

La mutuelle des professions libérales et indépendantes

NOTICE D'INFORMATION

AMPLI-SOLUTIONS Prévoyance **Masseur-Kinésithérapeute**

Contrat d'assurance complémentaire de prévoyance de groupe à adhésion facultative

N°0026-MK

2023

La présente notice d'information reprend les dispositions du contrat collectif AMPLI-SOLUTIONS Prévoyance, souscrit par l'association des adhérents d'AMPLI, 27 Bd Berthier 75017 Paris, association régie par la loi 1901, et le Syndicat Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs (FFMKR), 3 rue Lespagnol 75020 Paris, auprès de la mutuelle AMPLI.

Ce document doit être conservé par l'adhérent.

Table des matières

AMPLI-SOLUTIONS Prévoyance	1
2023	1
Définitions générales	4
Titre I Dispositions afférentes au contrat collectif d'assurance	5
Article AS 1.....	5
Nature juridique du contrat	5
Article AS 2.....	5
Objet du contrat	5
Article AS 3.....	5
Intervenants au contrat.....	5
Article AS 4.....	5
Étendue territoriale	5
Article AS 5.....	5
Date d'effet, durée et reconduction du contrat collectif....	5
Date d'effet et durée du contrat collectif	5
Reconduction du contrat collectif.....	5
Article AS 6.....	6
Évolutions des dispositions contractuelles	6
Article AS 7.....	6
Résiliation du contrat collectif par AMPLI Mutuelle ou les Souscripteurs.....	6
Titre II Dispositions afférentes à l'adhésion et à la durée des garanties	6
Article AS 8.....	6
Adhésion	6
Article AS 9.....	6
Age à l'adhésion	6
Article AS 10.....	6
Durée, renouvellement et résiliation de l'adhésion par l'adhérent.....	6
Article AS 11.....	6
Faculté de renonciation	6
Article AS 12.....	6
Nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle	6
Article AS 13.....	7
Maintien des garanties aux adhérents.....	7
Article AS 14.....	7
Définition du revenu professionnel moyen.....	7
Article AS 15.....	7
Prise d'effet de la garantie	7
Article AS 16.....	7
Bénéfice des garanties, fait générateur et date retenue de l'évènement garanti	7
Article AS 17.....	7
Obligations déclaratives	7
Article AS 18.....	7
Formalités médicales à l'adhésion	7
Article AS 19.....	7
Formalités financières	7
Article AS 20.....	7
Délais de carence à l'adhésion.....	7
Article AS 21.....	8
Situation du cumul emploi retraite	8
Article AS 22.....	8
Durée et fin de garantie	8
Article AS 23.....	8
Changement de garantie	8
Article AS 24.....	8
Exclusions, limitations de garantie et rachat d'exclusions	8
Titre III Dispositions afférentes aux cotisations	10
Article AS 25.....	10
Caractère annuel des cotisations et fractionnement.....	10
Article AS 26.....	10
Non-paiement des cotisations	10
Titre IV Dispositions afférentes aux garanties	11
Section 1 : Garantie indemnités journalières	11

Article AS 27.....	11
Objet de la garantie	11
Article AS 28.....	11
Temps partiel thérapeutique	11
Article AS 29.....	11
Montant de garantie	11
Article AS 30.....	11
Modalités d'application des franchises	11
Article AS 31.....	11
Déclaration de l'arrêt de travail	11
Article AS 32.....	12
Montant et nombre maximum de jours indemnisés	12
Article AS 33.....	12
Rechutes.....	12
Article AS 34.....	12
Fin du maintien de la prestation.....	12
Section 2 – Garantie remboursement des frais généraux	12
Article AS 35.....	12
Objet de la garantie	12
Article AS 36.....	12
Définition des frais généraux	12
Article AS 37.....	13
Montant de garantie	13
Article AS 38.....	13
Modalités d'application de(s) franchise(s).....	13
Article AS 39.....	13
Déclaration de l'arrêt de travail	13
Article AS 40.....	13
Montant et nombre maximum de jours indemnisés	13
Article AS 41.....	13
Rechutes.....	13
Article AS 42.....	14
Fin du maintien de la prestation.....	14
Section 3 : Congé maternité/adoption	14
Article AS 43.....	14
Objet de la garantie	14
Article AS 44.....	14
Déclaration de la maternité/adoption	14
Article AS 45.....	14
Montant de la garantie congé maternité/adoption.....	14
Section 4 : Congé paternité.....	14
Article AS 46.....	14
Objet de la garantie	14
Article AS 47.....	14
Déclaration de la paternité	14
Article AS 48.....	14
Montant et nombre maximum de jours indemnisés	14
Section 5 : Garantie rente invalidité.....	15
Article AS 49.....	15
Objet de la garantie	15
Article AS 50.....	15
Détermination de l'invalidité permanente	15
Article AS 51.....	15
Déclaration de l'invalidité	15
Article AS 52.....	15
Modalités de calcul de la rente invalidité	15
Article AS 53.....	15
Modalités de versement de la rente.....	15
Article AS 54.....	15
Revalorisation de la rente	15
Article AS 55.....	15
Exonération des cotisations	15
Article AS 56.....	15
Fin du maintien de la prestation.....	15
Section 6 : Capital en cas d'invalidité permanente	16
Article AS 57.....	16
Objet de la garantie	16
Article AS 58.....	16
Définition de l'invalidité permanente	16

Article AS 59.....	16	Deuxième contact : la réclamation.....	21
Déclaration de l'invalidité.....	16	Article AS 88.....	21
Article AS 60.....	16	Médiation.....	21
Modalités de calcul du capital invalidité.....	16	Article AS 89.....	21
Article AS 61.....	16	Subrogation.....	21
Modalités de versement du capital.....	16	Article AS 90.....	21
Section 7 – Capital maladies graves.....	16	Protection des données personnelles.....	21
Article AS 62.....	16	Article AS 91.....	22
Objet de la garantie capital maladies graves.....	16	Autorité chargée du contrôle.....	22
Article AS 63.....	16	Article AS 92.....	22
Définition d'une maladie grave.....	16	Lutte anti-blanchiment et financement du terrorisme.....	22
Article AS 64.....	17	Article AS 93.....	22
Déclaration d'une maladie grave.....	17	Langue des documents transmis.....	22
Article AS 65.....	17	Article AS 94.....	22
Versement du capital maladies graves.....	17	Droit applicable et attribution de juridiction.....	22
Section 8 : Garantie décès / PTIA / Double effet.....	17	ANNEXE 1 / Les documents nécessaires au versement des prestations.....	23
Article AS 66.....	17		
Objet de la garantie capital en cas décès toutes causes.....	17		
Objet de la garantie « double effet ».....	18		
Article AS 67.....	18		
Objet de la garantie capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).....	18		
Article AS 68.....	18		
Versement du capital décès.....	18		
Article AS 69.....	19		
Règlement du capital décès et revalorisation post mortem.....	19		
Section 9 : Garantie rente de conjoint.....	19		
Article AS 70.....	19		
Objet de la garantie.....	19		
Article AS 71.....	19		
Contre assurance décès.....	19		
Article AS 72.....	19		
Changement de conjoint bénéficiaire.....	19		
Article AS 73.....	19		
Mode de versement de la rente.....	19		
Article AS 74.....	19		
Versement de la rente.....	19		
Article AS 75.....	19		
Revalorisation de la rente.....	19		
Article AS 76.....	19		
Fin du maintien de la prestation.....	19		
Section 10 : Garantie rente éducation.....	19		
Article AS 77.....	19		
Objet de la garantie.....	19		
Article AS 78.....	19		
Changement de bénéficiaire de la rente éducation.....	19		
Article AS 79.....	19		
Mise en service de la rente.....	19		
Article AS 80.....	19		
Versement de la rente.....	19		
Article AS 81.....	19		
Fin du maintien de la prestation.....	20		
Titre V Dispositions afférentes aux formalités pour le règlement des prestations.....	20		
Article AS 82.....	20		
Indemnités journalières : pièces à fournir en cours d'incapacité.....	20		
Article AS 83.....	20		
Rente invalidité et indemnités journalières : justificatifs de revenu.....	20		
Article AS 84.....	20		
Formalités médicales en cours de vie de l'adhésion.....	20		
Article AS 85.....	20		
Contrôle médical et expertise.....	20		
Titre VI Dispositions finales.....	20		
Article AS 86.....	20		
Prescription.....	20		
Article AS 87.....	21		
Traitement des réclamations et litiges.....	21		
Premier contact : l'interlocuteur habituel.....	21		

Définitions générales

Accident : toute atteinte corporelle subie par l'adhérent et non intentionnelle de sa part ou de la part du bénéficiaire, et provenant de l'action soudaine et non prévisible d'une cause extérieure. Toutefois, ne seront pas considérés comme accidentels les manifestations médicales et les conséquences évolutives des accidents vasculaires cérébraux (AVC), des accidents ischémiques transitoires (AIT), des pathologies cardiaques aiguës (telles les syndromes coronaires aiguës, les troubles du rythme, les chocs cardiogéniques), des chocs émotionnels, des chocs anaphylactiques (œdème de Quincke), des insolation, des hydrocutions, des engelures, des hypothermies.

ACPR (Autorité de contrôle prudentiel et de résolution) : Autorité administrative indépendante adossée à la Banque de France et chargée de l'agrément et de la surveillance des établissements bancaires et d'assurances, dans l'intérêt de leur clientèle et de la préservation de la stabilité du système financier.

Acte authentique : acte rédigé par un officier ministériel (notaire, huissier) selon des formes légales et susceptibles d'exécution forcée.

Acte sous seing privé : convention écrite établie par les parties elles-mêmes ou par un tiers, qui a été signée par elles ou par une personne qu'elles ont constituée pour mandataire en vue de régler une situation contractuelle.

Adhérent, membre participant : la personne physique qui adhère à la mutuelle et au contrat collectif en signant un bulletin d'adhésion. À l'adhésion, il est également membre de l'association et du syndicat.

Association : **Association des Adhérents d'AMPLI (A.A.A)**, co-souscripteur du contrat collectif au bénéfice de ses membres.

Bénéficiaire ou ayant droit : toute personne désignée par l'adhérent pouvant se voir attribuer les prestations prévues de la garantie souscrite.

Bulletin d'adhésion : document dans lequel le membre participant précise les caractéristiques souhaitées de son adhésion au contrat et notamment son identité, sa résidence principale, son mode de paiement, ses ayants droits.

Certificat d'adhésion : document qui reprend l'ensemble des conditions d'adhésion au contrat telles que figurant dans le bulletin d'adhésion et qui confirme l'adhésion.

Conjoint : Au titre du présent contrat, on entend par conjoint :

- L'époux ou l'épouse de l'adhérent, ni en instance de divorce, ni séparé de corps judiciairement
- Le partenaire de PACS, c'est-à-dire la personne avec laquelle l'adhérent est lié par un Pacte civil de solidarité conformément aux articles 515-1 et suivants du code civil.

Contrat collectif : désigne le contrat collectif qui définit le contenu des garanties.

Date de consolidation : stabilisation durable de l'état de santé de l'adhérent, cet état n'évoluant ni vers une amélioration, ni vers une aggravation, médicalement constatées.

Date d'effet : date à laquelle l'adhésion prend effet. Elle est indiquée dans le certificat d'adhésion.

Délai de carence : période à l'adhésion durant laquelle la ou les garanties souscrites ne s'appliquent pas.

Enfant à charge : le ou les enfants de l'adhérent dont la filiation est légalement établie, le ou les enfants adoptifs ou le ou les enfants du conjoint tel que défini ci-dessus, sous réserve qu'ils respectent les conditions suivantes :

- de moins de 18 ans rattachés au foyer fiscal de l'adhérent ;
- âgés de 18 à 26 ans fiscalement à charge de l'adhérent, à condition de suivre des études secondaires, supérieures et/ou une formation en alternance ;
- enfant handicapé quel que soit son âge pour lequel est versée l'allocation aux adultes handicapés ou l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ;

Les conditions requises pour être considéré comme enfant à charge doivent être remplies au jour du décès de l'adhérent. Néanmoins, les enfants nés vivants et viables moins de trois cent (300) jours après le décès de l'adhérent avec lequel la filiation est établie, sont considérés comme enfants à charge.

Force majeure : La force majeure s'entend de tout événement extérieur aux parties, présentant un caractère à la fois imprévisible et insurmontable et reconnu comme tel par la jurisprudence des tribunaux français.

Franchise : nombre de jours, décomptés à compter de la date de la prescription initiale d'un arrêt de travail. Durant cette période, aucune prestation n'est due à l'adhérent par la mutuelle.

Grossesse pathologique : une grossesse est dite pathologique lorsqu'au cours de son évolution (début de grossesse jusqu'à l'accouchement) survient un phénomène pathologique médicalement constaté et traité. Un document médical constatant un risque obstétrical, fœtal ou maternel est nécessaire. Les arrêts de travail en lien exclusif avec les contraintes de la profession exercée ou ses conditions d'exercice ne sont pas garantis.

Incapacité temporaire totale : l'incapacité temporaire totale se définit comme l'inaptitude temporaire complète et continue de l'adhérent, résultant d'un accident ou d'une maladie, à exercer l'activité professionnelle déclarée à l'adhésion.

Invalidité permanente partielle : l'invalidité permanente partielle se définit comme la réduction permanente partielle (en raison d'un handicap physique ou psychique, résultant d'un accident ou d'une maladie) de vos capacités de travail.

Invalidité permanente totale : l'invalidité permanente totale se définit comme la réduction permanente totale (en raison d'un handicap physique ou psychique, résultant d'un accident ou d'une maladie) de vos capacités de travail.

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.

Mutuelle (la) : désigne AMPLI Mutuelle, assureur du contrat, soumise aux dispositions du Code de la mutualité.

Notice d'information (le présent document) : document, remis au membre participant, qui définit l'objet du contrat et les obligations respectives des parties.

Perte Totale et Irréversible d'Autonomie : état d'une personne qui nécessite le recours à une tierce personne pour les actes de la vie courante.

Rechute : est considéré comme une rechute, tout nouvel arrêt de travail ayant pour origine exclusive les suites, conséquences et récidives d'une maladie ou d'un accident déjà indemnisé au titre de la garantie Indemnité Journalière. Il n'y a pas d'application d'une nouvelle période de franchise si la rechute se produit dans un délai de maximum 12 mois à compter de la date de reprise totale de l'activité professionnelle.

Sinistre : événement qui peut donner lieu à la mise en jeu du contrat.

Subrogation : en cas de dommage causé par un tiers responsable, la mutuelle exercera son recours à l'encontre de ce dernier à concurrence des prestations et indemnités versées à l'assuré.

Syndicat : association de personnes destinée à la défense de leurs intérêts professionnels communs.

Titre I Dispositions afférentes au contrat collectif d'assurance

Article AS 1.

Nature juridique du contrat

AMPLI-SOLUTIONS Prévoyance est un contrat collectif d'assurance de groupe à adhésion facultative co-souscrit par l'Association des Adhérents d'AMPLI (A.A.A), association loi 1901, sise au 27 Bd Berthier, 75017 Paris, et la Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs (FFMKR), sis au 3 rue Lespagnol 75020 Paris, auprès d'AMPLI Mutuelle régie par le livre II du Code de la mutualité, dont le siège social est situé au 27 Bd Berthier 75017 Paris. AMPLI Mutuelle est soumise au contrôle de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR - 4 Place de Budapest, 75436 Paris CEDEX 09).

Le contrat relève des branches :

- non vie pour les garanties invalidité, indemnités journalières, frais généraux, décès accidentel et capital maladies graves ;
- vie pour les garanties décès, congé maternité / paternité / adoption.

Le contrat AMPLI-SOLUTIONS Prévoyance est soumis aux dispositions fiscales applicables à la loi Madelin, sans dérogation possible.

Article AS 2.

Objet du contrat

Le contrat a pour objet de vous garantir en cas d'incapacité temporaire de travail, d'invalidité permanente partielle ou totale (IPP, IPT) ou de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) suite à une maladie ou un accident, le versement des prestations prévues au certificat d'adhésion suivant les garanties que vous avez choisies.

Le contrat garantit également le versement de prestations en cas de décès toutes causes, de congé maternité / paternité / adoption suite à la naissance d'un enfant ainsi qu'en cas de maladie grave.

En tant que membre de l'Association des Adhérents d'AMPLI et du Syndicat, vous adhérez librement au contrat, sur la base d'un bulletin d'adhésion signé.

En outre, une garantie d'assistance mondiale dite, **AMPLI ASSISTANCE, contrat collectif souscrit auprès de MUTUAIDE par AMPLI Mutuelle**, est incluse au contrat collectif AMPLI-SOLUTIONS Prévoyance pour toute adhésion. Les détails et modalités de fonctionnement de cette garantie sont décrits dans une notice d'information distincte qui est vous remise lors de votre adhésion.

Article AS 3.

Intervenants au contrat

Les Co-souscripteurs du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative sont Association des Adhérents d'AMPLI et le syndicat Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs (FFMKR). L'association relève de l'article L. 141-7 du Code des assurances. Le syndicat est une organisation représentative d'une profession libérale.

Association des Adhérents d'AMPLI et Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs sont dénommés « **les Co-souscripteurs** ».

L'Assureur est AMPLI Mutuelle (Avenir Mutuel des Professions Libérales et Indépendantes) 27 boulevard Berthier 75858 Paris CEDEX 17, Mutuelle soumise aux dispositions du livre II du Code de la mutualité. SIRET 349 729 350 00018.

Il est dénommé « **la mutuelle** ».

L'adhérent, en l'occurrence vous, est une personne physique qui, adhérant à l'association et au syndicat, adhère également à la mutuelle et au contrat collectif, sur laquelle repose la réalisation du risque.

Il est dénommé indifféremment « **l'adhérent, le membre participant ou vous** ».

Article AS 4.

Étendue territoriale

1. À l'adhésion

L'adhésion au contrat ne peut se faire que si l'adhérent réside en France.

2. En cours de vie du contrat

a. Incapacité de travail, congé maternité/paternité/adoption et invalidité

En ce qui concerne le bénéfice des garanties incapacité de travail, congé maternité/paternité/adoption et invalidité, les adhérents séjournant moins de 180 jours continus à l'étranger sont garantis.

Au-delà de cette période de 180 jours, les adhérents cessent d'être garantis.

b. Décès, décès accidentel, maladie grave, perte totale et irréversible d'autonomie, rente de conjoint et rente éducation

Les garanties s'appliquent dans le monde entier, sauf si le décès ou la perte d'autonomie de l'adhérent survient dans un pays ou une zone en état de guerre civile ou en état de guerre avec un État étranger.

Article AS 5.

Date d'effet, durée et reconduction du contrat collectif

Date d'effet et durée du contrat collectif

Le contrat AMPLI-SOLUTIONS Prévoyance a pris effet le 01/09/2021 pour une durée expirant le 31/12/2021.

Reconduction du contrat collectif

Le contrat collectif se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année.

Article AS 6.**Évolutions des dispositions contractuelles**

Les dispositions du contrat collectif d'assurance pourront être modifiées par des avenants au contrat après accord entre les Co-souscripteurs et la mutuelle.

Conformément à l'article L.221-6 du Code de la mutualité, lorsque des modifications sont apportées à vos droits et obligations, vous serez informé des modifications au moins trois (3) mois avant leur prise d'effet. Vous pourrez alors dénoncer votre adhésion dans un délai d'un mois à compter de la remise de la nouvelle notice.

Article AS 7.**Résiliation du contrat collectif par AMPLI Mutuelle ou les Souscripteurs**

Le contrat collectif peut être résilié chaque année, par lettre recommandée, deux mois au moins avant la date d'échéance :

- par le Syndicat Fédération Française des Masseurs-Kinésithérapeutes Rééducateurs,
- par l'Association des adhérents d'AMPLI,
- par AMPLI Mutuelle.

Lorsque le contrat collectif AMPLI-SOLUTIONS Prévoyance est résilié par l'une des trois parties, aucune adhésion nouvelle n'est recevable à compter de la date d'effet de la résiliation. La résiliation est sans effet sur les prestations en cours de service qui sont maintenues au niveau atteint à la date d'effet de ladite résiliation jusqu'à leur terme contractuel.

En cas de résiliation du contrat collectif par l'une des parties, la mutuelle s'engage à vous maintenir des garanties équivalentes à celles dont vous bénéficiez à la date de résiliation. Vous demeurez membre participant à la mutuelle.

Titre II

Dispositions afférentes à l'adhésion et à la durée des garanties

Article AS 8.**Adhésion**

Peuvent adhérer au contrat, à condition qu'ils soient à jour de leurs obligations à l'égard des régimes obligatoires de Sécurité sociale dont ils relèvent, les professionnels libéraux et indépendants, membres des deux co-souscripteurs.

Les personnes en situation de cumul emploi-retraite ne peuvent pas adhérer aux garanties AMPLI-SOLUTIONS Prévoyance.

Article AS 9.**Age à l'adhésion**

Pour adhérer à une ou plusieurs garanties du contrat AMPLI-SOLUTIONS Prévoyance, il faut être âgé au minimum de 18 ans.

Pour les garanties décès (décès / PTIA, rente de conjoint, rente éducation, capital maladie grave), l'adhésion doit se faire avant le premier jour de l'année de votre 60^{ème} anniversaire.

Pour les garanties Indemnité Journalière et Invalidité, l'adhésion doit se faire également avant le premier jour de l'année de votre 60^{ème} anniversaire.

Article AS 10.**Durée, renouvellement et résiliation de l'adhésion par l'adhérent**

L'adhésion à AMPLI-SOLUTIONS Prévoyance prend effet selon la date indiquée sur votre certificat d'adhésion pour une durée expirant le 31 décembre de l'année d'adhésion.

Elle est renouvelable annuellement par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année et ce, jusqu'à la date terme de chaque garantie prévue à la présente notice d'information.

Vous avez la possibilité de dénoncer votre adhésion au contrat à l'expiration d'un délai d'un an à compter de la date de la première adhésion et ce sans frais, ni pénalité.

La dénonciation de l'adhésion prend effet un mois après que la mutuelle en a reçu notification par tout moyen prévu à l'article L.221-10-3 du Code de la mutualité.

Lorsque l'adhésion est dénoncée dans les conditions précitées, vous n'êtes redevable à la mutuelle que de la partie de cotisation correspondant à la période de couverture du risque. Le cas échéant, la mutuelle vous rembourse le solde dans un délai de 30 jours à compter de la date de dénonciation de l'adhésion. En cas de non-respect de ce délai, les sommes produisent de plein droit intérêts au taux légal.

En cas de dénonciation de votre adhésion non justifiée par un motif impérieux, vous ne pourrez plus prétendre à adhérer au contrat AMPLI-SOLUTIONS Prévoyance pour une durée de 5 ans à compter de votre date de dénonciation dans les conditions visées ci-dessus.

Article AS 11.**Faculté de renonciation**

La signature du bulletin d'adhésion ne constitue pas un engagement définitif.

Vous pouvez renoncer à votre adhésion dans le délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où vous êtes informé que le contrat est conclu.

Pour cela, vous devez adresser à AMPLI Mutuelle – 27 Boulevard Berthier - Service adhésion - 75858 Paris CEDEX 17 – une lettre recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle suivant :

PROJET DE RÉDACTION LETTRE RECOMMANDÉE AVEC AVIS DE RÉCEPTION

« Je soussigné(e) (M/Mme) (Nom, prénom, adresse) prie AMPLI Mutuelle de bien vouloir considérer qu'à date de ce jour, je désire renoncer à mon adhésion AMPLI-SOLUTIONS Prévoyance n° que j'ai signée le à Vous voudrez bien en conséquence, effectuer dans les délais requis la restitution des sommes versées. Fait à, le Signature».

La renonciation fait disparaître rétroactivement l'adhésion, qui est considérée comme n'ayant jamais existé.

La mutuelle procède au remboursement de l'intégralité des versements de cotisations effectués dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

Article AS 12.**Nullité du contrat en cas de fausse déclaration intentionnelle**

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-14 du Code de la mutualité, et indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie qui vous est accordée par AMPLI Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de votre part, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour AMPLI Mutuelle, alors même que le risque omis ou dénaturé a été sans influence sur la réalisation du risque.

Les cotisations demeurent acquises à AMPLI Mutuelle à titre de dommages et intérêts.

Article AS 13.**Maintien des garanties aux adhérents**

Après votre adhésion, les conditions pour adhérer au contrat ne vous sont plus opposables pour bénéficier des prestations garanties par le contrat sauf en cas de fausse déclaration ou de réticence.

En cas de résiliation ou de non renouvellement du contrat par l'un ou l'autre des co-souscripteurs ou par la mutuelle, l'adhésion continue de produire ses effets jusqu'au terme des garanties.

Article AS 14.**Définition du revenu professionnel moyen****1. Régime réel**

Le revenu retenu est le revenu net professionnel déclaré à l'administration fiscale lors de l'année précédant l'adhésion au contrat (hors dividendes) et issu de l'activité professionnelle déclarée à l'adhésion. Il correspond à votre bénéfice non commercial (BNC).

En cas de création ou de reprise d'activité, les revenus professionnels retenus sont ceux établis dans le compte de résultat prévisionnel.

2. Régime micro-fiscal

Le revenu retenu est le revenu brut professionnel déclaré lors de l'année précédant l'adhésion au contrat et issu de l'activité professionnelle déclarée à l'adhésion.

En cas de création ou de reprise d'activité, les revenus professionnels retenus sont ceux établis dans le compte de résultat prévisionnel.

Article AS 15.**Prise d'effet de la garantie**

La garantie prend effet dès acceptation par AMPLI Mutuelle qui vous notifie son accord par l'envoi d'un certificat d'adhésion mentionnant la date de prise d'effet de la garantie.

L'adhésion à la garantie n'est effective qu'après paiement de la première cotisation. Aucun paiement anticipé de cotisation ne préjuge d'une adhésion définitive. Faute pour vous d'avoir réglé le montant du premier appel de cotisations dans les 30 jours suivants l'émission du certificat d'adhésion, l'acceptation de celle-ci est caduque et l'adhésion au contrat est de nul effet.

Article AS 16.**Bénéfice des garanties, fait générateur et date retenue de l'évènement garanti**

Pour ouvrir droit au bénéfice des garanties, le fait générateur d'un sinistre doit survenir après les délais de carence précisés à l'article 20 de la présente notice d'information.

Le fait générateur est :

- Pour les garanties décès : le décès ;
- Pour la garantie maladie grave : le document médical attestant du diagnostic définitif de la maladie ;
- Pour les garanties arrêt de travail : la prescription d'arrêt de travail initial ;
- Pour les garanties congé maternité/paternité/adoption : le congé maternité, paternité, adoption.
- Pour les garanties invalidité et perte totale et irréversible d'autonomie : la consolidation de l'état de santé médicalement constatée par la mutuelle.

Pour les garanties arrêt de travail, la date retenue de la survenance du fait générateur est le premier jour de la prescription d'arrêt de travail initial.

Pour les garanties maternité, paternité et adoption, la date retenue de la survenance du fait générateur est le premier jour du congé maternité/paternité/adoption.

Article AS 17.**Obligations déclaratives**

En cours de vie du contrat, vous devrez déclarer à la mutuelle dans un délai de 3 mois, la survenance de l'un des événements suivants :

- le changement de domicile,
- le changement de situation ou de régime matrimonial,
- le changement de profession ou de statut,
- l'augmentation ou la diminution de vos revenus professionnels,
- la liquidation partielle de votre pension de retraite,
- la cessation définitive d'activité professionnelle.

Article AS 18.**Formalités médicales à l'adhésion**

Au moment de l'adhésion, si vous souhaitez adhérer aux garanties AMPLI-SOLUTIONS Prévoyance, vous devrez accomplir des formalités médicales dont le socle repose sur un questionnaire de santé, lequel pourra être complété par des examens médicaux complémentaires.

Selon vos déclarations au questionnaire de santé, une demande d'informations complémentaires pourra s'avérer nécessaire afin d'évaluer les risques à couvrir.

Après étude du dossier médical complet, une acceptation de l'adhésion au contrat moyennant des réserves ou une majoration de cotisation temporaire ou définitive pourront vous être proposées.

Tout refus ou acceptation moyennant des réserves font l'objet d'une notification écrite de la part de la mutuelle ainsi que d'une explication des motifs médicaux.

Les éventuelles suites de maladies contractées antérieurement à l'adhésion ou d'accidents survenus antérieurement à l'adhésion seront prises en charge par la mutuelle à moins qu'elles soient expressément mentionnées comme étant exclues de toute prise en charge dans votre certificat d'adhésion.

Article AS 19.**Formalités financières**

Au moment de l'adhésion, il pourra vous être demandé de compléter un questionnaire sur pièces justificatives en fonction du montant des garanties souhaitées.

En cours de contrat et notamment avant tout versement des prestations, la mutuelle pourra procéder à un contrôle de l'adéquation entre vos revenus et les garanties choisies.

Article AS 20.**Délais de carence à l'adhésion**

En cas d'accident : les garanties s'appliquent dès le premier jour de la date de prise d'effet de l'adhésion précisée sur le certificat d'adhésion et sous réserve du paiement de la prime.

En cas de maladie : la garantie prend effet dès le premier jour de la date de prise d'effet de l'adhésion à l'exception des affectations neuropsychiatriques et rachidiennes visées ci-dessous.

Congé maternité, paternité, adoption : pour ouvrir droit au bénéfice de ces garanties, le début du congé doit intervenir, au plus tôt, douze (12) mois après la date de prise d'effet du contrat.

Cas spécifiques : pour les affections neuropsychiatriques et rachidiennes, le délai de carence applicable est égal à trois (3) mois à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion précisée sur le certificat d'adhésion. Tout sinistre, suite, conséquences et rechutes dont le fait générateur survient durant le délai de carence ne donne pas lieu à prise en charge.

Les mêmes délais de carence sont appliqués à tout ajout ou augmentation de garantie.

Les adhérents, ayant antérieurement souscrit un contrat d'assurance proposant un régime équivalent auprès d'autres organismes, et, pouvant justifier d'une durée d'adhésion de minimum 25 mois, ne sont pas contraints à un délai de carence, à condition :

- de produire à l'inscription un certificat de radiation de ce régime équivalent antérieur fourni par l'organisme assureur ;
- que cette radiation ne soit pas intervenue plus de 30 jours avant la demande d'inscription.

Article AS 21.

Situation du cumul emploi retraite

En cas de liquidation partielle de votre pension de retraite, il vous est expressément demandé d'avertir la mutuelle de ce changement de situation, vos cotisations et garanties seront alors ajustées à votre situation au prorata de votre activité professionnelle.

Article AS 22.

Durée et fin de garantie

Toutes les garanties consécutives à l'adhésion au contrat collectif AMPLI-SOLUTIONS Prévoyance cessent de façon générale :

- si vous êtes exclu du groupe en cas de non-paiement de vos cotisations,
- à la date d'effet de la résiliation de votre adhésion auprès de la mutuelle,
- en cas de cessation, de votre activité professionnelle,
- en cas de passage à une activité salariale à temps complet,
- en cas de fraude avérée justifiant une exclusion au contrat collectif.

Pour les garanties indemnités journalières :

- au 1^{er} jour du mois au cours duquel vous atteignez 67 ans,
- à la date de votre passage en invalidité totale et permanente.

Pour la garantie remboursement des frais généraux :

- au 1^{er} jour du mois au cours duquel vous atteignez 70 ans ;
- Au plus tard au 366^{ème} jour d'incapacité temporaire de travail.

Pour la garantie rente invalidité :

- au 1^{er} jour du mois au cours duquel vous atteignez 67 ans.

Pour la garantie capital invalidité :

- au 1^{er} jour du mois au cours duquel vous atteignez 62 ans ;

- après paiement de la totalité du capital souscrit ;

Pour les garanties décès (décès, PTIA, rente éducation, rente conjoint) :

- au 1^{er} jour du mois au cours duquel vous atteignez 76 ans.

Pour la garantie capital maladies graves :

- au 1^{er} jour du mois au cours duquel vous atteignez 60 ans ;
- après paiement du capital souscrit.

Pour l'option doublement décès PTIA en cas d'accident :

- au 1^{er} jour du mois au cours duquel vous atteignez 67 ans.

Pour l'option triplement décès PTIA en cas d'accident de la circulation :

- au 1^{er} jour du mois au cours duquel l'adhérent atteint 67 ans.

Pour les garanties rente de conjoint et rente éducation :

- au décès de votre conjoint ou de vos enfants,
- dès lors que votre conjoint et/ou vos enfants ne répondent plus à la définition du conjoint et des enfants à charge au sens des définitions prévues par la présente notice d'information.

Article AS 23.

Changement de garantie

Toute augmentation de niveau de garantie de même nature ou ajout de garantie en cours de contrat de votre part est considéré comme une nouvelle adhésion devant remplir les conditions d'adhésion y afférentes, étant précisé que toute demande sera soumise à une sélection médicale comprenant la complétude d'un **questionnaire médical avec examens médicaux**.

Néanmoins, dans le cas où vos revenus professionnels augmenteraient, que cette augmentation serait dûment justifiée et concomitante à votre demande d'augmentation des garanties, il pourra être dérogé à la sélection médicale mentionnée ci-dessus.

Votre demande d'ajout de garantie peut se faire annuellement par lettre recommandée avec accusé de réception adressée avant le 31 octobre pour prendre effet le 31 décembre.

Durant l'application des nouveaux délais de carence, vous restez garanti pour le montant des prestations pour lesquelles vous étiez garanti antérieurement.

Article AS 24.

Exclusions, limitations de garantie et rachat d'exclusions

I – Exclusions communes aux garanties définies à la présente notice d'information.

Ne sont pas garantis les sinistres résultant :

- du fait volontaire de l'adhérent, tel que le suicide pendant la première année qui suit son adhésion, tentative de suicide, mutilations ;**
- de guerre civile ou étrangère, d'émeute, de rixe sauf légitime défense, d'actes de terrorisme dans lesquels l'adhérent a pris une part active ;**
- des effets directs ou indirects provenant de la transmutation des noyaux d'atomes ou de la radioactivité, sauf en cas de traitements**

thérapeutiques et sauf si le professionnel a été exposé à ces radiations lors de l'exercice de son activité professionnelle, et sous réserve que ce dernier ait pris, dans le cadre de son activité, toutes les mesures de sécurité nécessaires et recommandées par la réglementation en vigueur et les usages de la profession (durée d'exposition, distance et équipement de protection aux radiations) ;

- d. d'accident de navigation aérienne si l'adhérent se trouvait à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote ne possédant pas un brevet pour l'appareil utilisé ;
- e. d'accident du fait d'acrobaties, exhibitions, tentative de records, essais d'engins ;
- f. l'accomplissement du service militaire ou de périodes militaires supérieures à 1 mois, et ce y compris les périodes de formation, périodes d'initiation et de perfectionnement ;
- g. tout sinistre survenu dans le cadre d'activités accomplies au titre du dispositif de réserve de sécurité nationale telle que prévue par la réglementation française. Sont visées les personnes réservistes de la réserve opérationnelle militaire, de la réserve civile de la police nationale, de la réserve sanitaire, de la réserve civile pénitentiaire et des réserves de sécurité civile ;
- h. de la pratique de sports exercés à titre professionnel, d'une traversée de mer ou d'océan, de records ou expéditions, quelle que soit la discipline ;
- i. de la pratique à titre amateur de sports dangereux tels que :
 - ski de vitesse, ski en solitaire, skeleton et bobsleigh, luge sportive, courses de traineaux en solitaire ou plus de 24 heures, kite ski, saut à ski, combiné nordique, snow funboard, randonnée ou alpinisme en solitaire, randonnée ou alpinisme à plus de 3000 m d'altitude sans guide de haute montagne, escalade en solitaire, escalade sur parois de classement supérieure à V- sur l'échelle UIAA ; sports de montagne pratiqués sur cascade gelée ou glacier
 - pentathlon, marathon des sables, raids nature, trails ;
 - spéléologie ;
 - sports de combat et arts martiaux : muay-thaï, jiu-jitsu, kickboxing, boxe, arnis, nunchaku, jeet kune do, kapu-kuala, ko budo, nin jitsu ;
 - lutte (catch, lutte thaïlandaise, vale tudo, sumo) ;
 - bicross, BMX ;
 - disciplines équestres non référencées auprès de la fédération française d'équitation ainsi que le mountain-trail, le western, la voltige, le polo et le horse-ball ;
 - plongée en solitaire, plongée libre/en apnée à plus de 6 m de profondeur, plongée sous glace, plongée en scaphandre à plus de 40 m de profondeur, bare foot ;
 - saut à l'élastique ;
 - base jump, wing suit, chute libre ;
 - toute participation à des courses de taureaux ;

- tous sports nécessitant l'usage d'engins à moteur (terrestre, maritime ou aérien) sauf jet-ski, quad, pneumatique hors-bord.
- Les baptêmes encadrés par un professionnel ayant les compétences et diplômes requis par l'État ne sont pas concernés par les exclusions prévues au i ci-dessus.

j. de la pratique à titre amateur de sports tels que (Cf. IV.a.) :

- sports nautiques : canyoning, rafting, nage en eaux vives, apnée, canoë-kayak sur rivières et torrents de classe > II, pêche sous-marine, kitesurf ;
- sports aériens : parachutisme, parapente, deltaplane, kitesurf, vol à voile, aérostation ;
- sports combinés : biathlon, triathlon, cyclocross ;
- sports de combat : close combat, krav maga, han mudo ;
- sports de montagne : ski freestyle/ski acrobatique, randonnée ou alpinisme > 3000 m d'altitude avec un guide de haute montagne, escalade sur parois de classement inférieur ou égal à V- sur l'échelle UIAA.

Sauf en cas de rachat de l'une ou plusieurs de ces exclusions par l'adhérent comme visé au IV du présent article et mentionné au certificat d'adhésion.

Les baptêmes encadrés par un professionnel ayant les compétences et diplômes requis par l'État ne sont pas concernés par les exclusions prévues au j ci-dessus.

- k. de traitements ou opérations chirurgicales à but esthétique sauf les interventions prises en charge par le régime obligatoire ;
- l. de tout accident ou de toute pathologie dont les causes trouvent leur origine dans un usage ou une addiction à des substances relevant de la liste fixée par l'arrêté du 22 février 1990 et ne faisant pas l'objet d'une prescription par une autorité médicale compétente française, ainsi que de tout accident dont l'adhérent est victime en tant que conducteur d'un véhicule terrestre à moteur, survenu avec un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux réglementaire en vigueur au jour de l'accident.

II – Limitation de garantie.

a. Maternité

Les grossesses et accouchements pathologiques tels que définis dans la présente notice d'information sont couverts par les présentes garanties.

Les arrêts de travail liés à l'état de grossesse de l'assurée et n'entrant pas dans la définition contractuelle de la grossesse pathologique ne sont pas garantis.

b. Cures thermales

Les cures donnent lieu à indemnité journalière sous les conditions cumulatives suivantes :

- la durée de la cure est la prolongation immédiate d'un arrêt de travail,
- l'adhérent fait parvenir à la commission de sélection et gestion des risques l'accord de prise en charge de son régime obligatoire, ainsi que le questionnaire de prise en charge qu'il aura complété,

- le motif pour lequel la cure thermique est médicalement prescrite est identique au motif ayant justifié le paiement des indemnités journalières l'ayant précédé.
- c. Syndrome d'épuisement professionnel, « burn-out », affection psychiatrique, psychique ou neuropsychique y compris états dépressifs.

Les garanties indemnités journalières et invalidité ne s'appliquent pas dans les suites et conséquences des affections psychiques et psychiatriques résultant de troubles de l'humeur (les syndromes dépressifs de toute nature, les troubles maniaques, la maladie bipolaire), de troubles névrotiques (les syndromes anxieux, les troubles de l'adaptation, les réactions au stress), les troubles liés aux addictions, les troubles de l'alimentation, les troubles liés aux syndromes d'épuisement (burn-out) sauf si ces troubles ont donné lieu à une hospitalisation en milieu psychiatrique de plus de 15 nuitées continues ou sauf si l'assuré a été mis par jugement sous tutelle ou curatelle.

En cas d'hospitalisation de plus de 15 nuitées continues ou de mise sous tutelle ou curatelle, la mutuelle versera les prestations venant à échéance après expiration du délai de franchise choisie et sous réserve de l'expiration du délai de carence de trois (3) mois. La période de franchise sera décomptée à partir de la date de la première nuitée d'hospitalisation ou de la date du jugement vous plaçant sous tutelle ou curatelle.

d. Pathologies rachidiennes

Les garanties indemnités journalières et invalidité ne s'appliquent pas dans les suites, conséquences et complications évolutives des atteintes des vertèbres, des disques intervertébraux, des ligaments, des muscles et des éléments nerveux des segments cervical, dorsal, lombaire et sacré du rachis (tels cervicalgies, dorsalgies, lumbago et lombalgies, sacralgies, névralgie cervico-brachiale, sciatique, cruralgie, protrusion discale, hernie discale, arthrose vertébrale, canal cervical/lombaire étroit) ainsi que la fibromyalgie et autres syndromes poly-algiques d'étiologie indéterminée sauf si l'origine de cette atteinte a donné lieu à une hospitalisation continue d'au minimum trois (3) nuitées ou à un traitement chirurgical.

En cas d'hospitalisation continue d'au minimum 3 nuitées ou un traitement chirurgical, la mutuelle versera les prestations venant à échéance après expiration du délai de franchise choisie et sous réserve de l'expiration du délai de carence de trois (3) mois. La période de franchise sera décomptée à partir de la date de la première nuitée d'hospitalisation ou de la date de l'intervention chirurgicale.

On entend par traitement chirurgical un acte médical pratiqué par un médecin ayant une compétence en chirurgie, en salle opératoire, sous anesthésie adaptée avec une surveillance post-opératoire en salle de réveil.

IV – Possibilités de rachat

Le rachat de l'une ou plusieurs des exclusions/limitations ci-dessous implique le calcul par la mutuelle d'une surprime pour l'adhérent. La ou les exclusions/limitations rachetées sont mentionnées sur le certificat d'adhésion de l'adhérent.

a. Exclusions liées aux sports

L'adhérent peut procéder, au moment de son adhésion et à condition qu'il soit âgé de 40 ans maximum, au rachat de l'une ou plusieurs des exclusions suivantes :

- sports nautiques : canyoning, rafting, nage en eaux vives, apnée, canoë-kayak sur rivières et torrents de classe > II, pêche sous-marine, kitesurf ;
- sports aériens : parachutisme, parapente, deltaplane, kitesurf, vol à voile, aérostation ;
- sports combinés : biathlon, le triathlon, cyclocross ;
- sports de combat : close combat, krav maga, han mudo ;
- sports de montagne : ski freestyle/ski acrobatique, randonnée ou alpinisme > 3000 m d'altitude avec un guide de haute montagne, escalade sur parois de classement inférieur ou égal à V- sur l'échelle UIAA.

- b. Limitations liées au syndrome d'épuisement professionnel, « burn-out », affection psychiatrique, psychique ou neuropsychique y compris états dépressifs et aux pathologies rachidiennes.

L'adhérent a la possibilité de procéder au rachat de ces deux limitations à condition que le rachat soit effectué au moment de l'adhésion et au plus tard l'année du 40^{ème} anniversaire de l'adhérent.

En cas de rachat, la prise en charge n'est pas conditionnée à une hospitalisation, une intervention chirurgicale ou une mesure de protection judiciaire.

Titre III

Dispositions afférentes aux cotisations

Article AS 25.

Caractère annuel des cotisations et fractionnement

Les cotisations sont calculées et évoluent en fonction de votre âge atteint et des garanties choisies.

Les cotisations sont annuelles et payables d'avance. Elles sont revalorisées annuellement le 1er janvier de chaque année.

En cas de fractionnement de la cotisation, sur demande de votre part, chaque échéance est honorée uniquement par voie de prélèvement automatique sur votre compte bancaire.

Dans le cas où vous arrêteriez le paiement des échéances prévues, la totalité de la cotisation reste due, en raison du caractère annuel de celle-ci.

Article AS 26.

Non-paiement des cotisations

L'adhérent qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu du bénéfice des garanties.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure conformément à l'article L. 221-8, II du Code de la mutualité. Cette lettre ne peut être envoyée que dix jours au plus tôt après la date à laquelle les sommes doivent être payées.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des

cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

Titre IV Dispositions afférentes aux garanties

Section 1 : Garantie indemnités journalières

Pour bénéficier des prestations offertes par cette garantie vous devez avoir choisi la garantie indemnité journalières. Les garanties choisies seront reportées dans votre certificat d'adhésion.

Article AS 27. Objet de la garantie

La garantie indemnité journalière a pour objet de compenser une perte de revenu par le versement de prestations périodiques lorsque vous êtes en incapacité temporaire totale ou partielle de travail, dûment constaté par un professionnel de santé habilité à le délivrer.

Lorsque vous êtes en incapacité temporaire de travail, médicalement constatée, par suite de maladie ou d'accident, vous bénéficiez du versement des indemnités journalières selon le montant choisi. Toutefois, ce montant ne doit pas être supérieur au revenu professionnel que vous avez perçu avant la maladie ou l'accident, déduction faite des prestations servies par votre régime obligatoire ainsi que par un éventuel autre assureur.

En outre, la maladie ou l'accident à l'origine de votre incapacité temporaire de travail ne doit pas faire l'objet d'une exclusion mentionnée sur votre certificat d'adhésion ou dans la présente notice d'information, ni être soumis aux délais de carence.

Le versement d'indemnités journalières peut se substituer au versement d'une rente invalidité en cas d'invalidité partielle (inférieure à 66%) dès lors que la cause de votre incapacité temporaire de travail, pour le versement des indemnités journalières, est différente de celle de votre état d'invalidité, sans que ces prestations ne dépassent votre revenu professionnel perçu avant la prescription du nouvel arrêt de travail, en tenant compte de votre rente d'invalidité.

Vous avez la possibilité de choisir les indemnités journalières suivantes :

Indemnités journalières	Franchise			Fin de garanties
	Maladie	Accident	Hospitalisation (hébergée ou ambulatoire)	
IJ Express	7 jours	1 jour	2 jours	Au 14 ^{ème} jour d'arrêt
IJ Mini	14 jours	1 jour	2 jours	au 30 ^{ème} jour d'arrêt
IJ Courte	30 jours	14 jours	14 jours	au 90 ^{ème} jour d'arrêt
IJ Moyenne	90 jours	90 jours	90 jours	au 365 ^{ème} jour d'arrêt
IJ Longue	365 jours	365 jours	365 jours	au 1095 ^{ème} jour d'arrêt

Article AS 28. Temps partiel thérapeutique

Dès lors que vous avez choisi à l'adhésion une garantie indemnité journalière, quelle qu'elle soit, vous pouvez bénéficier du versement d'une indemnité journalière si vous êtes en situation de temps partiel thérapeutique, c'est-à-dire, si votre activité horaire effective ne dépasse pas 20 heures par semaine selon votre prescription médicale.

Cette indemnité journalière sera versée dans la limite de la moitié du revenu déclaré lors de votre adhésion.

Le montant de cette indemnité est égal à la moitié de l'indemnité journalière effectivement versée au titre de l'incapacité temporaire totale précédant le temps partiel thérapeutique après déduction, le cas échéant, des prestations versées par votre régime obligatoire et / ou un autre organisme assureur.

La durée de versement de l'indemnité de temps partiel thérapeutique servie s'impute sur la durée d'indemnisation contractuelle des indemnités journalières garanties.

Article AS 29. Montant de garantie

Vous avez la possibilité de choisir, dans la limite d'un plafond dépendant des prestations servies par votre régime obligatoire, d'un éventuel autre organisme assureur ainsi que de votre revenu professionnel moyen défini à l'article 14 de la présente notice d'information le montant de garantie que vous souhaitez.

En cours de vie de votre adhésion, vous aurez la possibilité de demander une augmentation de vos garanties dans les conditions précisées à l'article 23.

Lors de la survenance d'un sinistre, les prestations versées par la mutuelle, en s'ajoutant à celles de même nature servies par votre régime obligatoire et/ou un autre organisme assureur, ne peuvent vous permettre de percevoir un revenu journalier supérieur à 1/365^{ème} du revenu professionnel annuel de l'exercice n-1 défini à l'article 14 de la présente notice d'information.

Article AS 30. Modalités d'application des franchises

Le versement des indemnités journalières s'effectue dès la fin de la période de franchise des indemnités journalières choisies.

La franchise est décomptée à partir du 1^{er} jour d'arrêt de travail.

Article AS 31. Déclaration de l'arrêt de travail

1. Arrêt de travail initial

Votre arrêt de travail doit être adressé, sous pli confidentiel à AMPLI Mutuelle, dès que vous en êtes en possession et au plus tard dans les 5 jours suivant sa survenance. Ce délai ne pourra vous être opposé que s'il a causé à la mutuelle un préjudice qu'elle aura charge d'établir. Ce délai ne peut également vous être opposé si le retard est dû à un cas fortuit ou un cas de force majeure.

Concernant les pièces justificatives à fournir à la mutuelle et nécessaires au versement des prestations, nous vous invitons à vous reporter à l'annexe de la présente notice d'information.

La liste des pièces n'étant pas exhaustive, il pourra vous être demandé de faire parvenir à la mutuelle tous documents d'ordre médical qui seraient nécessaires au traitement de votre dossier.

2. Prolongation de votre arrêt de travail

En cas de prolongation médicale de votre arrêt de travail, les mêmes diligences que pour votre arrêt de travail initial, sont à accomplir.

3. Absence de fourniture des pièces justificatives

Dans le cas où vous ne fourniriez pas les pièces périodiques nécessaires au versement des prestations et demandées par la mutuelle, le service de vos prestations pourrait alors être suspendu.

Il ne reprendrait, rétroactivement, qu'à compter de la fourniture complète des pièces demandées.

4. Reprise du travail avant la fin de votre dernière prescription médicale d'arrêt de travail

Si vous reprenez votre activité professionnelle à une date antérieure à celle précisée sur la prescription médicale en cours, pour laquelle vous êtes indemnisé, il est nécessaire que vous en informiez la mutuelle dans les plus brefs délais.

Article AS 32.

Montant et nombre maximum de jours indemnisés

1. Montant

Le montant des indemnités journalières appliqué en cas d'arrêt de travail est celui garanti le jour de la survenue du sinistre, sous réserve des dispositions du dernier alinéa de l'article 29 de la présente notice d'information.

Pour un même sinistre, le montant de vos indemnités journalières ne sera pas revalorisé sauf décision contraire du conseil d'administration de la mutuelle.

2. Nombre maximum de jours

Les indemnités journalières sont mises en paiement, après application des délais de franchise précisés dans votre certificat d'adhésion et conformément à la présente notice, tant que dure l'incapacité de travail et ce jusqu'au terme de la période d'indemnisation que vous avez choisie.

Le nombre maximum de jours indemnisés s'entend pour une pathologie donnée ainsi que ses suites et conséquences évolutives ou pour les suites et conséquences évolutives d'un même accident, justifiant l'arrêt de travail initial.

À l'épuisement de la totalité des indemnités journalières garanties, vous restez assuré à l'exclusion de la pathologie ou des suites de l'accident dont les droits ont été épuisés à condition que vous soyez reconnu apte à reprendre le travail.

Lorsque vous avez choisi la garantie IJ longue, soit du 366^{ème} au 1095^{ème} jour, et qu'à l'issue de ces 1095 jours, vous êtes toujours en situation d'incapacité temporaire totale de travail, la mutuelle statuera sur la reconnaissance d'une invalidité.

Article AS 33.

Rechutes

En cas de rechute moins d'une année après la date de reprise, sans restriction, de l'activité professionnelle déclarée à la mutuelle, la prescription du nouvel arrêt de travail se rattache au précédent arrêt de travail. Les délais de franchise définis dans votre certificat d'adhésion et repris à la présente notice d'information, suivant les indemnités journalières choisies, ne sont pas appliqués.

En revanche, si la rechute survient plus d'un an après la date de reprise, sans restriction, de l'activité professionnelle déclarée à la mutuelle, la nouvelle prescription d'arrêt de travail est sans lien avec le précédent arrêt de travail. Le délai de franchise prévu à la garantie est de nouveau appliqué.

Pour un même arrêt de travail, rechutes comprises, vous ne pouvez pas prétendre à une période totale d'indemnisation, continue ou non, supérieure à celle choisie.

Article AS 34.

Fin du maintien de la prestation

Le versement des indemnités journalières cesse :

- Au jour de la reprise effective du travail à temps plein ;
- Au 1^{er} jour du mois auquel vous atteignez 67 ans ;
- A la date d'attribution d'une pension d'invalidité ;
- A la date d'attribution d'une pension de retraite,
- À l'épuisement du nombre maximum de jours indemnisés par sinistre,
- En cas d'expertise médicale, s'il est établi que vous n'est pas dans l'incapacité physique totale de travailler.

Section 2 – Garantie remboursement des frais généraux

Cette garantie n'est pas éligible à la fiscalité applicable aux contrats dits « Madelin » (article 154 bis du CGI) dans la mesure où elle est déjà déductible dans le cadre de vos dépenses professionnelles à reporter sur votre déclaration d'impôts (formulaire n°2035-LIASSE-BNC). Le bénéfice de cette garantie n'est pas ouvert aux personnes soumises au régime micro-fiscal.

Pour bénéficier des prestations offertes par cette garantie, vous devez avoir choisi la garantie frais généraux. Les garanties choisies seront reportées dans votre certificat d'adhésion.

Article AS 35.

Objet de la garantie

La garantie a pour objet, si vous êtes en situation d'incapacité temporaire totale de travail, le versement de l'indemnité choisie visant le remboursement de tout ou partie des dépenses professionnelles, dans la limite des frais réellement engagés pendant la période d'incapacité de travail indemnisée.

En outre, la maladie ou l'accident à l'origine de votre incapacité temporaire de travail ne doit pas faire l'objet d'une exclusion mentionnée sur votre certificat d'adhésion ou dans la présente notice d'information, ni n'être soumis aux délais de carence.

Le temps partiel thérapeutique ne donne pas lieu à prise en charge dans le cadre de la garantie remboursement des frais généraux.

Vous avez la possibilité de choisir les indemnités suivantes :

Indemnités frais généraux	Franchise			Fin de garanties
	Maladie	Accident	Hospitalisation (hébergement ou ambulatoire)	
IJ Express Pro	7 jours	1 jour	2 jours	Au 14 ^{ème} jour d'arrêt
IJ Mini Pro	14 jours	1 jour	2 jours	au 30 ^{ème} jour d'arrêt
IJ Courte Pro	30 jours	14 jours	14 jours	au 90 ^{ème} jour d'arrêt
IJ Moyenne Pro	90 jours	90 jours	90 jours	au 365 ^{ème} jour d'arrêt

Article AS 36.

Définition des frais généraux

Sont considérés comme frais généraux (formulaire 2035-LIASSE-BNC) :

- le loyer des locaux professionnels et charges locatives ;
- la location de matériel et le coût des crédits-baux ;
- les intérêts payés sur les traites de financement des locaux et équipements, propriétés de l'adhérent et utilisés par lui pour l'exercice de sa profession (à l'exclusion des remboursements de capital) ;
- les honoraires comptables [travaux, fournitures et services extérieurs (TFSE)] ;
- les dépenses d'eau, gaz, électricité et de chauffage (TFSE) ;
- les fournitures de bureau ;
- les frais de documentation, de correspondance et de téléphone ;
- les frais de véhicules et autres frais de déplacement ;
- l'amortissement des équipements : dotation aux amortissements ;
- les salaires et les charges afférents aux employés habituels de l'adhérent ;
- le coût du remplacement du personnel (intérimaire) ;
- les impôts professionnels et taxes professionnelles (TVA, CSG, contribution économique territoriale) ;
- les pertes par dépréciation des matières consommables ;
- les charges sociales personnelles obligatoires ;
- les charges sociales sur salaires ;
- les cotisations syndicales et professionnelles ;
- les frais divers de gestion ;
- l'entretien et les réparations des locaux professionnels.

Article AS 37.

Montant de garantie

Vous avez la possibilité de choisir, dans la limite d'un plafond dépendant des prestations servies par un éventuel autre organisme assureur ainsi que des frais réellement engagés pendant la période d'incapacité de travail indemnisée, le montant de la garantie que vous souhaitez.

En cours de vie de votre adhésion, vous aurez la possibilité de demander une augmentation ou une diminution de vos garanties dans les conditions précisées à l'article 23.

Lors de la survenance d'un sinistre, les prestations versées par la mutuelle, en s'ajoutant à celles de même nature servies par un éventuel autre organisme assureur, ne peuvent vous permettre de percevoir un montant de garantie supérieur aux frais réellement engagés.

Article AS 38.

Modalités d'application de(s) franchise(s)

Le versement des indemnités s'effectue dès la fin de la période de franchise des indemnités journalières choisies.

La franchise est décomptée à partir du 1^{er} jour d'incapacité totale de travail.

Article AS 39.

Déclaration de l'arrêt de travail

1. Arrêt de travail initial

Votre arrêt de travail doit être adressé, sous pli confidentiel à AMPLI Mutuelle, dès que vous en êtes en possession et au plus tard dans les 5 jours suivants sa survenance. Ce délai ne pourra vous être opposé que s'il a causé à la mutuelle un préjudice qu'elle aura charge d'établir. Ce délai ne peut également vous être opposé si le retard est dû à un cas fortuit ou un cas de force majeure.

Pour les pièces justificatives à fournir à la mutuelle et nécessaires au versement des prestations, nous vous invitons à vous reporter à l'annexe de la présente notice d'information.

La liste des pièces n'étant pas exhaustive, il pourra vous être demandé de faire parvenir à la mutuelle tous documents d'ordre médical qui seraient nécessaires au traitement de votre dossier.

2. Prolongation de votre arrêt de travail

En cas de prolongation médicale de votre arrêt de travail, les mêmes diligences que pour votre arrêt de travail initial sont à accomplir.

3. Absence de fourniture des pièces justificatives

Dans le cas où vous ne fourniriez pas les pièces périodiques nécessaires au versement des prestations et demandées par la mutuelle, le service de vos prestations pourrait alors être suspendu.

Il ne reprendrait, rétroactivement, qu'à compter de la fourniture complète des pièces demandées.

4. Reprise du travail avant la fin de votre dernière prescription médicale d'arrêt de travail

Si vous reprenez votre activité professionnelle à une date antérieure à celle précisée sur la prescription médicale en cours, pour laquelle vous êtes indemnisé, il est nécessaire que vous en informiez la mutuelle dans les plus brefs délais.

Article AS 40.

Montant et nombre maximum de jours indemnisés

1. Montant

Le montant des indemnités frais généraux appliqué en cas d'incapacité de travail est celui garanti le jour de la survenue du sinistre comme prévu à l'article 37 de la présente notice.

Il est égal au montant minimum entre le montant que vous avez déclaré sur votre avis d'impôts (formulaire 2035-LIASSE-BNC) et le montant de garantie que vous avez choisi, sous déduction du versement de prestation d'un éventuel autre assureur.

Ce montant pourra faire l'objet d'un contrôle d'adéquation de la part de la mutuelle.

2. Nombre maximum de jours

Les indemnités sont mises en paiement, après application des délais de franchise précisés dans votre certificat d'adhésion et conformément à la présente notice, tant que dure l'incapacité de travail et ce jusqu'au terme de la période d'indemnisation que vous avez choisie.

Le nombre maximum de jours indemnisés s'entend pour une pathologie donnée ainsi que ses suites évolutives ou pour les suites évolutives d'un même accident, justifiant l'arrêt de travail initial.

À l'épuisement de la totalité des indemnités garanties, vous restez assuré à l'exclusion de la pathologie ou des suites de l'accident dont les droits ont été épuisés à condition que vous soyez reconnu apte à reprendre le travail.

Article AS 41.

Rechutes

En cas de rechute moins d'une année après la date de reprise, sans restriction, de l'activité professionnelle déclarée à la mutuelle, la prescription du nouvel arrêt de travail se rattache au précédent arrêt de travail. Les délais de franchise définis dans votre certificat d'adhésion et repris à la présente

notice d'information, suivant les indemnités journalières choisies, ne sont pas appliqués.

En revanche, si la rechute survient plus d'un an après la date de reprise, sans restriction, de l'activité professionnelle déclarée à la mutuelle, la nouvelle prescription d'arrêt de travail est sans lien avec le précédent arrêt de travail. Le délai de franchise prévu à la garantie est de nouveau appliqué.

Pour un même arrêt de travail, vous ne pouvez pas prétendre à une période totale d'indemnisation, continue ou non, supérieure à celle choisie.

Article AS 42.

Fin du maintien de la prestation

Le versement des indemnités cesse :

- Au jour de la reprise effective du travail à temps plein ;
- Au 1^{er} jour du mois auquel vous atteignez 70 ans ;
- A la date d'attribution d'une pension d'invalidité ;
- A la date d'attribution d'une pension de retraite,
- À l'épuisement du nombre maximum de jours indemnités par sinistre ;
- En cas d'expertise médicale, s'il est établi que vous n'êtes pas dans l'incapacité physique totale de travailler.

Section 3 : Congé maternité/adoption

Le bénéfice de cette garantie est conditionné à l'adhésion à une offre packagée comprenant des indemnités journalière dite « mini » visées à la section 1.

Cette garantie sera reprise dans votre certificat d'adhésion.

Article AS 43.

Objet de la garantie

Lorsque vous êtes couvert en cas d'invalidité, de décès et pour les indemnités journalières sans discontinuité du 7^{ou} 14^{ème} jour et jusqu'au 1095^{ème} jour d'arrêt, vous pouvez bénéficier, sous réserve des dispositions des articles suivants, du bénéfice de la garantie congé maternité/adoption.

La garantie congé maternité a pour objet la compensation de la perte de revenu lorsque vous êtes en congé maternité dûment constatée par l'attestation de congé maternité.

La garantie congé adoption a pour objet la compensation de la perte de revenu lorsque vous êtes en congé adoption suite à une adoption plénière ou une adoption internationale dûment constatée par tous justificatifs adéquats valablement reconnus par les autorités françaises.

Le bénéfice de cette garantie est soumis à l'application du délai de carence prévu à l'article 20 de la présente notice.

Article AS 44.

Déclaration de la maternité/adoption

Concernant, la maternité et pour ouvrir droit au bénéfice de la garantie, vous devez faire parvenir à la mutuelle votre attestation de congé maternité qui précise les dates de ce dernier.

Concernant l'adoption et pour ouvrir droit au bénéfice de la garantie, vous devez transmettre à la mutuelle le justificatif d'adoption valablement reconnu par les autorités françaises. En outre, le ou les enfants adoptés ne doivent pas avoir plus de cinq (5) ans révolus.

Article AS 45.

Montant de la garantie congé maternité/adoption

Le montant de la garantie congé maternité est égal, en cas de naissance non multiple, à 44 fois l'indemnité journalière pour congé maternité, sans pouvoir excéder 3.500 €.

En cas de naissances multiples, le montant de la garantie congé maternité est porté à 60 fois l'indemnité journalière pour congé maternité/adoption, sans toutefois, pouvoir excéder 5.000 €.

En cas d'adoption, le montant de la garantie congé adoption est porté à 30 fois l'indemnité journalière pour congé adoption sans pouvoir excéder 2.500 €. Ce montant sera partagé par part égale entre les adoptants s'ils sont tous deux bénéficiaires de cette garantie.

L'indemnité journalière pour congé maternité/adoption est égale à 75% de l'indemnité journalière dite « Mini » que vous avez choisie.

Section 4 : Congé paternité

Le bénéfice de cette garantie est conditionné à l'adhésion à une offre packagée comprenant des indemnités journalière dite « mini » visées à la section 1.

Cette garantie sera reprise dans votre certificat d'adhésion.

Article AS 46.

Objet de la garantie

Lorsque, vous êtes couvert en cas d'invalidité, de décès et pour les indemnités journalières sans discontinuité du 7^{ou} 14^{ème} jour et jusqu'au 1095^{ème} jour d'arrêt, vous pouvez bénéficier, sous réserve des dispositions des articles suivants, du bénéfice de la garantie congé paternité.

La garantie congé paternité a pour objet la compensation de la perte de revenu lorsque vous êtes en congé paternité dûment justifié. Pour bénéficiaire de cette garantie, vous devez cesser toute activité professionnelle pendant la durée de votre congé et vous devez être le conjoint, le concubin ou le partenaire de pacs de la mère de l'enfant.

Le bénéfice de cette garantie est soumis à l'application du délai de carence prévu à l'article 20 de la présente notice.

Article AS 47.

Déclaration de la paternité

Pour ouvrir droit au bénéfice de la garantie congé paternité vous devez fournir à la mutuelle, dans les quatre mois de la naissance de l'enfant :

- la copie intégrale de l'acte de naissance ainsi qu'une copie de l'acte de mariage si vous êtes marié avec la mère de l'enfant,
- la copie intégrale de l'acte de naissance ainsi qu'une attestation de concubinage si vous êtes en concubinage avec la mère de l'enfant,
- la copie intégrale de l'acte de naissance avec une copie du pacs si vous êtes pacsé avec la mère de l'enfant.

Article AS 48.

Montant et nombre maximum de jours indemnités

Le montant de la garantie congé paternité est égal, en cas de naissance non multiple, à 11 fois l'indemnité journalière pour congé paternité, sans pouvoir excéder 875 €.

En cas de naissances multiples, le montant de la garantie congé paternité est porté à 18 fois l'indemnité journalière pour congé paternité, sans pouvoir excéder 1.430 €.

L'indemnité journalière pour congé paternité est égale à 75% de l'indemnité journalière dite « Mini » que vous avez choisie.

Section 5 : Garantie rente invalidité

Pour bénéficier des prestations offertes par cette garantie vous devez avoir choisi la garantie rente d'invalidité. Les garanties choisies seront reportées dans votre certificat d'adhésion.

Article AS 49.

Objet de la garantie

La garantie invalidité a pour objet de vous indemniser en cas d'invalidité permanente totale ou partielle.

La rente vous est versée en cas d'invalidité permanente et définitive résultant d'une maladie ou d'un accident, ne faisant pas l'objet d'une exclusion précisée à l'article 24 de la présente notice d'information ou dans votre certificat d'adhésion et à l'écoulement des délais de carence prévus à la présente notice d'information.

Votre taux d'invalidité doit être égal ou supérieur à 33 % pour ouvrir droit au bénéfice de cette garantie.

Le versement d'une rente d'invalidité partielle peut être substitué par le versement d'une indemnité journalière en cas d'invalidité partielle (inférieure à 66 %) dès lors que la cause de votre incapacité temporaire de travail, pour le versement des indemnités journalières, est différente de celle de votre état d'invalidité, sans que ces prestations ne dépassent votre revenu professionnel perçu avant la prescription du nouvel arrêt de travail, en tenant compte de votre rente d'invalidité.

Article AS 50.

Détermination de l'invalidité permanente

L'invalidité doit être constatée et reconnue par AMPLI mutuelle après expertise médicale dans les conditions suivantes :

L'invalidité est appréciée uniquement selon des critères professionnels, c'est-à-dire, l'incapacité permanente partielle ou et totale d'exercer la profession habituelle déclarée à l'adhésion.

Elle est appréciée de 0 % à 100 %, en tenant compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident dans des conditions normales d'exercice de la profession et en tenant compte également des capacités professionnelles restantes et des possibilités d'adaptation.

Il n'est pas tenu compte de vos capacités de reconversion professionnelles dans la détermination de l'invalidité.

Article AS 51.

Déclaration de l'invalidité

La déclaration d'invalidité doit être adressée sous pli confidentiel à AMPLI Mutuelle.

L'adhérent devra également joindre les pièces justificatives demandées par AMPLI Mutuelle détaillées en annexe à la présente notice d'information. La liste n'étant pas exhaustive.

Article AS 52.

Modalités de calcul de la rente invalidité

Le montant de votre rente invalidité est calculé à compter de la date de reconnaissance de l'état d'invalidité. La rente n'est néanmoins versée que dès

lors que votre taux d'invalidité permanente est égal ou supérieur à 33 %.

Le montant de la rente due est établi en fonction du taux d'invalidité reconnu par AMPLI Mutuelle.

Le montant de la rente est calculé par application du taux d'invalidité au moment de la première prestation.

Le versement de la rente débute lorsque le taux d'invalidité atteint 33 %.

Si votre taux atteint 33 %, la rente servie est égale à 50 % de la rente souscrite.

Au-delà du taux de 33 % et jusqu'au taux de 66 %, une rente partielle est servie par application de la formule $R = 3n/2$ dans laquelle « R » représente le coefficient appliqué à la rente garantie et « n » représente le taux d'invalidité compris entre 33 % et 66 %.

Exemple : pour un taux d'invalidité établi à 50 %, le montant de la rente (R) sera : $R = 3 \times 50 / 2$, soit 75 % du montant souscrit.

Lorsque le taux d'invalidité est égal ou supérieur à 66 %, la rente servie est égale à la rente garantie.

La rente garantie est égale à la rente choisie sans pouvoir excéder le revenu annuel professionnel perçu avant la maladie ou l'accident cause de l'invalidité sur production de pièces justificatives.

Article AS 53.

Modalités de versement de la rente

La rente est servie directement à l'adhérent par AMPLI Mutuelle à terme échu le 1^{er} jour de chaque trimestre civil.

En cas de modification du taux d'invalidité, le montant de la rente versée sera mis à jour à compter du 1^{er} trimestre civil suivant le dernier paiement effectué.

Article AS 54.

Revalorisation de la rente

Les rentes servies peuvent être revalorisées, sur décision du conseil d'administration.

Article AS 55.

Exonération des cotisations

Vous êtes exonéré du paiement de vos cotisations, sauf pour les garanties décès, décès accidentel, rente de conjoint et rente éducation, dès lors que votre taux d'invalidité est égal ou supérieur à 66%.

Votre cotisation cesse d'être due à compter du premier jour du trimestre civil qui suit votre prise en charge au titre d'une invalidité et ce jusqu'à l'âge légal de votre départ en retraite.

Article AS 56.

Fin du maintien de la prestation

Le service de la rente cesse :

- à la date d'une éventuelle guérison ;
- à la date de liquidation de la pension de retraite dans un régime de base ;
- suite à votre décès ;
- au 1^{er} jour du mois au cours duquel vous atteignez l'âge de 67 ans ;
- lorsqu'à la suite d'un contrôle médical exercé en cours de prestation, votre taux d'invalidité est réévalué à un niveau inférieur au taux minimum prévu par la garantie.

Section 6 : Capital en cas d'invalidité permanente

Pour bénéficier des prestations offertes par cette garantie vous devrez avoir choisi la garantie capital en cas d'invalidité permanente totale. Cette garantie ne peut être choisie qu'en complément de la garantie rente invalidité. Si vous choisissez cette garantie, elle sera reportée dans votre certificat d'adhésion.

Article AS 57.

Objet de la garantie

La garantie capital en cas d'invalidité a pour objet le versement d'un capital si vous êtes en invalidité permanente totale ou partielle et dans les conditions précisées à la présente section.

Cette garantie est distincte de la rente invalidité présentée en section 5 de la présente notice d'information.

Le capital vous est versé en cas d'invalidité permanente ou partielle résultant d'une maladie ou d'un accident, ne faisant pas l'objet d'une exclusion précisée à l'article 24 de la présente notice d'information ou dans votre certificat d'adhésion et à l'écoulement des délais de carence prévus à la présente notice d'information.

Votre taux d'invalidité doit être égal ou supérieur à 33% pour ouvrir droit au bénéfice de cette garantie.

Article AS 58.

Définition de l'invalidité permanente

L'invalidité doit être constatée et reconnue par AMPLI après expertise médicale dans les conditions suivantes :

L'invalidité est appréciée uniquement selon des critères professionnels à dire d'expert, c'est-à-dire, l'incapacité permanente partielle ou totale d'exercer la profession habituelle et déclarée à l'adhésion

L'invalidité professionnelle est également appréciée de 0% à 100% en tenant compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de la profession, des capacités professionnelles restantes et des possibilités d'adaptation.

Il n'est pas tenu compte de vos capacités de reconversion professionnelles dans la détermination de l'invalidité.

Article AS 59.

Déclaration de l'invalidité

La déclaration d'invalidité doit être adressée sous pli confidentiel à AMPLI Mutuelle.

L'adhérent devra également joindre les pièces justificatives demandées par AMPLI Mutuelle détaillées en annexe à la présente notice d'information. La liste n'est pas exhaustive.

Article AS 60.

Modalités de calcul du capital invalidité

Le montant du capital invalidité est calculé à compter de la date de reconnaissance de l'état d'invalidité. Le capital n'est néanmoins versé que dès lors que votre taux d'invalidité permanente est égal ou supérieur à 33 %.

Le montant du capital dû est établi en fonction du taux d'invalidité reconnu par AMPLI Mutuelle conformément aux dispositions des articles ci-dessus relatifs à son calcul.

Si votre taux est égal à 33 %, le capital servi est égal à 50% du capital souscrit.

Au-delà du taux de 33 % et jusqu'au taux de 66 %, un capital partiel est servi par application de la formule $R = 3n/2$ dans laquelle « R » représente le coefficient appliqué au capital garanti et « n » représente le taux d'invalidité compris entre 33 % et 66 %.

Exemple : pour un taux d'invalidité établi à 50 %, le montant du capital (R) sera : $R = 3 \times 50 / 2$, soit 75 % du montant souscrit.

Lorsque le taux d'invalidité est égal ou supérieur à 66 %, le capital servi est égal au capital garanti.

Le capital garanti est égal au capital choisi sans pouvoir excéder le double du revenu annuel professionnel perçu avant la maladie ou l'accident cause de l'invalidité.

En cas de modification de votre taux d'invalidité, le capital vous sera versé en déduisant les capitaux d'invalidité déjà versés.

Article AS 61.

Modalités de versement du capital

Le capital vous est versé directement en une fois sur votre compte bancaire.

Section 7 – Capital maladies graves

Pour bénéficier des prestations offertes par cette garantie, vous devrez avoir choisi la garantie capital maladies graves. Cette garantie ne peut être choisie qu'en complément de la garantie capital décès toutes causes. Si vous choisissez cette garantie elle sera reportée dans votre certificat d'adhésion.

Article AS 62.

Objet de la garantie capital maladies graves

La garantie capital en cas de maladie graves a pour objet le versement d'un capital dont le montant est choisi par vos soins dès lors que le diagnostic de l'une des 11 maladies graves définies ci-dessous a été posé médicalement.

Vous ne pourrez être indemnisé pour cette garantie que pour l'une des maladies graves visées ci-dessous.

Article AS 63.

Définition d'une maladie grave

Par maladie grave ouvrant droit au versement du capital prévu par la présente garantie, il faut entendre l'une des maladies dont la définition figure ci-dessous.

La liste des maladies graves définies ci-dessous est exhaustive.

- AVC

Il s'agit d'un déficit neurologique aigu consécutif à une atteinte du tissu cérébral en lien soit avec un défaut de la circulation sanguine (AVC ischémique), soit en raison de la rupture d'un vaisseau (AVC hémorragique) à l'intérieur de la boîte crânienne. L'atteinte cérébrale doit être visible sur les examens d'imagerie. Des séquelles neurologiques doivent persister 6 mois après l'événement initial et doivent être constatées par l'examen clinique et/ou des tests neuropsychologiques validés par la HAS.

Sont exclus :

- Les accidents ischémiques transitoires (AIT)
- Les atteintes isolées du nerf optique et/ou des vaisseaux de l'œil

- Les atteintes isolées du système vestibulaire

- **Maladie de Parkinson idiopathique**

Il s'agit d'une affection neurodégénérative des neurones à dopamine dont le diagnostic repose sur la présence de déficiences motrices (ralentissement de la gestuelle, rigidité musculaire et des tremblements de repos) parfois associées à des manifestations non motrices (troubles cognitifs, syndrome dysautonomique) sensibles à un traitement par la L-dopa.

La reconnaissance de la maladie de Parkinson ne pourra intervenir qu'après un délai de 6 mois après le diagnostic initial. Sont exclus les syndromes parkinsoniens iatrogènes (secondaires à la prise de certains médicaments) ou ceux induits par des toxiques ou accompagnant une maladie neurodégénérative autre.

- **Insuffisance rénale dialysée**

Il s'agit de l'évolution terminale irréversible d'une insuffisance rénale chronique des 2 reins nécessitant soit une hémodialyse régulière, soit une dialyse péritonéale, soit une greffe de rein.

- **Greffe d'organe**

Il s'agit de la transplantation à l'adhérent d'un (ou plusieurs) organe(s) entier(s) (cœur, poumon, foie, rein, pancréas) ou de cellules souches de moelle osseuse, après prélèvement chez un tiers donneur.

Est couverte également, l'inscription de l'assuré(e) sur une liste d'attente nationale officielle pour l'une de ces transplantations.

- **Cancers**

Il s'agit de la présence de cellules malignes confirmées par analyse histologique, caractérisées par une croissance incontrôlée, des capacités d'invasion tissulaire locale et de migrations à distance.

Sont exclus :

- Toutes les tumeurs aux stades d'évolution classés : non invasive, dysplasie, in situ, néoplasie intra-épithéliale, borderline, à faible potentiel de malignité
- Les carcinomes papillaires et folliculaires de la thyroïde au stade
 - $\leq$ pT1aN0M0
- Les mélanomes malins de la peau répondant aux conditions cumulatives suivantes :
 - / classification $\leq$ au stade pT1aN0M0
 - / index mitotique $< 1/\text{mm}^2$
 - / sans ulcération
- Les adénocarcinomes de la prostate sous « surveillance active »
- Les leucémies lymphoïdes chroniques de stade Binet A ou RAI 0
- Les cancers cutanés – hors les mélanomes malins - sauf s'il existe une extension de la maladie au niveau des ganglions régionaux ou par la présence de métastases à distance

Sont couverts toutes les cancers dont l'origine est indéterminée mais présentant une extension maligne ganglionnaire et/ou des métastases à distance.

- **Insuffisance respiratoire terminale**

Il s'agit de toutes les maladies pulmonaires chroniques irréversibles répondant aux critères cumulatifs suivants :

- Nécessité d'une utilisation continue d'oxygène
- Une CVF (capacité vitale forcée) $< 50\%$ de la normale théorique
- Une VEMS (volume expiratoire maximal par seconde) $< 50\%$ de la valeur normale théorique

- **Cécité**

Perte permanente et présumée irréversible de la vision qui se traduit par une absence de perception de la lumière par les 2 yeux.

- **Monoplégie-Paraplégie-Tétraplégie**

Perte totale et irréversible des fonctions musculaires de 1 ou plusieurs membres par suite de maladie ou d'accident.

La reconnaissance de la monoplégie/paraplégie/tétraplégie ne pourra intervenir qu'après un délai de 6 mois après sa première constatation médicale.

- **Amputation de membre**

Perte physique d'un ou plusieurs membres au-dessus de l'articulation du poignet pour le membre supérieur, au-dessus de la cheville pour le membre inférieur.

- **Sclérose en plaques**

Il s'agit d'une maladie inflammatoire qui touche le cerveau et la moelle épinière en détruisant la myéline qui protège les fibres nerveuses.

Le diagnostic doit être confirmé par un neurologue sur la base des critères les plus récents reconnus par les sociétés savantes (critères de McDonald – révision de 2017 ou ultérieure).

Le retentissement fonctionnel doit être mesuré selon l'échelle EDSS > 4 et être persistant sur une période minimale de 6 mois.

- **Les maladies du motoneurone**

Il s'agit de maladies caractérisées par une perte progressive des neurones moteurs du cerveau, du tronc cérébral et de la moelle épinière entraînant une paralysie progressive.

Sont comprises dans ce groupe de pathologies :

- La sclérose latérale amyotrophique (maladie de Charcot)
- La paralysie bulbaire progressive
- La paralysie pseudobulbaire
- L'atrophie musculaire progressive
- La maladie de Kennedy
- La sclérose latérale primitive.

Article AS 64.

Déclaration d'une maladie grave

Vous devrez transmettre à la mutuelle un document médical diagnostiquant cliniquement l'une des maladies définies ci-dessus.

On entend par diagnostic clinique la constatation clinique établie par un médecin exerçant dans la spécialité prenant en charge la maladie grave.

Article AS 65.

Versement du capital maladies graves

Le versement du capital est effectué dans un délai de 2 mois après la déclaration par vos soins d'une des maladies graves définies à l'article 63, sous réserve de la reconnaissance de la maladie grave par la mutuelle.

Le versement met fin à la garantie.

Section 8 : Garantie décès / PTIA / Double effet

Pour bénéficier des prestations offertes par cette garantie vous devrez avoir choisi la garantie décès / PTIA. Si vous choisissez cette garantie, elle sera reportée dans votre certificat d'adhésion.

Article AS 66.

Objet de la garantie capital en cas décès toutes causes

Votre garantie décès se compose d'une garantie décès toutes causes (maladie et accident) ainsi que d'une garantie Perte

Totale et Irréversible d'Autonomie (maladie et accident) définies ci-après.

La garantie décès toutes causes est assortie, en cas de décès consécutif à un accident, d'une option doublement ou, en cas de décès consécutif à un accident de la circulation, d'une option triplement.

Cette option, selon votre choix, a pour effet de doubler ou de tripler le montant du capital décès de base que vous avez choisi.

En cas de décès, la mutuelle garantit aux bénéficiaires que vous avez expressément désigné, le versement du capital que vous avez choisi.

Vous pourrez désigner un ou plusieurs bénéficiaires, à l'adhésion ou ultérieurement à l'adhésion.

Cette désignation de bénéficiaire peut être effectuée notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique. En cas de clause libre et donc de désignation nominative du (des) bénéficiaire(s), vous devez rédiger votre clause de la manière la plus complète possible en indiquant les noms, prénoms, nom de naissance, date et lieu de naissance, quote-part ainsi que les coordonnées des bénéficiaires désignés. Ces informations seront utilisées par la mutuelle le cas échéant afin d'identifier rapidement et d'entrer en relation avec vos bénéficiaires si ceux-ci ne se sont pas déjà manifestés par eux-mêmes ou par l'intermédiaire du notaire en charge de la succession.

La désignation de bénéficiaires peut être modifiée à tout moment lorsqu'elle n'est plus appropriée, à moins que le bénéficiaire précédemment désigné n'ait accepté la stipulation faite à son profit.

La désignation d'un ou plusieurs bénéficiaires est un acte important :

- par le seul fait de sa désignation, le bénéficiaire a droit aux prestations prévues à son profit,
- le bénéficiaire ainsi désigné peut accepter le bénéfice du contrat ; son droit aux prestations devient alors irrévocable.

Le(s) bénéficiaire(s) peut(vent) accepter la désignation, sous réserve de votre accord. Dans ce cas, l'acceptation ne peut intervenir qu'au bout de trente (30) jours à compter du moment où vous êtes informé que le contrat est conclu. Votre attention est attirée sur le fait que la désignation devient alors irrévocable.

L'acceptation est formalisée par un avenant signé de la mutuelle, de vous-même et du bénéficiaire. Elle peut également être faite par un acte authentique ou sous seing privé, signé de votre main et du bénéficiaire. **Elle n'a alors d'effet à l'égard de la mutuelle que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit.**

En conséquence, l'acceptation du bénéfice de la désignation par le(s) bénéficiaire(s) dans le respect des modalités définies à l'article L.223-11 du Code de la mutualité vous empêche de sans autorisation préalable du (des) bénéficiaire(s) acceptant(s) de révoquer le(s) bénéficiaire(s) acceptant(s). En effet, le(s) bénéficiaire(s) acceptant(s) doit(vent) donner son (leur) accord exprès, accompagné de la photocopie d'une pièce d'identité officielle en cours de validité avec photographie et mentions lisibles (carte nationale d'identité, passeport, etc.) à la réalisation de toute opération désignée ci-dessus.

À défaut de bénéficiaire(s) expressément désigné(s) par vous-même, le versement du capital sera effectué :

- à votre conjoint marié survivant le jour de votre décès ni judiciairement en instance de divorce et non séparé de corps ;
- à défaut, à votre partenaire de PACS ;
- à défaut, à vos enfants, nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales ;
- à défaut, à vos héritiers en proportion de leurs parts héréditaires.

Objet de la garantie « double effet »

La garantie double effet a pour objet le versement d'un capital supplémentaire égal à 100% de celui que vous avez choisi en cas de décès toutes causes.

Cette prestation supplémentaire s'entend avant application éventuelle de l'option doublement ou triplement.

Cette prestation s'applique dans les situations suivantes :

- Si vous et votre conjoint décédez simultanément sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès ou ;
- Si le décès de votre conjoint est antérieur ou postérieur, de six (6) mois, à votre décès.

Article AS 67.

Objet de la garantie capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Vous pouvez bénéficier du versement par anticipation du capital décès en demandant la reconnaissance de votre perte totale et irréversible d'autonomie.

Vous êtes considéré comme étant en perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) lorsque les trois conditions suivantes sont cumulativement remplies :

- être dans l'impossibilité définitive de se livrer à tout travail, rémunéré ou non ;
- être dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir tous les actes ordinaires de la vie (se laver, se vêtir, s'alimenter, se déplacer) ;
- se trouver en situation d'invalidité totale et irréversible en dépit de tout traitement en cours ou qui pourrait être entrepris par la suite.

La garantie Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) est assortie, en cas de décès consécutif à un accident, d'une option doublement ou, en cas de décès consécutif à un accident de la circulation, d'une option triplement.

Cette option, selon votre choix, a pour effet de doubler ou de tripler le montant du capital décès de base que vous avez choisi.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), la garantie ne produit ses effets qu'à la date de constatation de cet état par la mutuelle.

Article AS 68.

Versement du capital décès

En cas de décès ou de PTIA de l'adhérent avant la fin du maintien des garanties, la prestation décès sera versée soit en une seule fois au profit du ou des bénéficiaires désignés soit sous forme de rente au taux et table en vigueur au moment de votre décès.

Vos bénéficiaires, s'ils optent pour une rente, pourront choisir une rente viagère ou une rente temporaire.

En cas de bénéficiaire(s) mineur(s), le capital décès est versée, après demande écrite du représentant légal, sur un

compte bancaire ouvert au nom du ou des bénéficiaire(s) mineur(s).

Article AS 69.

Règlement du capital décès et revalorisation post mortem

À compter de la date de connaissance de votre décès par la mutuelle jusqu'à la date de réception par la mutuelle de l'ensemble des pièces nécessaires au règlement de la prestation en cas de décès, ou, le cas échéant, jusqu'au dépôt du capital décès à la Caisse des dépôts et consignations, le capital constitutif de la prestation est revalorisé selon un taux fixé règlementairement.

Conformément à l'article L.223-25-4 du Code de la mutualité, les sommes dues au titre des présentes garanties qui ne font pas l'objet d'une demande de versement sont déposées à la Caisse des dépôts et consignations à l'issue d'un délai de dix ans à compter de la date de la prise de connaissance par la mutuelle du décès du membre participant ou de l'échéance du contrat. Le dépôt intervient dans le mois suivant l'expiration de ce délai.

Section 9 : Garantie rente de conjoint

Article AS 70.

Objet de la garantie

Si vous décédez, la mutuelle versera à votre conjoint bénéficiaire désigné une rente trimestrielle.

Article AS 71.

Contre assurance décès

En cas de décès du conjoint bénéficiaire avant que celui-ci n'ait atteint l'âge de 55 ans, la rente de conjoint est alors versée aux éventuels enfants à charge ou à naître de l'adhérent répondant à la définition prévue par la présente notice d'information.

L'arrérage total de rente est inchangé et est réparti à égalité entre les différents enfants à charge.

La rente est versée jusqu'à la date où le conjoint bénéficiaire aurait eu 55 ans.

En cas d'absence d'enfants à charge, le versement de la rente s'interrompt à la date du décès du conjoint bénéficiaire.

Article AS 72.

Changement de conjoint bénéficiaire

Vous avez la possibilité de modifier le conjoint bénéficiaire de la rente de conjoint en cours de vie de votre adhésion.

Vous devrez néanmoins vous soumettre à de nouvelles formalités médicales pour cette modification si votre nouveau conjoint bénéficiaire est plus jeune que l'ancien.

Article AS 73.

Mode de versement de la rente

Le mode de versement de la rente de conjoint dépend de l'option que vous aurez choisie. Deux options sont possibles, ces deux options étant cumulables :

1. **Une rente viagère** : le bénéficiaire peut recevoir une rente viagère dont le montant est choisi lors de l'adhésion. Cette rente est versée jusqu'au décès du bénéficiaire.
2. **Une rente temporaire** : le bénéficiaire peut recevoir une rente temporaire dont le montant est choisi par l'adhérent lors de l'adhésion. Cette rente est versée jusqu'à son décès ou au plus jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel le bénéficiaire atteint l'âge de 62 ans.

Article AS 74.

Versement de la rente

La rente est versée à terme échu le 1^{er} jour de chaque trimestre civil.

Article AS 75.

Revalorisation de la rente

Les rentes servies peuvent être revalorisées, sur décision du conseil d'administration.

Article AS 76.

Fin du maintien de la prestation

La rente cesse d'être versée :

- au jour du décès du bénéficiaire ;
- et en tout état de cause, pour la rente temporaire, à la fin du trimestre civil au cours duquel le bénéficiaire atteint l'âge de 62 ans.

Section 10 : Garantie rente éducation

Article AS 77.

Objet de la garantie

Si vous décédez, la garantie rente éducation permet le versement d'une rente aux enfants à charge pour lesquels elle a été choisie.

La rente éducation se compose d'une garantie socle et de deux options.

Article AS 78.

Changement de bénéficiaire de la rente éducation

Vous avez la possibilité de modifier le ou les bénéficiaire(s) de la garantie rente éducation en cas de changement de situation familiale dûment justifié.

Article AS 79.

Mise en service de la rente

La rente de la garantie socle commence au 1^{er} jour du trimestre civil qui suit votre décès.

Les rentes des deux garanties optionnelles commencent :

- Pour la première,
 - si votre enfant a moins de 12 ans au jour de votre décès, le 1^{er} jour du trimestre civil qui suit ses 12 ans ;
 - si votre enfant a plus de 12 ans au jour de votre décès, le 1^{er} jour du trimestre civil qui suit votre décès.
- Pour la seconde,
 - si votre enfant a moins de 18 ans au jour de votre décès, le 1^{er} jour du trimestre civil qui suit ses 18 ans ;
 - si votre enfant a plus de 18 ans au jour de votre décès, le 1^{er} jour du trimestre civil qui suit votre décès.

Article AS 80.

Versement de la rente

La rente est versée à terme échu le 1^{er} jour de chaque trimestre civil.

Lorsque le bénéficiaire est mineur ou non émancipé, la rente éducation est réglée directement au représentant légal après demande écrite de sa part.

Lorsque le bénéficiaire est majeur ou émancipé, la rente éducation est réglée au bénéficiaire sur un compte bancaire à son nom sauf demande écrite de la part de ce dernier.

Article AS 81.

Fin du maintien de la prestation

La rente cesse d'être versée au(x) bénéficiaire(s) :

- Au plus tard jusqu'aux 28 ans révolus de l'enfant ou tant qu'il répond à la définition de l'enfant à charge au sens de la présente notice d'information ;
- Au jour de son décès.

Titre V

Dispositions afférentes aux formalités pour le règlement des prestations

Article AS 82.

Indemnités journalières : pièces à fournir en cours d'incapacité

Tous les documents médicaux transmis à la mutuelle doivent être rédigés en langue française et datés pour être recevables.

Vous devez transmettre votre prescription d'arrêt de travail accompagnée, le cas échéant, du compte rendu d'hospitalisation, des justificatifs de règlements de prestations incapacité des régimes obligatoires ou facultatifs. Vous devrez attester sur l'honneur n'en omettre aucun.

Article AS 83.

Rente invalidité et indemnités journalières : justificatifs de revenu

AMPLI Mutuelle se réserve le droit d'exiger tous documents relatifs à l'adhérent, d'ordre comptable, fiscal, ordinal, ayant trait à la Caisse de Retraite, à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales ainsi que tous documents nécessaires à l'appréciation d'une demande de rente invalidité et d'indemnités journalières, qui lui permettraient de compléter son étude et qui devront lui être fournis. AMPLI Mutuelle peut procéder à tout contrôle qu'elle jugera utile.

Article AS 84.

Formalités médicales en cours de vie de l'adhésion

Avant le paiement de toutes prestations ou pendant le paiement de vos prestations, si vous adressez votre dossier médical sous pli confidentiel à l'attention de notre médecin conseil, celui-ci sera couvert par le secret médical.

En adressant directement votre dossier médical à l'attention de la commission de sélection et gestion des risques d'AMPLI, vous renoncez au secret médical. Votre dossier sera alors soumis à des collaborateurs habilités à traiter ce type de données et tenus au secret professionnel.

Article AS 85.

Contrôle médical et expertise

Après réception par la mutuelle de votre déclaration de sinistre, cette dernière pourra demander votre examen médical par son médecin expert indépendant. Cet examen aura obligatoirement lieu en France.

La réalisation de l'expertise médicale demandée conditionne le paiement de vos prestations. En cas de manque de diligence de votre part, rendant impossible le contrôle de votre état de santé par la mutuelle à la date de votre arrêt de travail, la mutuelle pourra procéder au classement sans suite de votre dossier.

Cette demande de contrôle pourra entraîner la suspension du versement des prestations jusqu'à la décision.

En cas de désaccord médical sur la décision notifiée par AMPLI à l'issue de cet examen, votre contestation doit, sous peine d'irrecevabilité, être formulée par lettre recommandée avec avis de réception, dans un délai de trois mois à compter du jour de sa notification. Votre contestation devra préciser

les motifs de votre désaccord et être accompagnée de toutes informations médicales que votre médecin traitant ou un spécialiste en rapport avec la pathologie concernée jugerait nécessaire. En tout état de cause, cet avis médical devra être délivré par un médecin en France. Il devra être adressé sous pli confidentiel à AMPLI Mutuelle.

Après instruction de votre contestation la mutuelle rend un avis favorable ou défavorable.

En cas de maintien de la décision initiale, il vous sera proposé une procédure d'arbitrage auprès d'un tiers expert. Celui-ci sera choisi d'un commun accord et sera mandaté sous la forme d'un protocole d'accord co-signé entre vous et AMPLI.

Les honoraires de ce troisième médecin vous seront facturés et la procédure arbitrale prendra définitivement fin si vous ne vous présentez pas à la convocation de ce dernier.

Les frais de déplacement pour se rendre sur le lieu de l'arbitrage (aller et retour) resteront à votre charge.

Le résultat d'arbitrage vous sera notifié dans le délai maximum d'un mois après réception des conclusions d'expertise.

En tout état de cause, à tout moment de la procédure, vous pouvez saisir les juridictions compétentes.

En cours de versement de vos prestations, la mutuelle se réserve le droit de faire effectuer un examen médical afin de contrôler l'évolution de votre état de santé.

Titre VI

Dispositions finales

Article AS 86.

Prescription

La prescription se définit comme le mode d'extinction d'un droit résultant de l'inaction de son titulaire pendant un certain laps de temps. La prescription des actions dérivant d'un contrat d'assurance est régie par les articles L.221-11, L.221-12 et L.221-12-1 du Code de la mutualité ci-après reproduits dans leur version en vigueur à la date de signature de votre adhésion au contrat.

Article L.221-11 du Code de la mutualité

« Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent titre sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance.

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

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci. Dans le cadre des opérations collectives mentionnées au III de l'article L. 221-2, la prescription est portée à cinq ans en ce qui concerne l'incapacité de travail.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le bénéficiaire n'est pas le membre participant et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant 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 du membre participant. »

Article L.221-12 du Code de la mutualité

« La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par la mutuelle ou l'union au membre participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le membre participant, le bénéficiaire ou l'ayant droit à la mutuelle ou à l'union, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité. »

Article L.221-12-1 du Code de la mutualité

« Par dérogation à l'article 2254 du code civil, les parties à une opération individuelle ou collective ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci. »

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription visées à l'article L.221-12 précité, sont énumérées aux articles 2240 à 2246 du Code civil. Au titre des dispositions de ces articles, la prescription est interrompue :

- en cas de reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait ;
- en cas de demande en justice, même en référé, y compris lorsque la demande est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé en raison d'un vice de procédure ; l'interruption de la prescription produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance mais sera considérée comme non avenue si le demandeur se désiste de sa demande, laisse périmer l'instance ou si sa demande est définitivement rejetée ;
- par une mesure conservatoire prise en application du Code de procédure civile d'exécution ou un acte d'exécution forcée.

Les causes de report du point de départ ou les causes de suspension de la prescription visées à l'article L.221-12-1 du Code de la mutualité sont énumérées aux articles 2233 à 2239 du Code civil.

Article AS 87.

Traitement des réclamations et litiges

Premier contact : l'interlocuteur habituel

En cas de réclamation et/ou litige portant sur l'adhésion ou la gestion de celle-ci, vous êtes invité à prendre contact avec votre interlocuteur habituel (conseiller commercial ou service de gestion).

Deuxième contact : la réclamation

En cas de difficultés concernant le produit visé (distribution, gestion etc.), vous pouvez formuler toute demande de réclamation auprès d'AMPLI Mutuelle qui s'efforcera de trouver avec vous une solution. Par courrier à l'adresse suivante :

AMPLI Mutuelle
27 bd Berthier
75858 PARIS CEDEX 17

Ou par e-mail : reclamation@ampli.fr.

Un accusé de réception vous sera adressé dans les 10 jours ouvrables et une réponse vous sera apportée dans un délai maximum de deux (2) mois.

Article AS 88.

Médiation

Après épuisement des procédures internes de règlement amiable et pour autant qu'aucune action contentieuse n'ait été engagée, vous ou vos ayants droit pourrez saisir le Médiateur par demande écrite et argumentée par lettre recommandée avec accusé de réception à l'adresse suivante :

**Association des Médiateurs Européens
11 place Dauphine
75001 PARIS**

Ou sur le site :

<https://www.mediateurseuropeens.org/demander-unemediation>

La saisine du médiateur doit intervenir dans un délai d'un à compter de la réclamation écrite adressée à AMPLI Mutuelle. Passé ce délai vous pouvez saisir les juridictions compétentes à conditions que votre action ne soit pas prescrite.

La charte de la Médiation est disponible sur le site :

www.mediateurseuropeens.org

En cas de désaccord sur l'avis rendu par le service de Médiation, un recours à une action en justice reste possible.

En tout état de cause, la loi applicable est la loi française.

Article AS 89.

Subrogation

Conformément à l'article 29-5° de la loi du 5 juillet 1985, AMPLI Mutuelle est subrogée de plein droit à l'adhérent victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Cette subrogation s'exerce pour les prestations d'indemnités journalières et d'invalidité dans la limite des dépenses que la Mutuelle a exposées.

Article AS 90.

Protection des données personnelles

Conformément à la réglementation en vigueur relative à la protection des données à caractère personnel, le responsable du traitement des informations recueillies est AMPLI Mutuelle mentionnée sur ce document.

Les données collectées sont utilisées par la mutuelle mais également et notamment par sa filiale AMPLI Services :

- pour la passation, la gestion et l'exécution de votre adhésion ;
- pour être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, l'application des obligations réglementaires et la gestion des risques opérationnels, notamment la fraude à l'assurance ;
- pour, éventuellement, être croisées afin d'améliorer nos produits, d'évaluer votre situation ou la prédire et personnaliser les offres qui pourront vous être proposées.

Vos données sont également transmises aux filiales d'AMPLI Mutuelle, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation des opérations susmentionnées.

La collecte de données de santé est exclusivement réalisée pour la gestion du dossier adhérent, c'est-à-dire, l'analyse de vos conditions d'acceptation à l'adhésion au contrat, vos droits à prestations et le règlement de vos prestations. Ces données sont destinées au personnel habilité de la mutuelle ; elles sont conservées à la commission de sélection et gestion des risques. Ces données peuvent être transmises à un partenaire, sous-traitant ou prestataire habilité intervenant

dans la sélection médicale du risque ou la gestion des sinistres.

Le traitement de ces données à caractère personnel est fondé sur la signature du bulletin d'adhésion au contrat collectif qui vous a été soumis dans le respect des obligations légales relatives au devoir de conseil. Le traitement peut également être fondé sur le respect d'une obligation légale (prélèvement à la source, Fichier national des contrats d'assurance-vie et de capitalisation etc.).

Au cours de votre adhésion, nous pourrions être amenés à vérifier l'exactitude de vos données et si besoin à les compléter ou à les mettre à jour.

Vos données seront conservées durant toute la durée de vie de votre adhésion. Toutefois, cette durée de conservation peut être ajustée en fonction des diverses durées de conservation spécifiquement prévues par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescription légale).

Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement ou de portabilité des données vous concernant. Vous avez aussi la possibilité de définir des directives relatives au sort de vos données après votre décès ou choisir d'en limiter l'usage. Si vous avez consenti de manière expresse à certaines utilisations de vos données, vous pouvez retirer ce consentement à tout moment sous réserve que le traitement ne conditionne pas l'application de votre adhésion.

Vous pouvez vous opposer au traitement de vos données pour un motif légitime.

Vous pouvez également vous opposer à recevoir par SMS et mail des offres commerciales de la part d'AMPLI Mutuelle et AMPLI Services pour des services et produits analogues.

Pour l'ensemble des demandes relatives à vos droits, vous pouvez vous adresser au délégué à la protection des données, soit par email à dpd@ampli.fr, soit par courrier à l'adresse suivante :

AMPLI Mutuelle
Délégué à la protection des données
27 Boulevard Berthier
75017 Paris

Les demandes médicales doivent être libellées à la même adresse mais à l'attention de la commission de sélection et gestion des risques.

Concernant les données collectées afin d'être traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, vous pouvez vous adresser directement à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (<https://www.cnil.fr/>).

En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Article AS 91.

Autorité chargée du contrôle

L'autorité chargée du contrôle d'AMPLI Mutuelle est :

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
(ACPR)

4 PLACE DE BUDAPEST

CS 92459

75436 PARIS CEDEX 09

Article AS 92.

Lutte anti-blanchiment et financement du terrorisme

Comme toute organisation d'assurance, la mutuelle est soumise au respect de la réglementation relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux, le financement du terrorisme et la corruption en application du code monétaire et financier modifié par l'ordonnance n° 2009-104 du 30 janvier 2009.

À ce titre, la mutuelle a l'obligation d'identifier et de connaître ses clients, de se renseigner sur l'origine des fonds destinés au paiement des cotisations de leurs contrats d'assurance.

Article AS 93.

Langue des documents transmis

Tous les documents transmis soit par la mutuelle, l'adhérent ou l'un des co-souscripteurs doivent être en langue française.

Article AS 94.

Droit applicable et attribution de juridiction

La présente notice d'information est soumise au droit français. Il est fait attribution de compétence au Tribunal Judiciaire de Paris.

ANNEXE 1 / Les documents nécessaires au versement des prestations

* document à retourner à la commission de sélection et gestion des risques sous pli confidentiel. La liste des documents justificatifs n'est pas exhaustive.

Les garanties décès : capital en cas de décès toutes causes, Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), rente éducation et rente de conjoint.

Documents justificatifs	Garantie décès	Garantie PTIA
Demande écrite de l'adhérent ou de son représentant légal		✓
Demande écrite du bénéficiaire	✓	
Acte de décès de l'adhérent	✓	
Copie du justificatif d'identité de l'adhérent		✓
Copie de la carte d'identité de chaque bénéficiaire	✓	
Copie du livret de famille	✓	
Certificat médical détaillé indiquant la nature et les circonstances du décès*	✓	
Rapport de police sur les circonstances du décès ou de l'accident	✓	✓
Photocopie de l'acte de mariage ou du PACS	✓	

Documents justificatifs	Garantie rente éducation	Garantie rente conjoint
Demande écrite du ou des bénéficiaires	✓	✓
Copie du justificatif d'identité de chaque bénéficiaire	✓	✓
Attestation du paiement des Allocations d'Éducation d'Enfant Handicapé (AEEH)	✓	
Ordonnance ou jugement de tutelle	✓	
Certificat de scolarité	✓	
Photocopie de l'acte de mariage ou du PACS		✓

Les garanties indemnités journalières et frais généraux

Documents justificatifs	Garantie indemnités journalières	Garantie frais généraux
Prescription d'arrêt de travail*	✓	✓
Copie du justificatif d'identité de l'adhérent	✓	✓
Certificat médical précisant le motif de la prescription d'arrêt de travail*	✓	✓
Bulletin d'hospitalisation et compte rendu d'hospitalisation, le cas échéant*	✓	✓
Copie du dernier avis d'imposition	✓ N°2042	✓ N°2035
Attestation sur l'honneur de « non-activité professionnelle » (le 25 de chaque mois)	✓	✓
Certificat médical prescrivant la reprise du travail à mi-temps thérapeutique*	✓	
Attestation de versement de prestations par le régime obligatoire ou un autre organisme assureur	✓	

Les garanties invalidité (rente et capital)

Documents justificatifs	Garantie rente invalidité	Garantie capital invalidité
Reconnaissance de l'état d'invalidité accompagnée d'un certificat médical précisant le motif de l'invalidité*	✓	✓
Copie du justificatif d'identité de l'adhérent	✓	✓
Rapport de police ou procès-verbal en cas d'accident	✓	✓
Bulletin d'hospitalisation et compte rendu d'hospitalisation, le cas échéant*	✓	✓
Copie du dernier avis d'imposition	✓	
Justificatif de versement de prestations par la caisse de retraite ou un autre organisme assureur	✓	

Les garanties congé maternité, adoption, paternité

Documents justificatifs	Garantie maternité	Garantie paternité	Garantie adoption
Attestation du régime obligatoire indiquant les dates du congé maternité	✓		
Attestation du régime obligatoire indiquant les dates du congé paternité		✓	
Attestation du régime obligatoire indiquant les dates du congé adoption			✓
Copie du justificatif d'identité de l'adhérent	✓	✓	✓
Copie de l'acte de naissance de l'enfant		✓	
Copie de l'acte de mariage, du PACS ou attestation de concubinage		✓	
Copie de l'acte d'adoption émanant des autorités françaises			✓

La garantie maladies graves

Dans tous les cas, il sera demandé à l'adhérent le certificat médical détaillé d'un médecin spécialiste de la pathologie avec diagnostic clinique.

Les pièces justificatives supplémentaires dépendront de la maladie dont vous souffrez et vous seront demandées au cas par cas.