l'Association qui en rend compte régulièrement.

Le Conseil d'Administration et le Président peuvent déléguer à une personne membre du Conseil pour une période déterminée certains de leurs pouvoirs de manière explicite.

Le Conseil d'Administration ou le Président peut à tout moment abroger une délégation de pouvoirs.

En cas d'urgence, le Président prend les décisions nécessaires au bon fonctionnement de l'Association et en informe dans les meilleurs délais les membres du Conseil d'Administration.

Article 7 - Bureau

Chaque année, après l'Assemblée Générale, le Conseil élit parmi ses membres son Bureau composé d'un Président, d'un ou deux Vice-présidents, d'un Secrétaire Général pouvant être choisi en dehors des Administrateurs et d'un Trésorier.

Le Bureau met en œuvre les décisions prises par le Conseil d'Administration. Il se réunit à l'initiative du Président de l'Association en tant que besoin entre deux réunions du Conseil d'Administration.

Article 8 - Fonctionnement du Conseil d'Administration

Le Conseil se réunit sur convocation du Président chaque fois que celui-ci le juge utile ou sur demande de la moitié des Administrateurs et au moins une fois par an.

Il peut désigner un ou plusieurs Conseillers Techniques en vue de réunir toute documentation relative à la réalisation technique de l'objet de l'Association. Ces personnes peuvent être choisies en dehors de celles composant le Conseil et éventuellement de l'Association.

Le Secrétaire Général et les Conseillers Techniques assistent aux réunions du Conseil et du Bureau avec voix consultative.

Il peut délibérer quel que soit le nombre des membres présents. Les Administrateurs ne peuvent se faire représenter. Les décisions sont prises à la majorité des Administrateurs présents. En cas de partage, la voix du Président est prépondérante.

Il est tenu procès-verbal des séances du Conseil. Ces procès verbaux sont signés par le Président et au moins un autre membre du Conseil et consignés dans un registre.

Article 9 - Pouvoirs du Conseil d'Administration

Le Conseil est investi des pouvoirs les plus étendus pour prendre toutes décisions et autoriser la mise en œuvre de toutes opérations en rapport avec l'objet de l'Association et son fonctionnement, dans la limite des prérogatives de l'Assemblée Générale.

Notamment, le Conseil d'Administration a pour attributions :

- d'arrêter les comptes annuels et le budget de l'Association ;
- de signer un ou plusieurs contrats d'assurance, ainsi qu'un ou plusieurs avenants dans la limite de la délégation consentie par l'Assemblée Générale conformément à l'article 12 des présents statuts ; en cas de signature d'un ou de plusieurs contrats d'assurance, ou d'un ou plusieurs avenants, le Conseil d'Administration doit en faire rapport à la plus proche Assemblée ;
- de fixer le montant de la cotisation annuelle d'adhésion à l'Association ;
- d'arrêter les termes du rapport d'activité, moral et financier soumis à l'Assemblée Générale ;
- de déterminer le montant des allocations attribuées en faveur des adhérents au titre du fonds d'entraide ;
- de mettre en place toutes les délégations de pouvoirs nécessaires au bon fonctionnement de l'Association.

L'Association est représentée en Justice et dans tous les actes de sa vie civile par son Président ou un Vice-président ou par toute personne habilitée à cet effet par le Conseil.

Article 10- Règlement Intérieur

Le Conseil, sur proposition du Bureau, peut établir un règlement intérieur précisant et complétant les règles de fonctionnement de l'Association fixées par les présents statuts.

Il est également compétent, sur proposition du Bureau, pour le modifier ou l'abroger.

ASSEMBLEES GENERALES ORDINAIRE ET EXTRAORDINAIRE

Article 11 : Règles communes à toutes les Assemblées Générales

Composition

L'Assemblée Générale est constituée par les membres de l'Association présents ou représentés.

Tout membre à jour de cotisation à la date de clôture de l'exercice comptable précédent, personne physique ou personne morale, a le droit de prendre part aux Assemblées Générales et d'y voter.

Pour l'exercice des droits de vote à l'Assemblée Générale, les adhérents ont la faculté de donner mandat à un autre adhérent, ou à leur conjoint.

Chaque adhérent dispose d'une voix. Les mandataires peuvent remettre les pouvoirs qui leur ont été conférés à d'autres mandataires ou adhérents. Le nombre de pouvoirs dont un même adhérent peut disposer, ne peut dépasser 5 % des droits de vote.

Les mandataires disposent du droit de vote quel que soit le nombre de pouvoirs dont ils disposent.

Le vote par correspondance n'est pas autorisé.

Si, sur décision du Conseil d'Administration, l'Association a mis en œuvre un mode de vote par voie électronique, tout adhérent, disposant des outils matériels et logiciels requis, peut voter par voie électronique en suivant les procédures et consignes qui lui seront adressées à cet effet.

Convocation-Ordre du jour

L'Assemblée Générale est convoquée par le Président du Conseil d'Administration, ou à défaut par le Conseil, au moins une fois par an dans les six mois de la clôture de l'exercice social.

Sur demande motivée d'au moins 10% des membres de l'Association, le Président du Conseil d'Administration, ou à défaut le Conseil, est tenu de convoquer une Assemblée Générale dans le délai de deux mois à compter de la réception de la demande.

La convocation aux Assemblées Générales est individuelle : elle est effectuée par lettre simple trente jours au moins avant la date fixée pour la réunion de l'Assemblée.

Cette convocation pourra être transmise ainsi que l'ensemble des documents nécessaires par Internet à l'adresse e-mail que l'adhérent aura communiquée à l'Association par le biais du bulletin d'adhésion au contrat d'assurance ou de tout autre document.

La convocation individuelle mentionne l'ordre du jour et contient les projets de résolutions présentés par le

Conseil d'Administration ainsi que ceux portés à la connaissance du Conseil d'Administration par cent adhérents au moins au plus tard dans les soixante jours avant la date fixée pour la réunion de l'Assemblée.

Elle peut mentionner également la date à laquelle la seconde Assemblée est convoquée en l'absence de réunion du quorum. Les adhérents pourront s'informer de la tenue ou non de la seconde Assemblée en

téléphonant au numéro qui leur sera transmis ou en consultant le site internet.

La convocation indique également le lieu de réunion qui peut se situer dans des locaux en dehors du siège social.

Quorum - Droits de vote

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si mille adhérents ou un trentième des adhérents au moins sont présents ou représentés.

Si, lors de la première convocation, l'Assemblée n'a pas réuni ce quorum, une seconde Assemblée est convoquée dans le délai de 30 jours.

Elle délibère alors valablement sur le même ordre du jour quel que soit le nombre de ses adhérents présents ou représentés.

Les adhérents devront se munir, pour participer à l'Assemblée de leur convocation ainsi que de tout document, notamment le pouvoir qui leur aura été adressé, justifiant du numéro de contrat d'assurance auquel ils ont souscrit.

Un adhérent peut se faire représenter par un autre membre de l'Association muni d'un pouvoir écrit.

Une feuille de présence est signée par les membres de l'Assemblée en entrant en séance et certifiée par le Président de l'Assemblée.

Organisation - procès-verbaux

Le Bureau de l'Assemblée Générale est celui du Conseil ; en cas d'absence, il est procédé si nécessaire au remplacement pour la durée de l'Assemblée par décision des membres du Conseil présents au début de la réunion.

L'Assemblée Générale ne peut délibérer que sur les questions inscrites à l'ordre du jour par le Conseil d'Administration à l'exception de la révocation de membre(s) du Conseil pouvant intervenir sur incident de séance. L'ordre du jour comporte le cas échéant les propositions de résolutions présentées par les adhérents dans les conditions précitées.

Les délibérations de l'Assemblée sont constatées par des procès-verbaux inscrits sur un registre spécial et signés par le Président et un membre du Conseil. Les copies ou extraits de ces procès-verbaux sont signés par le Président du Conseil ou par deux Administrateurs. Ils sont tenus à la disposition des adhérents au Siège de l'Association, pour consultation, sous condition de justifier de sa qualité d'adhérent.

Article 12 - Assemblées Générales Ordinaires

Le Président doit convoquer dans les formes indiquées à l'article 11 une Assemblée Générale Ordinaire Annuelle une fois par an, dans les six mois suivant la clôture des comptes annuels.

L'Assemblée Générale Ordinaire Annuelle entend le rapport du Conseil sur la situation morale et financière de l'Association. Elle est seule compétente pour :

- définir les orientations de l'Association,
- approuver les comptes de l'Association et le rapport de gestion présentant la situation de l'Association et son activité pour l'exercice écoulé et les perspectives au plus tard dans les six mois de sa clôture,
- approuver le montant qui a été fixé par le Conseil d'Administration pour les cotisations des adhérents.

L'Assemblée Générale Ordinaire est compétente pour élire, ratifier et révoquer les Administrateurs.

L'Assemblée Générale Ordinaire a seule qualité pour autoriser la signature d'un ou de plusieurs contrats d'assurance de groupe ou d'un ou de plusieurs avenants à ceux-ci. Elle peut toutefois déléguer au Conseil d'Administration, par une ou plusieurs résolutions et pour une durée qui ne peut excéder dix-huit mois, le pouvoir de signer un ou plusieurs contrats d'assurance ainsi qu'un ou plusieurs avenants dans des matières que la résolution définit.

Néanmoins, il est précisé que l'assemblée générale a seule qualité pour autoriser la modification des dispositions essentielles du contrat d'assurance de groupe, telles qu'elles sont définies à l'article R141-6 du code des assurances

Elle est souveraine pour tout ce qui n'est pas de la compétence du Bureau, du Conseil d'Administration ou de l'Assemblée Générale Extraordinaire.

Les décisions prises en Assemblée Générale Ordinaire sont adoptées à la majorité simple des membres présents ou représentés.

Article 13 - Assemblées Générales Extraordinaires

Sur l'avis du Conseil, ou sur la demande motivée d'au moins 10% des membres de l'Association, le Président du Conseil d'Administration est tenu de convoquer une Assemblée Générale Extraordinaire, dans le délai de deux mois à compter de la réception de la demande.

L'Assemblée Générale Extraordinaire est seule compétente pour apporter des modifications aux statuts. Elle peut également décider la prorogation, la scission ou la fusion avec toute autre Association poursuivant un but analogue ou la dissolution.

Les décisions doivent être prises à la majorité des 2/3 des voix des membres présents ou représentés.

RESSOURCES - DEPENSES

Article 14 - Ressources

L'exercice social commence le 1^{er} janvier et se termine le 31 décembre de chaque année.

Les ressources de l'Association se composent :

- des cotisations annuelles versées par ses membres conformément aux décisions du Conseil d'Administration ;
- des subventions, ressources ou versements autorisés par les dispositions législatives ou réglementaires en vigueur ;
- des sommes reçues en contrepartie de prestations fournies par l'Association ;
- des produits de ses placements financiers.

Article 15 - Dépenses

Les dépenses de l'Association sont constituées par :

- les allocations attribuées en faveur des adhérents au titre du Fonds d'Entraide ;
- les sommes destinées à faire face aux charges de son fonctionnement ;
- le soutien d'activités à but non lucratif dont l'objet est voisin de celui de l'Association ou peut s'y rattacher ;
- et, en général, toute dépense décidée par le Conseil d'Administration en conformité avec l'objet de l'Association.

Ces dépenses sont ordonnées par le Conseil d'Administration ou par toute personne mandatée à cet effet par le Conseil d'Administration.

Article 16- Comptes annuels

Les comptes annuels sont établis conformément au Plan Comptable Général et à la réglementation en vigueur.

Si les recettes annuelles excèdent les dépenses, l'affectation de l'excédent, exclusive de toute distribution, est décidée par l'Assemblée Générale Ordinaire sur proposition du Conseil d'Administration.

Les comptes de l'Association peuvent être consultés à son Siège par tout groupe d'adhérents, représentant la moitié plus un des membres de l'Association, à jour de leur cotisation.

Article 17- Commissaires aux comptes

L'Assemblée Générale Ordinaire nomme, pour une durée de six exercices, un commissaire aux comptes titulaire et un commissaire aux comptes suppléant,

inscrits sur la liste des commissaires aux comptes de la Compagnie Régionale de l'Ile de France.

Le commissaire aux comptes exerce sa mission selon les normes et règles de la profession. Il établit un rapport présenté chaque année à l'Assemblée Générale appelée à statuer sur les comptes de l'exercice clos.

DISSOLUTION

Article 18 - Dissolution

En cas de dissolution volontaire ou forcée, l'Assemblée Générale Extraordinaire, délibérant à la majorité des Assemblées Générales Ordinaires, désigne un ou plusieurs Commissaires chargés de la liquidation des biens de l'Association.

Cette Assemblée, statuant alors à la majorité des 2/3 des voix des membres présents ou représentés, détermine souverainement les conditions dans lesquelles les membres de l'Association seront admis, s'il y a lieu, à exercer leur droit de reprise et se prononce sur la dévolution de l'actif net.