



Arc

Assurance
Relais pour le
Crédit

Notice comportant
les dispositions
des conditions générales

Cher Adhérent,

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

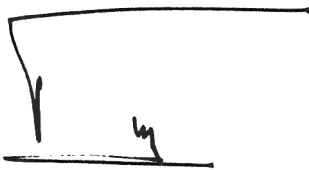
Arc est une convention d'assurance de groupe mise au point par l'AGIPI, et garantie par des sociétés du groupe AXA. Elle est exclusivement réservée aux adhérents de l'AGIPI.

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

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

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

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

A handwritten signature in black ink, consisting of a horizontal line at the top, a vertical line on the left, and a stylized, cursive signature below.

Claude FATH

Président de l'AGIPI

Sommaire

Dispositions générales

	Page
Article 1	Objet de la convention3
Article 2	Définitions3
Article 3	Durée et renouvellement4
Article 4	Champ d'application4
Article 5	Obligations de l'adhérent et de l'assuré5
Article 6	Obligations de l'AGIPI5
Article 7	Délai et modalités de renonciation6
Article 8	Loi informatique et libertés6
Article 9	Prescription6
Article 10	Modifications de la convention6
Article 11	Service Adhérents7
Article 12	Contrôle de l'assureur7

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

Article 13	Capital décès7
Article 14	Invalidité permanente totale (IPT)8
Article 15	Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA).....8

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

Article 16	Incapacité de travail8
Article 17	Invalidité totale ou partielle9
Article 18	Exonération du paiement des cotisations10

Risques garantis, risques exclus et limites de garanties

Article 19	Risques garantis - risques exclus11
Article 20	Limitations applicables aux garanties en cas d'invalidité permanente totale, de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité de travail ou d'invalidité totale ou partielle11

Cotisations

Article 21	Calcul de la cotisation annuelle13
Article 22	Modalités de paiement des cotisations13

Gestion des prestations

Article 23	Modalités d'obtention des prestations14
------------	---

Gestion technique et paritaire de la convention

Article 24	Compte de participation15
Article 25	Réserve de participation15
Article 26	Gestion administrative15
Article 27	Dotation à l'association15
Article 28	Comptes techniques16
Article 29	Comité de Gestion Paritaire16
Article 30	Comité Médical d'Evaluation16

Notice comportant les dispositions des conditions générales

Dispositions générales

■ Article 1 - *Objet de la convention*

La présente convention d'assurance de groupe (référence 3449-66 Ed. 01/2012), régie par le Code des assurances (branche 1 - accidents, branche 2 - maladie et branche 20 - vie-décès), est souscrite par l'Association Générale Interprofessionnelle de Prévoyance et d'Investissement, (appelée ci-après AGIPI), auprès des sociétés françaises d'assurance du Groupe AXA : AXA France Vie S.A., AXA Assurances Vie Mutuelle, AXA France IARD S.A. AXA Assurances IARD Mutuelle (appelées ci-après l'assureur), en coassurance entre elles, au prorata de leurs chiffres d'affaires respectifs.

Cette convention, réservée aux adhérents de l'AGIPI, a pour objet de garantir des prestations au titre de l'emprunt mentionné sur les conditions particulières d'adhésion, en cas d'incapacité totale de travail, d'invalidité, d'invalidité permanente totale, de perte totale et irréversible d'autonomie ou de décès de l'assuré, sous forme d'indemnités journalières, de rentes ou de capitaux en fonction des options choisies par eux.

Les déclarations des assurés servent de base à l'adhésion, qui est incontestable dès son entrée en vigueur, sauf effet des lois et décrets du Code des assurances.

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

■ Article 2 - *Définitions*

Adhérent	Personne physique ou morale qui adhère à la présente convention.
Assuré	Personne physique admise à l'assurance et sur la tête de laquelle repose le risque.
Accident	Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré et provenant directement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Il est précisé que l'infarctus du myocarde, les affections coronariennes ainsi que les affections soudaines, les affections dues à un choc émotif ou à un surmenage ne sont pas considérés comme des accidents.
Consolidation	Stabilisation durable de l'état de santé de l'assuré, cet état n'évoluant ni vers une amélioration, ni vers une aggravation, médicalement constatées.
Conditions particulières d'adhésion	Document qui complète la présente notice et dans lequel figurent l'identité de l'adhérent, de l'assuré, les clauses bénéficiaires, les garanties choisies, ainsi que d'éventuelles dispositions particulières.
Maladie	Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pas pour origine un accident tel que défini ci-dessus.

■ Article 3 - Durée et renouvellement

Cette convention entre l'AGIPI et l'assureur prend effet le 1^{er} janvier 2012, et se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant préavis de six mois par lettre recommandée.

En cas de résiliation de la convention entre l'AGIPI et l'assureur, aucune adhésion nouvelle ne pourra être enregistrée ; chaque assuré garanti par la convention au moment de la résiliation pourra le demeurer jusqu'aux âges prévus à l'article 4 D pour les garanties souscrites.

■ Article 4 - Champ d'application

A. Admission

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

Chaque assuré remplit une demande d'adhésion par laquelle il donne son consentement à l'assurance. L'adhérent précise les garanties choisies et désigne le ou les bénéficiaires de la garantie en cas de décès. L'assuré fait l'objet d'une sélection médicale dont les modalités sont fixées par accord entre l'AGIPI et l'assureur. Pour permettre le calcul des cotisations, chaque adhérent remet à l'AGIPI une copie de la notice précisant les conditions de l'emprunt et une copie du tableau d'amortissement de l'emprunt.

Un assuré sans emploi ou au chômage ne peut souscrire aux garanties incapacité et invalidité (articles 16 et 17). L'AGIPI peut limiter ou refuser les garanties sans avoir à justifier sa décision.

B. Début des garanties

Les garanties prennent effet pour chaque assuré à la date indiquée sur ses conditions particulières d'adhésion, sous réserve de signature de celles-ci par l'adhérent et l'assuré, s'il est différent, et paiement de la cotisation due.

Si le déblocage des fonds est progressif ou postérieur à la date d'effet de l'adhésion, les garanties produisent néanmoins leurs effets selon les modalités définies aux conditions particulières d'adhésion. Les cotisations sont dues sur ce montant.

C. Modification des garanties

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

S'il s'agit d'une diminution, cette modification prend effet le jour de réception de la demande par l'AGIPI. S'il s'agit d'une augmentation, l'acceptation du changement est subordonnée aux résultats de la sélection médicale. Les nouvelles garanties prennent effet à la date indiquée sur les nouvelles conditions particulières d'adhésion, sous réserve de signature de celles-ci par l'adhérent et l'assuré, s'il est différent, et du paiement de la cotisation due.

D. Fin des garanties

Les garanties cessent au plus tard à la date de fin de prêt indiquée sur les conditions particulières d'adhésion ou de plein droit à la date de remboursement total du prêt si celle-ci est antérieure. En tout état de cause, les garanties s'arrêtent lorsque l'assuré atteint les limites d'âge suivantes :

- pour la garantie capital décès (article 13), au 80^{ème} anniversaire de l'assuré,
- pour l'extension de la garantie décès en cas d'invalidité permanente totale (article 14), au 60^{ème} anniversaire de l'assuré,
- pour l'extension de la garantie décès en cas de perte totale et irréversible d'autonomie (article 15), au 65^{ème} anniversaire de l'assuré,
- pour les garanties incapacité et invalidité (articles 16 et 17), au 65^{ème} anniversaire de l'assuré.

En cas de cessation définitive d'activité professionnelle ou de départ à la retraite, les garanties incapacité et invalidité se trouvent résiliées de plein droit. En cas de chômage, les garanties incapacité et invalidité sont maintenues.

L'assuré s'oblige à informer l'AGIPI de sa cessation d'activité, pour permettre la modification de ses garanties et l'ajustement de sa cotisation.

Dans le cas contraire, si l'assuré n'a pas informé l'AGIPI de sa cessation d'activité professionnelle, le paiement des cotisations ne donne pas droit à prestations au titre des garanties incapacité ou invalidité, celles-ci étant devenues sans objet.

L'adhérent peut résilier son adhésion au 31 décembre de chaque année. Pour cela, il doit prévenir l'AGIPI par courrier recommandé au moins trente jours avant cette date.

L'AGIPI peut, en application de l'article 6 de la loi du 31 décembre 1989, dite loi Evin, résilier les garanties autres qu'en cas de décès en y mettant fin dans les deux premières années suivant la souscription. Pour cela, elle doit prévenir l'adhérent par courrier recommandé avec préavis de deux mois avant la prise d'effet de la résiliation.

■ Article 5 - Obligations de l'adhérent et de l'assuré

A. Déclaration du risque

Les déclarations de l'assuré sur son état de santé, ses antécédents médicaux de tous ordres, s'il est fumeur ou non fumeur, les conditions d'exercice de sa profession (travail manuel, déplacement,...), ses activités sportives, ses autres contrats prévoyant des prestations en cas d'incapacité totale de travail, d'invalidité ou de décès ainsi que les caractéristiques de l'emprunt, servent de base à l'adhésion et à la fixation de sa cotisation personnelle.

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, l'adhérent et l'assuré, s'il est différent, s'exposent à la nullité de l'adhésion, conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte, il peut être fait application des articles L 113-9 et L 132-26 du Code des assurances.

B. Modification du risque

L'assuré doit informer l'AGIPI par lettre recommandée :

—s'il change de profession, d'occupation ou s'il exerce sa profession dans des conditions autres que celles déclarées à l'adhésion,

—s'il pratique des activités sportives modifiant notablement le risque assuré, telles que course automobile, course de moto, spéléologie, parachutisme, etc...,

—s'il n'est plus éligible au tarif non fumeur.

La déclaration par lettre recommandée doit être adressée à l'AGIPI dans un délai de trente jours à compter de la date de modification.

Lorsque la nouvelle situation entraîne une modification du risque ou en modifie l'appréciation, l'AGIPI peut :

—soit mettre fin, à dater de la modification intervenue, aux garanties incapacité et invalidité,

—soit proposer un nouveau taux de cotisation pour les garanties incapacité et invalidité.

Si l'adhérent refuse le nouveau taux de cotisation, l'AGIPI met fin aux garanties incapacité et invalidité.

Dans ce cas, l'adhérent peut résilier l'adhésion dans sa totalité. En cas de réduction des garanties par l'AGIPI ou de résiliation de l'adhésion par l'adhérent, l'AGIPI rembourse à l'adhérent la fraction de cotisation correspondant à la période postérieure à la date de résiliation.

Si l'assuré omet de déclarer une modification aggravant le risque, il peut être fait application des articles L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances.

C. Modification des conditions de l'emprunt

L'adhérent doit informer l'AGIPI, par lettre recommandée, de toute modification ultérieure de l'emprunt figurant dans les conditions particulières d'adhésion (taux, durée, modalités d'amortissement, etc...).

L'ajustement des garanties aux nouvelles conditions de l'emprunt est subordonné à l'acceptation de l'AGIPI ; à défaut, les garanties ne pourront excéder celles découlant des conditions initiales de l'emprunt.

D. Paiement des cotisations

L'adhérent s'oblige à payer à l'AGIPI la cotisation correspondant aux garanties choisies par lui. La somme due est payable dans un délai de 10 jours à compter des dates d'échéance, qui sont fixées selon la périodicité de paiement choisie par l'adhérent.

Les cotisations mensuelles et trimestrielles sont payables par prélèvements automatiques.

Le défaut de paiement d'une cotisation mensuelle ou trimestrielle rendra immédiatement exigible le solde de la cotisation annuelle restant dû.

En cas de non paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les 10 jours suivant son échéance, conformément aux dispositions du Code des assurances et notamment des articles L 113-3, L 132-20 et L 141-3, une lettre recommandée est adressée à l'adhérent l'informant qu'à l'expiration d'un délai de 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation ou du solde exigible ainsi que les cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai entraîne, sans nouvel avis, la résiliation des garanties.

■ Article 6 - Obligations de l'AGIPI

L'AGIPI effectue l'ensemble des actes de gestion nécessaires : acceptation et émission des adhésions, encaissement des cotisations, règlement des prestations, suivi des dossiers des adhérents. Elle peut, en accord avec l'assureur, déléguer tout ou partie de ces tâches à un organisme de son choix.

L'AGIPI informe les adhérents de la situation de leurs garanties à chaque échéance annuelle.

Les adhérents peuvent à tout moment consulter la situation de leurs garanties sur le site internet de l'association (www.agipi.com).

■ **Article 7 - Délai et modalités de renonciation**

L'adhérent, personne physique, dispose d'un délai de trente jours calendaires révolus à compter de la date de signature des conditions particulières d'adhésion et au plus tard à compter du jour d'encaissement par l'AGIPI du premier versement, pour renoncer à cette adhésion.

La renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception envoyée au siège administratif de l'AGIPI, 12 avenue Pierre Mendès France, CS 10144, 67312 SCHILTIGHEIM Cedex. Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus dans la demande d'adhésion.

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

La réception de la demande de renonciation entraîne l'annulation de l'ensemble des garanties.

■ **Article 8 - Loi informatique et libertés**

En vertu de la loi informatique et libertés 78-17 du 6 janvier 1978, modifiée le 6 août 2004, l'adhérent peut exercer son droit d'accès et de rectification de toute information le concernant et figurant sur tout fichier à usage de l'AGIPI ou des sociétés d'assurance. Le droit d'accès et de rectification est exercé au siège administratif de l'AGIPI.

■ **Article 9 - Prescription**

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

Article L 114-1 du Code des assurances

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration 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.

Article L 114-2 du Code des assurances

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

■ **Article 10 - Modifications de la convention**

L'AGIPI et les sociétés d'assurance peuvent, d'un commun accord, réviser la présente convention. Toute modification des droits et obligations des adhérents sera portée par écrit à la connaissance de l'ensemble des adhérents de l'Arc par l'AGIPI, selon les dispositions de l'article L 141-4 du Code des assurances, dans un délai de trois mois minimum avant son entrée en vigueur.

L'adhérent peut résilier son adhésion en raison de ces modifications.

Le paiement de la nouvelle cotisation vaut acceptation des conditions modifiées ; le non-paiement entraîne la résiliation de l'adhésion conformément à l'article 5 D.

■ Article 11 - Service Adhérents

Pour ses demandes d'information ou d'éventuels désaccords, l'adhérent peut contacter par courrier le Service Adhérents d'AGIPI : 12 avenue Pierre Mendès France, CS 10144, 67312 SCHILTIGHEIM Cedex ou par téléphone au 03 90 23 90 00.

Si après réponse du Service Adhérents un désaccord subsiste, l'adhérent peut faire appel au médiateur de l'assureur, à l'adresse suivante :

AXA, Secrétariat de la Médiation
Terrasse 1, 313 Terrasses de l'Arche,
92727 NANTERRE Cedex.

Ce recours est gratuit. Le médiateur s'engage à formuler son avis dans les trois mois.

■ Article 12 - Contrôle de l'assureur

L'autorité de contrôle de l'assureur est l'Autorité de Contrôle Prudenciel (ACP), 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09.

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

■ Article 13 - Capital décès

A. Définition de la garantie

Un capital égal au montant restant dû le jour du décès, au titre de l'emprunt mentionné sur les conditions particulières d'adhésion est versé à l'organisme prêteur ou au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès de l'assuré, quelle qu'en soit la cause.

A cet effet, l'adhérent doit remettre à la souscription une copie de la notice précisant les conditions de l'emprunt et une copie du tableau d'amortissement.

Les échéances de l'emprunt impayées et antérieures au décès n'entrent pas dans le cadre de la garantie.

B. Désignation des bénéficiaires

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

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

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

L'adhérent peut également modifier la clause bénéficiaire si celle ci ne lui paraît plus appropriée.

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

Dans tous les cas, la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire dans les conditions prévues à l'article L 132-9 du Code des assurances.

C. Règlement des prestations

Le capital dû est payé par l'AGIPI dans les 10 jours suivant la remise des pièces justificatives nécessaires (article 23 A).

■ Article 14 - Invalidité permanente totale (IPT)

A. Définition de la garantie

Le capital payable en cas de décès de l'assuré (article 13 A) est versé si l'assuré se trouve en état d'invalidité permanente totale avant son 60^{ème} anniversaire.

Ce versement met fin à la garantie prévue en cas de décès.

Les échéances de l'emprunt impayées par l'assuré et antérieures à la consolidation de l'IPT n'entrent pas dans le cadre de la garantie.

Est considéré comme atteint d'invalidité permanente totale tout assuré reconnu définitivement incapable de se livrer à la moindre occupation ou au moindre travail lui procurant gain ou profit, et dont le taux d'invalidité fonctionnelle est égal à 100 % par référence au barème des accidents du travail de la Sécurité Sociale ; le recours à l'assistance d'une tierce personne n'est pas exigé.

B. Règlement des prestations

Le règlement des sommes dues intervient :

- immédiatement après consolidation de l'état médical si l'IPT résulte d'un accident,
- au terme d'un délai de 365 jours à partir de la date de réception par l'AGIPI de la preuve satisfaisante de la consolidation de l'état médical si l'IPT résulte d'une maladie ; ce délai est porté à 1095 jours en cas de maladie mentale de l'assuré.

Dans tous les cas, le montant réglé est égal au capital restant dû à la date de consolidation de l'IPT.

■ Article 15 - Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

A. Définition de la garantie

Le capital payable en cas de décès de l'assuré (article 13 A) est versé si l'assuré se trouve en état de perte totale et irréversible d'autonomie entre son 60^{ème} et son 65^{ème} anniversaire.

Ce versement met fin à la garantie prévue en cas de décès.

Les échéances de l'emprunt impayées par l'assuré et antérieures à la consolidation de la PTIA n'entrent pas dans le cadre de la garantie.

Est considéré comme atteint de perte totale et irréversible d'autonomie tout assuré reconnu définitivement incapable de se livrer à la moindre occupation ou au moindre travail lui procurant gain ou profit, et dont le taux d'invalidité fonctionnelle est égal à 100 % par référence au barème des accidents du travail de la Sécurité Sociale ; le recours à l'assistance d'une tierce personne est exigé.

B. Règlement des prestations

Le règlement des sommes dues intervient :

- immédiatement après consolidation de l'état médical si la PTIA résulte d'un accident,
- au terme d'un délai de 365 jours à partir de la date de réception par l'AGIPI de la preuve satisfaisante de la consolidation de l'état médical si la PTIA résulte d'une maladie ; ce délai est porté à 1095 jours en cas de maladie mentale de l'assuré.

Dans tous les cas, le montant réglé est égal au capital restant dû à la date de consolidation de la PTIA.

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

■ Article 16 - Incapacité de travail

A. Définition de la garantie

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

Ces indemnités journalières sont, au plus, égales à :

- 1/30^{ème} de la mensualité de l'emprunt en cas de remboursement mensuel,
- 1/90^{ème} de la trimestrialité de l'emprunt en cas de remboursement trimestriel,
- 1/180^{ème} de la semestrialité de l'emprunt en cas de remboursement semestriel,
- 1/365^{ème} de l'annualité de l'emprunt en cas de remboursement annuel.

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

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

B. Règlement des prestations

Les indemnités journalières sont payables à partir du 31^{ème} jour d'arrêt continu de travail, lorsque l'adhérent choisit une franchise de 30 jours ou à partir du 91^{ème} jour d'arrêt continu de travail, lorsque l'adhérent choisit une franchise de 90 jours et ce, que l'incapacité résulte d'un accident ou d'une maladie. Les indemnités journalières sont versées mensuellement tant que dure l'incapacité totale de travail, et au plus tard jusqu'au 1095^{ème} jour après le début de l'incapacité de travail.

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

Le versement des prestations cesse au plus tard au terme de l'amortissement de l'emprunt, mentionné sur les conditions particulières d'adhésion.

Quelles que soient les conditions de l'emprunt, le versement des prestations ne peut aller au-delà du 65^{ème} anniversaire de l'assuré.

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

■ Article 17 - Invalidité totale ou partielle

A. Définition de la garantie

Lorsque mention en est faite sur les conditions particulières d'adhésion, les indemnités journalières définies à l'article 16 A sont versées, pour chaque jour d'invalidité, si l'assuré est atteint par suite de maladie ou d'accident, d'une invalidité dont le *taux d'invalidité (n)* est égal ou supérieur à 66 %.

Lorsque le *taux d'invalidité (n)* est inférieur à 66 % mais supérieur ou égal à 33 %, l'assuré reçoit une fraction des indemnités journalières définies à l'article 16 A, obtenue en leur appliquant le taux correcteur qui correspond au *taux d'invalidité (n)* dans le tableau ci-dessous.

(n)	Taux correcteur en %	(n)	Taux correcteur en %	(n)	Taux correcteur en %	(n)	Taux correcteur en %
33	33,00	42	37,98	51	52,93	60	77,85
34	33,06	43	39,15	52	55,21	61	81,24
35	33,25	44	40,44	53	57,61	62	84,74
36	33,55	45	41,86	54	60,13	63	88,37
37	33,98	46	43,40	55	62,78	64	92,12
38	34,54	47	45,06	56	65,55	65	96,00
39	35,21	48	46,84	57	68,44	66	100,00
40	36,01	49	48,75	58	71,45		
41	36,94	50	50,00	59	74,59		

Les indemnités cessent d'être dues à partir du moment où le *taux d'invalidité (n)* devient inférieur à 33 %. Les échéances de l'emprunt impayées et antérieures à la consolidation de l'invalidité, n'entrent pas dans le cadre de la garantie.

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

B. Fixation du taux d'invalidité (n)

Le *taux d'invalidité (n)* est apprécié en fonction de l'invalidité fonctionnelle et de l'invalidité professionnelle.

L'invalidité fonctionnelle

Pour les professions mentionnées ci-après, l'invalidité fonctionnelle est établie d'après un barème spécifique en annexe à la présente notice :

- anesthésistes-réanimateurs et médecins spécialistes avec une activité chirurgicale dominante (dermatologues, gynécologues - obstétriciens, ophtalmologues, O.R.L., urologues, pour lesquels l'activité chirurgicale représente au moins 50 % des revenus),
- avocats,
- chirurgiens,
- chirurgiens-dentistes, orthodontistes et stomatologistes,
- masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, pédicures-podologues,
- médecins généralistes,
- médecins spécialistes,
- vétérinaires.

Le bénéficiaire du barème est acquis à l'assuré si mention en est faite sur les conditions particulières d'adhésion. Le barème figure alors en annexe des conditions particulières d'adhésion.

L'adhérent peut opter, en lieu et place de ce barème spécifique, pour le barème des accidents du travail de la Sécurité Sociale.

Les autres professions bénéficient du barème des accidents du travail de la Sécurité Sociale.

L'invalidité professionnelle

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

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

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

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

C. Règlement des prestations

Les indemnités dues sont versées par trimestre civil échu, tant que l'invalidité est supérieure ou égale à 33 %, et au plus tard jusqu'au terme de l'emprunt mentionné sur les conditions particulières d'adhésion. Quelles que soient les conditions de l'emprunt, le versement des prestations ne peut aller au-delà du 65^{ème} anniversaire de l'assuré.

Son service est interrompu par un nouveau service d'indemnités journalières.

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

Dans le cas d'une invalidité dont le *taux d'invalidité (n)* est égal ou supérieur à 66 %, et dans le cas d'emprunts amortissables par mensualités ou trimestrialités constantes, l'AGIPI aura la faculté de verser le capital restant dû, en lieu et place des prestations prévues à l'article 17 A. Le versement de ces prestations met fin à l'adhésion.

■ Article 18 - Exonération du paiement des cotisations

- En cas d'incapacité totale de travail, les cotisations continueront d'être dues aux échéances choisies par l'adhérent. Cependant, tant que l'assuré bénéficie des prestations prévues à l'article 16, les cotisations payées sont remboursées à l'adhérent à raison de 1/365^{ème} de la cotisation annuelle par journée d'incapacité, déduction faite d'une franchise de 90 jours ; le remboursement intervient à la fin de la période d'incapacité.
- En cas d'invalidité permanente supérieure ou égale à 66 % et tant que l'assuré bénéficie des prestations prévues par l'article 17 A, l'adhérent est exonéré du paiement des cotisations arrivant à échéance.

Pendant la période d'exonération, les garanties sont intégralement maintenues à l'assuré, sans possibilité de modifications. Les limitations et exclusions prévues pour les garanties incapacité et invalidité aux articles 19 et 20 s'appliquent également à la présente garantie d'exonération.

Risques garantis, risques exclus et limites de garanties

■ Article 19 - Risques garantis - risques exclus

A. En cas de décès

Les risques de décès sont garantis dans le monde entier, et quelle qu'en soit la cause, sous les réserves suivantes :

- le suicide est exclu s'il survient au cours de la première année de l'adhésion. En cas d'augmentation des garanties, le suicide est exclu pour le supplément de garanties pendant la première année suivant la prise d'effet de cette augmentation. Toutefois, pour les prêts immobiliers contractés pour financer l'acquisition du logement principal de l'assuré, le suicide est couvert dès la date d'effet de l'adhésion dans la limite du montant mentionné à l'article R 132-5 du Code des assurances (120 000 euros au 1^{er} octobre 2010).
- sont exclus les faits de guerres civiles ou étrangères, ou d'insurrection, si l'assuré y a pris une part active.

Les conséquences de la pratique des activités aériennes suivantes ne sont pas garanties, sauf acceptation par l'AGIPI mentionnée sur les conditions particulières d'adhésion :

U.L.M., parapente, deltaplane, aéronefs non munis de certificats valables de navigabilité, ou de laissez-passer valables, ou pilotés par une personne ne possédant pas de brevet (sauf si l'assuré est en cours de préparation du brevet de pilote) ou ayant une licence périmée, ainsi que les tentatives de record. Les autres risques résultant d'un accident de navigation aérienne sont garantis.

B. En cas d'invalidité permanente totale, de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité de travail ou d'invalidité

Ces garanties sont acquises dans le monde entier ; sont toutefois exclus les risques mentionnés au A du présent article et les conséquences des événements suivants :

- les accidents ou maladies qui sont le fait volontaire de l'assuré ou qui résultent de tentative de suicide ou de mutilations volontaires,
- l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement,
- les conséquences d'un refus volontaire de soins ou de traitements de l'assuré,
- les traitements esthétiques, opérations de chirurgie esthétique, traitements de malformations constitutionnelles.

■ Article 20 - Limitations applicables aux garanties en cas d'invalidité permanente totale, de perte totale et irréversible d'autonomie, d'incapacité de travail ou d'invalidité totale ou partielle

A. Etats antérieurs

Les maladies ou infirmités existant à la prise d'effet de l'adhésion, ainsi que leurs conséquences ou les conséquences d'accidents survenus avant la prise d'effet de l'adhésion sont exclues des garanties des articles 14 à 18 inclus.

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

B. Grossesses et maternité

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

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

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

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

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

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

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

C. Affections psychologiques et fatigues chroniques

Les dépressions nerveuses, et plus généralement les affections d'origine psychique, psychosomatique ou psychiatrique, les fibromyalgies, le surmenage professionnel (burn out), les syndromes de fatigue chronique ainsi que les maladies mentales non justiciables de soins psychiatriques intensifs - hospitalisation en établissement spécialisé - et quelle qu'en soit l'origine, sont indemnisés après déduction d'une franchise de 90 jours, ou de la franchise maladie prévue aux conditions particulières d'adhésion si elle est d'une durée supérieure.

Pour toutes les affections précitées, réactionnelles ou non, le montant total versé au titre des garanties applicables en cas d'incapacité temporaire de travail ne peut excéder plus de 365 jours de prestations pour un même assuré, servies en une ou plusieurs fois.

D. Rechutes

En cas de rechute dans les 90 jours suivant la fin de l'incapacité totale de travail, le paiement des indemnités en cas d'incapacité de travail reprend immédiatement, si le nouvel arrêt de travail est dû à la même cause que l'arrêt précédent.

Tout nouvel arrêt de travail survenant plus de 90 jours après la fin de la précédente période d'incapacité totale de travail, même s'il est dû, directement ou indirectement, à une réapparition de l'affection précédente, est considéré comme une nouvelle demande de prestations distincte de la précédente et, assujéti à la franchise mentionnée sur les conditions particulières d'adhésion.

En cas de nouvel arrêt de travail après 90 jours suivant la fin d'incapacité totale de travail, l'assuré est considéré comme étant victime d'une nouvelle maladie ou d'un nouvel accident. Si ce nouvel arrêt est consécutif directement ou indirectement à la réapparition d'une affection à l'origine d'un arrêt précédent, la durée cumulée de versement des indemnités en cas d'incapacité de travail ne pourra excéder 5 années.

En cas d'ablation de matériel d'ostéosynthèse, il ne sera pas appliqué de nouvelles franchises.

Pour les affections rachidiennes, tout nouvel arrêt même survenu moins de 90 jours après la fin du précédent fait l'objet d'une franchise de 30 jours ou de la franchise mentionnée sur les conditions particulières d'adhésion si elle est supérieure.

E. Cures

Les cures de toute nature, notamment thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication, même effectuées en établissement hospitalier, ou les séjours en maison de repos, sont exclus des garanties incapacité et invalidité.

F. Territorialité - Déplacements à l'étranger

Les garanties sont acquises à l'assuré dans le monde entier ; cependant, si l'incapacité ou l'invalidité survient hors de France ou des Départements et Régions d'Outre-Mer – Communautés d'Outre-Mer, c'est la date de la première constatation médicale de cet état en France, dans les Départements et Régions d'Outre-Mer – Communautés d'Outre-Mer, ou dans un des pays de l'espace économique européen qui sert de point de départ à la garantie.

G. Activités sportives

Les sportifs professionnels ainsi que les sportifs amateurs de haut niveau, rémunérés ou non, ne peuvent bénéficier des garanties en cas d'incapacité et d'invalidité, sauf acceptation par l'AGIPI mentionnée sur les conditions particulières d'adhésion.

Cotisations

■ *Article 21 - Calcul de la cotisation annuelle*

La cotisation payée par l'assuré est calculée en fonction notamment des paramètres suivants :

- la profession de l'assuré et ses conditions d'exercice,
- l'âge de l'assuré à la souscription,
- le sexe de l'assuré,
- l'éligibilité au tarif fumeur/non fumeur de l'assuré,
- l'état de santé de l'assuré à la souscription,
- les activités sportives pratiquées par l'assuré,
- le type d'emprunt couvert,
- la durée de l'emprunt couvert,
- les modalités de remboursement de l'emprunt couvert,
- les garanties souscrites.

Age de l'assuré à la souscription : il se calcule par différence entre l'année de souscription et l'année de naissance, quel que soit le mois de naissance de l'assuré. En cas d'erreur sur l'âge de l'assuré, si l'âge réel se situe en dehors des limites fixées par la présente convention, les garanties sont nulles et les cotisations perçues sont restituées. En revanche, si l'âge réel de l'assuré se situe dans les limites prévues par la présente convention, les garanties assurées sont réduites ou le surplus de cotisation remboursé, conformément aux dispositions de l'article L 132-26 du Code des assurances.

Éligibilité au tarif fumeur/non fumeur : un assuré est éligible au tarif non fumeur s'il est non fumeur et s'il n'a pas fumé au cours des vingt quatre derniers mois.

■ *Article 22 - Modalités de paiement des cotisations*

Les cotisations peuvent être payées mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement :

- tous les mois du 1^{er} janvier au 1^{er} décembre en cas de paiement mensuel,
- aux 1^{er} janvier, 1^{er} avril, 1^{er} juillet et 1^{er} octobre de chaque année en cas de paiement trimestriel (réduction des cotisations de 2 %),
- aux 1^{er} janvier et 1^{er} juillet de chaque année en cas de paiement semestriel (réduction des cotisations de 3 %),
- au 1^{er} janvier de chaque année en cas de paiement annuel (réduction des cotisations de 5 %).

Les cotisations mensuelles ou trimestrielles sont nécessairement payables par prélèvements automatiques. Lors de l'adhésion, des frais de dossier de 15 € sont perçus.

Gestion des prestations

■ Article 23 - Modalités d'obtention des prestations

A. En cas de décès de l'assuré

Les pièces suivantes, nécessaires au paiement des prestations, doivent être adressées à l'AGIPI :

- les conditions particulières d'adhésion,
- un certificat médical précisant la nature du décès,
- le tableau d'amortissement du prêt,
- si le décès résulte d'un accident, une copie du rapport de police ou de gendarmerie, ou tout autre document justificatif,
- un acte de décès,
- ainsi que tout document exigé par la législation en vigueur au jour du décès.

Les documents médicaux doivent être adressés par les ayants droit sous pli confidentiel au médecin conseil au siège de l'AGIPI.

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

Demande de prestations

Sauf cas de force majeure, l'assuré en arrêt de travail doit en faire la déclaration à l'AGIPI par lettre recommandée, au plus tard dans les dix jours qui suivent l'expiration de la période de franchise mentionnée sur ses conditions particulières d'adhésion. A défaut, la franchise est décomptée à partir du jour de réception de la déclaration. Toute prolongation accordée par le médecin traitant doit également être envoyée à l'AGIPI par courrier recommandé, dans un délai de dix jours ; à défaut, les prestations ne reprennent qu'à partir de la date de réception de la prolongation.

Pour être prise en considération, la déclaration d'arrêt de travail doit être accompagnée du tableau d'amortissement du prêt et d'un certificat médical détaillé, indiquant notamment :

- la date de début de l'arrêt de travail et sa durée prévisible,
- la nature exacte de l'affection ou des blessures, les antécédents éventuels, la date de la première manifestation et l'évolution probable de la pathologie dont souffre l'assuré,
- les répercussions de l'affection sur l'activité professionnelle de l'assuré.

Ce certificat médical est adressé par l'assuré au médecin conseil au siège de l'AGIPI.

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

Contrôle

L'assuré doit apporter la preuve de son incapacité de travail ou de son invalidité, fournir à ce titre les éléments justificatifs qui peuvent lui être demandés par l'AGIPI, se soumettre aux examens de contrôle effectués par le médecin délégué par celle-ci. L'AGIPI peut aussi déléguer auprès de l'assuré un représentant habilité pour une mission d'information.

Si l'assuré ne peut se déplacer, le médecin délégué doit avoir un libre accès à son lieu de traitement ou à son domicile, afin de pouvoir constater la gravité de son état.

Sauf cas de force majeure, l'assuré en incapacité de travail ou en invalidité doit indiquer à l'AGIPI l'adresse où il peut être joint et signaler par lettre recommandée tout changement éventuel de son adresse.

A défaut, l'assuré perd son droit à prestations jusqu'à ce qu'il se soit présenté chez le médecin délégué par l'AGIPI pour examen de contrôle. Dans ce cas, le versement de prestations éventuelles, si l'état de santé le justifie, ne reprend qu'à compter de la date de l'examen et ne s'applique qu'à la période postérieure au contrôle.

Les mêmes restrictions s'appliquent à l'assuré qui ne se présente pas à la convocation du médecin délégué par l'AGIPI.

La durée de l'incapacité de travail ou l'importance de l'invalidité sont toujours appréciées par le médecin conseil de l'AGIPI après étude de l'ensemble des éléments et notamment les indications du médecin délégué et sont notifiées à l'assuré par courrier recommandé ; elles s'imposent à lui s'il n'en a pas contesté le bien-fondé dans les trente jours au moyen d'une attestation médicale détaillée envoyée au médecin conseil au siège de l'AGIPI par courrier recommandé.

Expertise amiable

En cas de désaccord avec les conclusions du médecin conseil de l'AGIPI, l'assuré peut demander une expertise amiable qui sera confiée à un tiers expert désigné d'un commun accord entre les deux parties.

A défaut d'entente sur le choix de cet expert amiable, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré.

L'expert amiable est nécessairement choisi sur la liste des experts judiciaires.

L'assuré et l'AGIPI supportent par moitié les frais relatifs à sa nomination ainsi que ses honoraires.

Les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que l'expertise amiable n'a pas eu lieu.

Gestion technique et paritaire de la convention

■ *Article 24 - Compte de participation*

Un compte de participation est établi par l'AGIPI à la fin de chaque exercice :

Au crédit :

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

Au débit :

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

Lorsque le compte ainsi établi fait apparaître un solde créditeur, l'AGIPI affecte 30 % de ce solde à la réserve de participation.

Lorsque le solde est débiteur, l'AGIPI en prélève le montant sur la réserve de participation.

■ *Article 25 - Réserve de participation*

Cette réserve est alimentée par 30 % du solde créditeur du compte de participation ; il s'y ajoute un intérêt calculé au taux annuel de 2 % sur le montant de la réserve au 1^{er} janvier de l'exercice.

La dotation effective sera limitée au montant nécessaire pour porter le solde de la réserve de participation au 31 décembre de l'exercice au montant des cotisations de cet exercice.

Il est prélevé sur cette réserve de participation les sommes éventuellement nécessaires à l'apurement du solde débiteur du compte de participation.

■ *Article 26 - Gestion administrative*

Une dotation égale à 5 % de l'ensemble des cotisations hors taxes est affectée à la gestion administrative de la convention.

■ *Article 27 - Dotation à l'association*

Pour permettre à l'AGIPI de faire face à ses obligations à l'égard de ses adhérents, une dotation égale à 3 % des cotisations hors taxes encaissées lui est versée à la fin de chaque semestre civil.

■ Article 28 - Comptes techniques

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

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

■ Article 29 - Comité de Gestion Paritaire

Le Comité de Gestion Paritaire est composé à parts égales de représentants de l'AGIPI et des sociétés d'assurance.

Il a pour objet :

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

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

■ Article 30 - Comité Médical d'Evaluation

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

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

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

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



réinventons / notre métier

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

AXA France Iard S.A. au capital de 214 799 030 € - 722 057 460 RCS Nanterre

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

AXA Assurances Iard Mutuelle Société d'Assurance Mutuelle à cotisations fixes contre l'incendie, les accidents et risques divers - Siren 775 699 309

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

Entreprises régies par le Code des assurances



La force de l'association

siège social et administratif

12, avenue Pierre Mendès France - CS 10144

67312 SCHILTIGHEIM Cedex

Tél. 03 90 23 90 00

www.agipi.com

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