



La mutuelle des professions libérales et indépendantes

NOTICE D'INFORMATION

AMPLI-PREVOYANCE

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

N°0024

2025

La présente notice d'information reprend les dispositions du contrat collectif AMPLI-PREVOYANCE, souscrit par l'association des adhérents d'AMPLI, 27 Bd Berthier 75017 Paris, association régie par la loi 1901, auprès de la mutuelle AMPLI.
Ce document doit être conservé par l'adhérent.

Titre I Dispositions afférentes au contrat collectif d'assurance

- Article AP 1. Objet du contrat
- Article AP 2. Intervenants au contrat
- Article AP 3. Étendue territoriale
- Article AP 4. Durée, renouvellement et résiliation de l'adhésion par l'adhérent
- Article AP 5. Faculté de renonciation
- Article AP 6. Nullité du contrat en cas de fausse déclaration
- Article AP 7. Perte des droits
- Article AP 8. Maintien des garanties aux adhérents
- Article AP 9. Prise d'effet et durée du contrat collectif entre AMPLI Mutuelle et le Souscripteur
- Article AP 10. Modification du contrat collectif entre AMPLI Mutuelle et le Souscripteur
- Article AP 11. Résiliation du contrat collectif par AMPLI Mutuelle ou le Souscripteur
- Article AP 12. Cessation d'activité d'AMPLI Association

Titre II Dispositions afférentes à l'adhésion et à la durée de la garantie

- Article AP 13. Adhésion
- Article AP 14. Age à l'adhésion
- Article AP 15. Définition du revenu professionnel quotidien moyen
- Article AP 16. Acceptation du risque et prise d'effet de la garantie
- Article AP 17. Obligations déclaratives
- Article AP 18. Questionnaire médical simplifié et questionnaire médical
- Article AP 19. Questionnaire financier
- Article AP 20. Délais de carence à l'adhésion
- Article AP 21. Durée et fin de garantie
- Article AP 22. Changement de garantie
- Article AP 23. Modalités de paiement des prestations
- Article AP 24. Durée de validité des chèques émis en paiement de prestations
- Article AP 25. Restitution des prestations indûment perçues
- Article AP 26. Exclusions

Titre III Dispositions afférentes aux cotisations

- Article AP 27. Caractère annuel des cotisations et fractionnement
- Article AP 28. Non-paiement des cotisations

Titre IV Dispositions afférentes aux garanties**Section 1 : Garantie indemnités journalières**

- Article AP 29. Objet de la garantie
- Article AP 30. Définition de l'incapacité temporaire totale
- Article AP 31. Montant de garantie
- Article AP 32. Modalités d'application de(s) franchise(s)
- Article AP 33. Indemnisation du mi-temps thérapeutique
- Article AP 34. Déclaration de l'arrêt de travail
- Article AP 35. Montant et nombre maximum de jours indemnisés
- Article AP 36. Possibilité de prendre un remplaçant
- Article AP 37. Nouvelles maladies survenant au cours d'une affection dites maladies intercurrentes
- Article AP 38. Rechutes
- Article AP 39. Fin du maintien de la prestation

Section 2 : Allocation maternité

- Article AP 40. Objet de la garantie
- Article AP 41. Déclaration de la maternité
- Article AP 42. Montant et nombre maximum de jours indemnisés

Section 3 : Garantie hospitalisation

- Article AP 43. Objet de la garantie
- Article AP 44. Nature de la garantie

- Article AP 45. Niveaux de garantie
- Article AP 46. Déclaration de l'hospitalisation
- Article AP 47. Franchise applicable à la garantie et modalités de versement des prestations
- Article AP 48. Fin du maintien de la prestation

Section 4 : Garantie invalidité

- Article AP 49. Objet de la garantie
- Article AP 50. Définition de l'invalidité permanente
- Article AP 51. Détermination du taux d'invalidité
- Article AP 52. Déclaration de l'invalidité
- Article AP 53. Modalités de calcul de la rente invalidité
- Article AP 54. Modalités de versement de la rente
- Article AP 55. Revalorisation de la rente
- Article AP 56. Exonération des cotisations
- Article AP 57. Fin du maintien de la prestation

Section 5 : Garantie décès / PTIA / Double effet

- Article AP 58. Objet de la garantie capital en cas décès toutes causes
- Article AP 59. Objet de la garantie capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)
- Article AP 60. Objet du « double effet »
- Article AP 61. Bénéficiaire(s) des prestations
- Article AP 62. Règlement du capital décès et revalorisation post mortem
- Article AP 63. Déclaration de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)
- Article AP 64. Mode de versement du capital décès
- Article AP 65. Modalités de versement de la rente décès (contrat Madelin)
- Article AP 66. Revalorisation de la rente décès (contrat Madelin)

- Article AP 67. Fin du maintien de la prestation

Section 6 : Garantie rente éducation

- Article AP 68. Objet de la garantie
- Article AP 69. Définition de l'enfant à charge
- Article AP 70. Différence d'âge avec l'adhérent
- Article AP 71. Versement de la rente
- Article AP 72. Fin du maintien de la prestation

Section 7 : Garantie rente de conjoint

- Article AP 73. Objet de la garantie
- Article AP 74. Différence d'âge avec l'adhérent
- Article AP 75. Mode de versement de la rente
- Article AP 76. Versement de la rente
- Article AP 77. Revalorisation de la rente
- Article AP 78. Fin du maintien de la prestation

Titre V Dispositions afférentes aux formalités pour le règlement des prestations

- Article AP 79. Indemnités journalières : pièces à fournir en cours d'incapacité
- Article AP 80. Rente invalidité et indemnités journalières : justificatifs de revenu
- Article AP 81. Contrôle médical et expertise

Titre VI Dispositions finales

- Article AP 82. Information de l'adhérent
- Article AP 83. Prescription
- Article AP 84. Réclamations
- Article AP 85. Médiation
- Article AP 86. Subrogation
- Article AP 87. Protection des données personnelles
- Article AP 88. Autorité chargée du contrôle
- Article AP 89. Lutte anti-blanchiment et financement du terrorisme
- Article AP 90. Langue des documents transmis
- Article AP 91. Droit applicable et attribution de juridiction

Définitions générales

Accident : par accident, il faut entendre 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.

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, ou assuré : la personne physique qui adhère à l'association, à la mutuelle et au contrat collectif en signant un bulletin d'adhésion à l'une des garanties du contrat collectif.

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.

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

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

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

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 : désigne le contrat collectif qui définit le contenu des garanties AMPLI-PREVOYANCE.

Délai de carence : période à l'adhésion durant laquelle la garantie choisie n'est pas en vigueur.

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 : il faut entendre par franchise, la période intervenant entre le point de départ de l'arrêt de travail et le point de départ de la prestation garantie. Durant cette période, aucune prestation n'est due à l'adhérent par la Mutuelle.

Hospitalisation : on entend par hospitalisation tout séjour en clinique ou hôpital, ou l'hospitalisation à domicile (HAD) lorsque celle-ci donne lieu à une prise en charge par le régime obligatoire et est prescrite par un médecin hospitalier chargé de la coordination des soins ou un médecin traitant.

L'hospitalisation à domicile se définit comme une hospitalisation prescrite par un médecin traitant ou un médecin hospitalier avec, dans les deux cas, la délivrance de bulletins de situation d'hospitalisation à domicile par l'établissement hospitalier (date initiale, prolongation et date de fin de l'hospitalisation à domicile) comportant une prise en charge 7 jours / 7 par l'équipe médicale responsable des soins qui sont des actes complexes, dont la nature et l'intensité les distinguent des soins habituellement prodigués à domicile à la suite d'un séjour hospitalier. Ne sont pas considérés comme une hospitalisation à domicile, tout séjour en maisons de repos, centres ou maisons de convalescence, établissements thermaux, centres de rééducation professionnelle, hospices et maisons de retraite.

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.

Rechute : est considéré comme une rechute, tout nouvel arrêt de travail, imputable à une maladie ou un accident, intervenant après une reprise de travail et qui correspond aux suites, conséquences et récidives d'une pathologie initiale ou d'un accident. Pour être considérée comme telle, la rechute doit remplir les conditions suivantes :

L'arrêt de travail doit avoir pour origine une cause identique ou en lien avec l'arrêt initial,

L'arrêt initial doit avoir donné lieu à prise en charge par la Mutuelle, sous forme d'indemnités journalières,

Le contrat doit être en vigueur à la date du nouvel arrêt de travail.

En cas de rechute, aucune franchise n'est appliquée, sauf si l'adhérent déclare un arrêt de travail dans un délai supérieur à 1 an après la reprise de son travail.

Titre I

Dispositions afférentes au contrat collectif d'assurance

Article AP 1.

Objet du contrat

Un contrat d'assurance de groupe peut être souscrit par une association souscriptrice auprès d'une mutuelle.

Les membres de l'association adhèrent librement au contrat, sur la base d'un bulletin d'adhésion signé.

AMPLI-PREVOYANCE est un contrat collectif d'assurance de groupe à adhésion facultative souscrit par l'Association des Adhérents d'AMPLI (A.A.A), association loi 1901, sise au 27 Bd Berthier, 75017 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. Le souscripteur ainsi que l'assureur sont soumis à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR - 4 Place de Budapest, 75436 Paris cedex 09).

Le présent contrat a pour objet de garantir, au bénéfice de l'adhérent ou des personnes désignées au certificat d'adhésion, en cas d'incapacité de travail, d'hospitalisation, d'invalidité permanente partielle ou totale (IPP, IPT), de décès ou de PTIA, suite à une maladie ou un accident, le versement des prestations prévues au certificat d'adhésion suivant les garanties choisies.

Le contrat relève des branches :

- non vie pour les garanties invalidité, indemnités journalières et hospitalisation ;
- vie pour les garanties décès.

Article AP 2. Intervenants au contrat

Le Souscripteur du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative est Association des Adhérents d'AMPLI. L'association relève de l'article L. 141-7 du Code des assurances.

Association des Adhérents d'AMPLI est dénommée « **le Souscripteur** ».

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. SIREN 379 729 350.

Il est dénommé « **la mutuelle** ».

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

Il est dénommé « **l'adhérent ou vous** ».

Article AP 3. Étendue territoriale

a. Incapacité de travail, hospitalisation et invalidité

Ces garanties ne peuvent être contractées que si l'adhérent exerce son activité professionnelle sur le territoire de la France Métropolitaine à l'exclusion de Monaco.

En ce qui concerne l'incapacité de travail et l'invalidité, les membres adhérents séjournant moins de 180 jours à l'étranger ou dans les départements et régions d'outre-mer pour des raisons professionnelles ou privées sont garantis. Au-delà de cette période de 180 jours, les adhérents cessent d'être garantis. En cas d'accident ou de maladie hors de la France métropolitaine, le point de départ du délai de franchise de la garantie est la date de la constatation médicale de l'arrêt de travail ou de l'état d'invalidité en France métropolitaine au retour de l'adhérent sur le territoire français, à la condition qu'il ait fait parvenir à AMPLI Mutuelle sa déclaration d'arrêt de travail dans le délai de quinze (15) jours prévu à la présente notice d'information.

b. Décès, rente de conjoint et rente éducation

Les garanties s'exercent dans le monde entier, sauf si le décès survient dans un pays ou zone en état de guerre civile ou en état de guerre avec un État étranger.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), la garantie ne produit ses effets qu'à la date de constatation de l'état d'invalidité par AMPLI Mutuelle en France métropolitaine, quel que soit le lieu du sinistre à l'origine de cet état.

Article AP 4. Durée, renouvellement et résiliation de l'adhésion par l'adhérent

L'adhésion à AMPLI-PREVOYANCE prend effet selon les dispositions prévues à l'article 16 de la présente notice pour une durée expirant le 31 décembre de l'année d'adhésion.

Il est renouvelable annuellement par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année et ce, jusqu'à la date terme de chaque garantie prévue à la présente notice d'information, sauf dénonciation par l'adhérent opérée par lettre recommandée avec accusé de réception adressée avant le 31 octobre pour prendre effet le 31 décembre.

Article AP 5. Faculté de renonciation

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

Que ce contrat ait été conclu en face-à-face ou vendu à distance, l'Adhérent peut renoncer à son adhésion dans le délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où vous êtes informé que le contrat est conclu.

Pour cela, l'Adhérent doit adresser à AMPLI Mutuelle – 27 Boulevard Berthier - 75858 Paris Cedex 17 – une lettre recommandée avec avis de réception rédigée selon le modèle suivant et accompagnée d'un Relevé d'Identité Bancaire :

« Je soussigné(e) M(Mme)
(Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat AMPLI-PRÉVOYANCE n° que j'ai signé le à (Lieu d'adhésion).

Le (Date de la renonciation et signature de l'Adhérent) »

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

L'Assureur 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 AP 6. Nullité du contrat en cas de fausse déclaration

Conformément aux dispositions de l'article L. 221-14 du code de la Mutualité, et indépendamment des causes ordinaires de nullité, la garantie accordée à l'adhérent par AMPLI Mutuelle est nulle en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de celui-ci 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 par l'adhérent a été sans influence sur la réalisation du risque.

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

Article AP 7. Perte des droits

L'utilisation de documents inexacts ou falsifiés dans le but d'obtenir des prestations indues entraîne la perte des droits à prestations et la résiliation des garanties.

De même, ces agissements peuvent faire l'objet d'un dépôt de plainte auprès du Procureur de la République ainsi que d'un signalement TRACFIN dans le cadre des obligations déclaratives liées à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme auxquelles la Mutuelle est assujettie.

Article AP 8. Maintien des garanties aux adhérents

A compter de l'adhésion et sous réserve du paiement des cotisations et des sanctions prévues en cas de fausse déclaration, l'Assureur en cas d'aggravation du risque relatif à la santé de l'adhérent, ne peut refuser de maintenir à ce dernier le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident hors exclusions prévues à la présente notice d'information.

Seules sont visées par ces dispositions les personnes affiliées au contrat et mentionnées sur le bulletin d'adhésion. Ainsi, les ayants-droit sont exclus du bénéfice des dispositions précitées.

Ces dispositions ne sont pas applicables en cas de résiliation du contrat d'assurance à l'initiative de l'adhérent et ce pour quelques motifs que ce soit.

Article AP 9.

Prise d'effet et durée du contrat collectif entre AMPLI Mutuelle et le Souscripteur

AMPLI-PREVOYANCE a pris effet le 25 septembre 2018 pour une durée expirant le 31 décembre 2018.

Il se renouvelle par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année, après révision éventuelle de la cotisation.

Article AP 10.

Modification du contrat collectif entre AMPLI Mutuelle et le Souscripteur

a. Par le souscripteur AMPLI Association :

Le souscripteur peut demander à AMPLI Mutuelle des modifications à apporter au contrat. Ces modifications ne pourront être mises en place que par accord entre les parties.

b. Par AMPLI Mutuelle :

Les modifications apportées par AMPLI Mutuelle interviennent au renouvellement du contrat, après accord du souscripteur. AMPLI Mutuelle est tenue d'informer le souscripteur par écrit au moins 2 mois à l'avance de la date de prise d'effet des modifications. Le souscripteur a la possibilité soit d'accepter les modifications proposées, soit de les refuser et de résilier le présent contrat par lettre recommandée avec avis de réception au moins deux mois avant la prise d'effet des modifications.

Toute modification du contrat collectif est constatée par un avenant signé des parties. En cas de modification des clauses de ce contrat, ou en cas de résiliation, le souscripteur doit notifier cette modification à ses membres.

Article AP 11.

Résiliation du contrat collectif par AMPLI Mutuelle ou le Souscripteur

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

- par le souscripteur AMPLI Association,
- par AMPLI Mutuelle.

Lorsque le contrat collectif entre AMPLI Mutuelle et AMPLI Association est résilié par l'une des deux 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 ou l'autre partie, la Mutuelle s'engage à maintenir aux assurés des garanties équivalentes à celles dont ils bénéficiaient à la date de résiliation. Les assurés demeurent membres participants de droit à la mutuelle.

Article AP 12.

Cessation d'activité d'AMPLI Association

En cas de cessation d'activité de l'Association, les droits de l'adhérent sont intégralement maintenus par AMPLI Mutuelle.

Titre II Dispositions afférentes à l'adhésion et à la durée de la garantie

Article AP 13.

Adhésion

Les personnes physiques suivantes, à condition qu'elles soient à jour de leurs obligations à l'égard des régimes obligatoires de Sécurité sociale dont elles relèvent et puissent en justifier à tout moment sur demande de l'Assureur, peuvent adhérer à AMPLI-PREVOYANCE et bénéficier de l'ensemble des garanties :

- les professionnels libéraux, inscrits à une Caisse de retraite de profession libérale ;
- les artisans et commerçants, inscrits soit à la Caisse de retraite des artisans soit à celle des commerçants ;
- les gérants majoritaires, les dirigeants ou associés de sociétés non-salariés.

Les personnes en situation d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité ne peuvent pas adhérer à AMPLI-PREVOYANCE.

De même, les personnes en situation de cumul emploi-retraite ne peuvent adhérer aux garanties AMPLI-PREVOYANCE. Dans le cas où un adhérent liquiderait une partie seulement de sa pension de retraite dans l'objectif de poursuivre son activité professionnelle, son contrat serait alors résilié de plein droit à la date de changement de situation professionnelle.

Article AP 14.

Age à l'adhésion

Pour adhérer aux garanties AMPLI-PREVOYANCE du présent contrat, il faut être âgé au minimum de 18 ans.

Pour les garanties décès (décès/PTIA, rente de conjoint, rente éducation) et hospitalisation, l'adhésion doit se faire avant le premier jour de l'année du 65^{ème} anniversaire. L'option doublement en cas d'accident applicable au capital Décès ainsi qu'à la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie peut être choisie par l'adhérent avant le premier jour de l'année de son 61^{ème} anniversaire.

Pour les garanties Indemnité Journalière et Invalidité, l'adhésion doit se faire avant le premier jour de l'année du 61^{ème} anniversaire.

Article AP 15.

Définition du revenu professionnel quotidien moyen

Pour le professionnel libéral exerçant à titre individuel ou assujéti à l'impôt sur le revenu, le revenu professionnel quotidien moyen est le total des honoraires perçus et déclarés à l'Administration fiscale, figurant sur la déclaration 2035 de l'année en cours ou de celle précédant le sinistre, divisé par 365.

Pour le gérant majoritaire ou associés de société, le revenu professionnel quotidien moyen est constitué du total des « salaires et assimilés » déclaré à l'administration fiscale figurant sur les déclarations 2065, 2042 et sur la déclaration commune des revenus des professions indépendantes de l'année en cours ou de celle précédant le sinistre divisé par 365. Les dividendes sont exclus.

Pour les commerçants et artisans, assujéti à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux, le revenu professionnel quotidien moyen est le total des revenus perçus et déclarés à l'Administration fiscale et figurant sur la déclaration commune des revenus des professions indépendantes de l'année en cours ou de celle précédant le sinistre divisé par 365.

Article AP 16. Acceptation du risque et prise d'effet de la garantie

Toute personne remplissant les conditions pour bénéficier d'une garantie définie dans la présente notice d'information doit remplir un bulletin d'adhésion.

La garantie prend effet dès acceptation par AMPLI Mutuelle qui notifie son accord par l'envoi d'un certificat d'adhésion mentionnant la date de prise d'effet de la garantie, ou à la date d'acceptation des conditions particulières par l'adhérent.

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 l'adhérent d'avoir réglé le montant du premier appel de cotisations dans les 30 jours suivant l'émission du bulletin d'adhésion, l'acceptation de celle-ci est caduque et l'assurance ou le contrat est de nul effet.

En outre, toute personne en arrêt de travail ne peut faire aucune augmentation de garantie, ni adhérer à de nouvelles garanties à AMPLI Mutuelle.

Article AP 17. Obligations déclaratives

À l'adhésion, l'adhérent a l'obligation de répondre exactement aux questions posées, notamment dans le bulletin d'adhésion ou dans le questionnaire médical pour permettre à l'organisme assureur d'apprécier le risque qu'il prend en charge.

En cours de contrat, l'adhérent a l'obligation de déclarer, par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai de 3 mois suivant le changement de situation, à la Mutuelle, le changement ou la cessation définitive d'activité professionnelle ainsi que toutes modifications susceptibles d'affecter les conditions des garanties choisies.

Article AP 18. Questionnaire médical simplifié et questionnaire médical

Au moment de l'adhésion, le candidat désireux d'adhérer aux garanties AMPLI-PRÉVOYANCE devra remplir un questionnaire médical. Ce questionnaire pourra prendre la forme, soit d'un questionnaire médical simplifié, soit d'un questionnaire médical avec examens médicaux complémentaires. Ce choix dépendra de l'âge du futur adhérent à l'adhésion ainsi que du montant des garanties souhaitées.

Le futur adhérent devra également fournir tous renseignements sur ses maladies antérieures, accidents ou malformations, motifs de réforme ou de pension qui pourront justifier d'éventuelles réserves d'ordre médical ou des majorations de cotisation.

Les réserves ou les majorations de cotisation peuvent être temporaires ou définitives. Elles sont prononcées souverainement par AMPLI Mutuelle.

Toute adhésion et tout refus, ainsi que les réserves et les conditions des réserves, font l'objet d'une notification écrite de la part d'AMPLI Mutuelle.

Article AP 19. Questionnaire financier

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

Ce questionnaire financier devra obligatoirement être rempli par le prospect s'il a dû compléter un questionnaire médical avec examens médicaux complémentaires.

Article AP 20. Délais de carence à l'adhésion

En cas d'accident : la garantie débute dès le premier jour de la date de prise d'effet de l'adhésion.

En cas de maladie : la garantie définie à la présente notice d'information prend effet 3 mois après la date de prise d'effet de l'adhésion. Ce délai est porté à 12 mois pour la garantie en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA).

En cas de maternité / d'adoption : pour ouvrir droit au bénéfice de cette garantie, la déclaration de la grossesse doit intervenir, au plus tôt, douze (12) mois après la date de prise d'effet du contrat.

Cas spécifiques : en cas d'affection neuropsychiatrique, le délai de carence applicable est égal à 12 mois à compter de la date d'effet de la garantie.

Ce délai d'attente est également de 12 mois en ce qui concerne le syndrome de déficit immunitaire acquis et les affections qui y sont liées.

Les mêmes délais de carence sont appliqués à tout changement 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 12 mois, ne sont pas contraints à un délai d'attente, 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.

Toute maladie, dont l'origine intervient durant le délai d'attente, ainsi que ses suites, conséquences, et rechutes ne donne pas lieu à prise en charge au titre du présent contrat.

Article AP 21. Durée et fin de garantie

Les garanties AMPLI-PRÉVOYANCE sont annuelles et se renouvellent par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année civile.

Toutes les garanties de la présente notice d'information cessent de façon générale :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat par le souscripteur ou par la Mutuelle,
- en cas d'exclusion de l'adhérent pour non-paiement des cotisations,
- pour les garanties indemnités journalières, invalidité, au 1er jour du mois au cours duquel l'adhérent atteint 67 ans,
- pour les garanties décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), rente éducation, rente de conjoint au 1er jour du mois au cours duquel l'adhérent atteint 76 ans,
- pour les garanties en option doublement décès et PTIA en cas d'accident, au 1er jour du mois au cours duquel l'adhérent atteint 66 ans,
- pour la garantie indemnités journalières à la date de liquidation de la pension de retraite ou au jour de la mise en invalidité de l'adhérent,
- pour la garantie hospitalisation, au 1er jour du mois au cours duquel l'adhérent atteint 80 ans,
- à la date de renouvellement des garanties à zéro heure en cas de résiliation des garanties auprès de la mutuelle par l'assuré par lettre recommandée au moins deux mois avant cette date,
- en cas de cumul emploi-retraite.

Pour l'incapacité de travail, le décès et l'invalidité, la garantie cesse également :

- en cas d'exercice de la profession en dehors de la France métropolitaine,
- en cas de cessation de l'activité professionnelle ou prise de retraite.

Pour la garantie rente de conjoint ou rente éducation, la garantie cesse au décès du conjoint ou des enfants sous réserve des conditions spécifiques à ces garanties.

Article AP 22.

Changement de garantie

Toute augmentation de niveau de garantie de même nature ou changement de garantie en cours de contrat par l'adhérent est considéré comme une nouvelle adhésion de garantie devant remplir les conditions d'adhésion y afférentes, étant précisé que toute demande d'augmentation des garanties sera soumise à la complétude par l'adhérent d'un **questionnaire médical avec examens médicaux**.

Le changement de garantie peut être demandé chaque année à la date de renouvellement du contrat par tacite reconduction le 1^{er} janvier par lettre recommandée avec accusé de réception adressée avant le 31 octobre pour prendre effet le 31 décembre.

Durant le nouveau délai de carence à l'adhésion, l'adhérent reste garanti pour le montant des prestations des garanties antérieurement choisies auprès d'AMPLI Mutuelle.

Article AP 23.

Modalités de paiement des prestations

Les prestations définies à la présente notice d'information sont versées soit par virement bancaire, soit par chèque bancaire sur le compte du bénéficiaire.

Les indemnités journalières sont versées à l'adhérent par virement bancaire uniquement.

Les rentes invalidité sont payées par virement bancaire uniquement.

Article AP 24.

Durée de validité des chèques émis en paiement de prestations

Tout chèque non présenté à l'encaissement dans les délais légaux prévus par la réglementation bancaire ou postale ne pourra donner lieu à paiement à nouveau.

Article AP 25.

Restitution des prestations indûment perçues

Toute prestation indûment perçue donne lieu à restitution à AMPLI Mutuelle sans délai.

La Mutuelle se réserve le droit de retenir sur toute autre prestation, les prestations indûment versées postérieurement à une guérison, un décès, une perte totale et irréversible d'autonomie ou une retraite.

Article AP 26.

Exclusions

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

Ne sont pas garantis les sinistres résultant :

- a. de maladies ou d'accidents non déclarés à l'adhésion s'ils sont survenus antérieurement à l'adhésion ;
- b. du fait volontaire de l'adhérent, tel que le suicide pendant la première année qui suit son adhésion, tentative de suicide, mutilations, usage de stupéfiants non ordonnés médicalement, alcoolisme;

- c. 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, étant précisé que le cas d'assistance à personne en danger est garanti ;
- d. des effets directs ou indirects provenant de la transmutation des noyaux d'atomes ou de la radioactivité, sauf en cas de traitements thérapeutiques ;
- e. des tremblements de terre, d'éruptions volcaniques, d'inondation, de raz de marée et autres cataclysmes;
- f. d'accident de navigation aérienne, sauf si l'adhérent se trouvait à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité, conduit par un pilote possédant un brevet pour l'appareil utilisé ;
- g. d'accident du fait d'acrobaties, exhibitions, tentative de records, essais d'engins ;
- h. de la pratique de sports exercés à titre professionnel ou amateur dans le cadre de compétitions quelle que soit la discipline ;
- i. de la pratique de sports dangereux tels que : le bobsleigh, le skeleton, le saut à élastique, la plongée sous-marine avec scaphandre ou équipement autonome, les sports aériens de toute nature, la spéléologie, la pratique de l'escalade ou de courses en hautes montagnes, le ski hors-piste ou en solitaire;
- j. de traitements ou opérations chirurgicales à but esthétique ;
- k. de tout accident ou de toute pathologie dont les causes trouvent leur origine dans une addiction à l'alcool et/ou à des substances prohibées, 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 – Exclusions spécifiques à la garantie incapacité de travail, invalidité permanente et la garantie hospitalisation.

Ne sont pas prises en charge les incapacités de travail, invalidités permanentes ou hospitalisations consécutives à :

- a. une tentative de suicide ;
- b. une grossesse, un accouchement, une fausse couche et de façon générale toutes incapacités ou hospitalisations liées à une grossesse ou à une interruption volontaire de grossesse ; la période de repos pré ou post natale légale au sens de la Sécurité Sociale reste en tout état de cause exclue ;
- c. une asthénie, une tétanie, une spasmophilie ou des troubles du sommeil sans cause organique ;
- d. de cervicalgies, lombalgies, dorsalgies et toutes autres rachialgies sans cause organique ;
- e. un syndrome d'épuisement professionnel, un « burn-out », une affection psychiatrique, psychique ou neuropsychique y compris les états dépressifs (quelle que soit leur nature) ainsi que les suites et conséquences survenues antérieurement à l'adhésion;
- f. une fibromyalgie ;
- g. d'une cure de désintoxication, de rajeunissement, ou d'amaigrissement, une cure thermale ou marine ;
- h. un accident non caractérisé et non justifié par l'adhérent.

III – Prise en charge spécifique

1. Cures

Les cures peuvent donner lieu à indemnité journalière:
Sous réserve :

- que la durée de la cure soit la prolongation immédiate d'un arrêt de travail, sans ouvrir de nouveaux droits,
- que l'adhérent fasse parvenir à la Commission Médicale l'accord de prise en charge de son régime obligatoire, ainsi que le questionnaire de prise en charge qu'il aura complété,
- que le motif de l'arrêt de travail ayant justifié le paiement des indemnités journalières soit identique à celui pour lequel la cure est effectuée.

Si tous ces critères sont réunis, les cures doivent être déclarées à la Mutuelle avant le début du séjour de l'adhérent, ou, au plus tard, dans un délai de 5 jours suivant la fin de la cure (sauf empêchement, en cas de force majeure, apprécié par la Mutuelle).

2. Cervicalgies, lombalgies, dorsalgies et toutes rachialgies

Les cervicalgies, lombalgies, dorsalgies et toutes autres rachialgies peuvent donner lieu au versement d'indemnités journalières à condition qu'elles aient une cause organique. L'adhérent doit être en mesure de prouver l'existence de cette cause organique par tout document médical l'attestant.

De plus, la prise en charge de ces pathologies est subordonnée à une durée d'hospitalisation égale à 24 heures minimum ayant pour origine ces mêmes pathologies.

3. Syndrome d'épuisement professionnel, « burn-out », affection psychiatrique, psychique ou neuropsychique y compris états dépressifs.

Un syndrome d'épuisement professionnel, un « burn-out », une affection psychiatrique, psychique ou neuropsychique y compris les états dépressifs (quelle que soit leur nature) survenus postérieurement à l'adhésion peuvent donner lieu à indemnisation par la Mutuelle à condition que l'affection donne lieu à une hospitalisation continue de 7 jours minimum (soit 6 nuitées) en service, centre ou établissement spécialisé en psychiatrie ou si l'assuré a été placé par jugement sous tutelle ou curatelle à la suite d'une affection citée dans la présente clause. Néanmoins, concernant les indemnités journalières, l'indemnisation au titre d'une pathologie visée au présent alinéa sera limitée au maximum à 365 jours sur la durée du contrat.

Titre III

Dispositions afférentes aux cotisations

Article AP 27.

Caractère annuel des cotisations et fractionnement

Les cotisations sont calculées et évoluent en fonction de l'âge atteint par l'adhérent et des garanties choisies.

Les cotisations sont annuelles et payables d'avance. Elles sont revalorisées annuellement à la date de renouvellement du 1er janvier de chaque année.

Le paiement de la cotisation annuelle peut faire l'objet d'un fractionnement après accord d'AMPLI Mutuelle. Dans le cas où ce fractionnement est accordé, chaque échéance est honorée uniquement par voie de prélèvement automatique sur le compte bancaire ou postal de l'adhérent ; si ce dernier arrête le paiement des échéances prévues, la totalité de la cotisation reste cependant due, en raison du caractère annuel de celle-ci.

Sous réserve des dispositions de l'article 57 de la présente notice d'information, les cotisations restent dues par l'adhérent en cas d'incapacité temporaire totale de travail et d'invalidité permanente partielle.

Article AP 28.

Non-paiement des cotisations

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

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 du Code de la mutualité.

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

Article AP 29.

Objet de la garantie

La garantie indemnité journalière a pour objet le versement de prestations périodiques lorsque l'adhérent est en arrêt de travail.

L'adhérent en arrêt de travail, atteint d'une incapacité temporaire de travail médicalement constatée, par suite de maladie ou d'accident, bénéficie du versement d'indemnités journalières selon le montant choisi au moment de l'adhésion, sous déduction des prestations servies par une caisse de retraite professionnelle et/ou un autre organisme assureur sous réserve que la maladie ou l'accident à l'origine de l'arrêt de travail ne fasse pas l'objet d'une exclusion mentionnée au certificat d'adhésion ou à la présente notice d'information.

Article AP 30.

Définition de l'incapacité temporaire totale

L'incapacité temporaire totale (ITT) 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 définie à l'adhésion.

L'incapacité temporaire partielle de travail ne donne pas lieu au versement d'indemnités journalières.

Article AP 31.

Montant de garantie

Lors de son adhésion, l'adhérent peut choisir le montant de garantie qu'il souhaite.

En aucun cas, les prestations versées en application du présent contrat et du bulletin d'adhésion, en s'ajoutant à celles de même nature servies par une caisse de retraite professionnelle et / ou un autre organisme assureur, ne peuvent permettre à l'adhérent de percevoir un revenu journalier supérieur à 1/365^{ème} de son revenu professionnel annuel brut à la date du sinistre.

Article AP 32.

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

Le versement des indemnités journalières s'effectue dès la fin de la période de franchise mentionnée dans le tableau ci-dessous.

On entend par franchise la période se situant entre le point de départ de l'arrêt travail et le point de départ de la prestation fixée à la présente notice d'information. La franchise est décomptée à partir du 1^{er} jour d'arrêt de travail.

Indemnité journalières	Franchise			Fin de garanties
	Maladie	Accident	Hospitalisation	
IJ durée Mini	14 jours	3 jours	0 jour*	au 30 ^{ème} jour d'arrêt
IJ Courte durée	30 jours	14 jours	14 jours	au 90 ^{ème} jour d'arrêt
IJ Moyenne durée	90 jours	30 jours	30 jours	au 365 ^{ème} jour d'arrêt
IJ Longue durée (ITT)	365 jours	365 jours	365 jours	au 1095 ^{ème} jour d'arrêt

***Concernant l'indemnité journalière dite « mini » la franchise à 0 jour est applicable en cas d'hospitalisation de 72 heures minimum. Dans ce cas, la franchise à 0 jour s'applique et l'adhérent est indemnisé depuis le début de son hospitalisation. Dans le cas contraire, la franchise applicable est celle prévue pour la maladie ou l'accident.**

Article AP 33.

Indemnisation du mi-temps thérapeutique

L'adhérent ayant choisi une garantie Indemnité journalière dite « Moyenne durée 91-365 » ou « Longue durée 366 – 1095 » peut bénéficier du versement par la Mutuelle d'une indemnité journalière en cas de mi-temps thérapeutique.

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 mi-temps thérapeutique après déduction, le cas échéant, des prestations versées par une caisse de retraite professionnelle et / ou un autre organisme assureur.

Cette indemnité de mi-temps thérapeutique est versée à l'adhérent s'il remplit les conditions suivantes :

- **Justifier d'une période d'incapacité temporaire totale d'au moins 90 jours continus indemnisée au titre de l'Indemnité journalière mentionnée ci-dessus,**
- **Le motif du mi-temps thérapeutique doit être strictement le même que celui pour lequel l'adhérent a été indemnisé au titre de l'incapacité de travail.**

L'indemnité journalière « mi-temps thérapeutique » est servie par la Mutuelle pendant une durée maximum de 180 jours consécutifs. La durée de versement de l'indemnité de mi-temps thérapeutique servie s'impute sur la durée d'indemnisation contractuelle des / de l'indemnité(s) journalière(s) garantie(s).

Article AP 34.

Déclaration de l'arrêt de travail

Sauf cas de force majeure, les arrêts de travail doivent être déclarés dans un délai de 15 jours, suivant l'expiration de la franchise. Ils doivent être adressés, sous pli confidentiel à AMPLI Mutuelle.

Passé ce délai, ils sont considérés comme s'étant produits au jour de la déclaration.

Dans le cas où la déclaration d'arrêt de travail est faite après la reprise du travail, rendant de ce fait impossible tout contrôle médical, aucun paiement n'incombe à AMPLI Mutuelle.

L'adhérent devra également joindre les pièces justificatives demandées par AMPLI Mutuelle, détaillées à la présente notice. La liste des pièces n'étant pas exhaustive, l'adhérent devra également faire parvenir à AMPLI Mutuelle tous documents d'ordre médical qui lui seraient réclamés et nécessaires au traitement de son dossier.

En cas de prolongation médicale, l'avis d'arrêt de travail correspondant devra être adressé à la mutuelle dans les 15 jours suivant sa prescription. Au-delà de ce délai, AMPLI se réserve le droit de refuser la prise en charge de la prolongation.

Lorsque l'adhérent, en arrêt de travail, ne fournit pas à AMPLI Mutuelle toutes les pièces périodiquement exigées, le service des prestations est suspendu. Il ne reprend rétroactivement qu'une fois que l'adhérent s'est mis en règle en fournissant les pièces manquantes.

L'adhérent, en arrêt de travail, qui reprend ses activités professionnelles à une date antérieure à celle pour laquelle il est indemnisé, doit en informer AMPLI Mutuelle.

Article AP 35.

Montant et nombre maximum de jours indemnisés

Les indemnités journalières sont mises en paiement après application des délais de franchise fixés à la présente notice tant que dure l'incapacité temporaire totale de travail et ce jusqu'au terme de la période d'indemnisation choisie par l'adhérent ou jusqu'au 1er jour du mois au cours duquel l'adhérent atteint 67 ans si celui-ci intervient pendant la période d'indemnisation ou jusqu'à la date de reconnaissance de l'invalidité permanente totale ou encore au moment de la liquidation de sa pension de retraite par l'adhérent.

Le montant des indemnités journalières appliqué en cas d'arrêt de travail est celui atteint le jour de la survenue du sinistre. Pour un même sinistre, ce montant reste constant sans pouvoir bénéficier d'aucune revalorisation.

Le nombre maximum de jours indemnisés s'entend pour une pathologie donnée et ses conséquences ou pour les conséquences médicales d'un accident, justifiant l'arrêt de travail initial. Il est fonction de la garantie indemnités journalières choisie.

À l'épuisement de la totalité des indemnités journalières servies, l'adhérent reste toujours assuré aux garanties indemnités journalières souscrites, à l'exclusion de la pathologie ou des suites d'un accident dont les droits ont été épuisés et à condition qu'il soit reconnu apte à reprendre le travail.

Article AP 36.

Possibilité de prendre un remplaçant

L'adhérent, membre d'une profession libérale, en état d'incapacité temporaire totale d'exercice professionnel, peut prendre un remplaçant tout en conservant son droit à perception des indemnités journalières.

Article AP 37.

Nouvelles maladies survenant au cours d'une affection dites maladies intercurrentes

Par maladie ou accident intercurrent, on entend la survenance, pendant un arrêt de travail, d'une maladie ou d'un accident sans lien avec la pathologie initialement indemnisée.

Pour l'indemnité journalière définie à la présente notice, les maladies ou accidents intercurrents survenant au cours d'une période d'arrêt de travail permettent la prolongation du versement des indemnités journalières jusqu'à la guérison ou à la fin de la période d'indemnisation au titre de l'arrêt de travail initial choisi lors de l'adhésion.

Cet évènement n'ouvre pas de nouveaux droits à indemnisation au titre de la garantie indemnité journalière.

Article AP 38. Rechutes

En cas de rechute moins d'une année après la reprise de travail, les délais de franchise prévus à la présente notice suivant les indemnités journalières choisies, et qui interviennent entre le premier jour d'arrêt de travail et le premier jour d'indemnisation, ne sont pas appliqués.

En revanche, si la rechute survient plus d'un an après la reprise de travail, le délai de franchise prévu à la garantie est de nouveau appliqué.

Pour une même pathologie ou accident, l'adhérent ne peut prétendre à une période totale d'indemnisation, continue ou non, supérieure à celle prévue dans son contrat.

L'adhérent peut être expertisé par un médecin expert sur demande d'AMPLI Mutuelle.

La situation de mi-temps thérapeutique n'étant pas considérée comme une rechute.

Article AP 39. Fin du maintien de la prestation

Le versement des indemnités journalières cesse :

- A la date d'attribution d'une pension d'invalidité,
- A la date d'attribution d'une pension de vieillesse,
- A l'épuisement du nombre maximum de jours indemnisés pour une pathologie donnée et ses conséquences,
- En cas d'expertise médicale, s'il est établi que l'adhérent n'est pas dans l'incapacité physique totale de travailler,
- Au 1^{er} jour du mois au cours duquel l'adhérent atteint 67 ans.

Section 2 : Allocation maternité

Article AP 40. Objet de la garantie

Les adhérentes exerçant une profession à titre libéral ou non salariées et titulaires d'une garantie Indemnité journalière dite « **Moyenne durée 91-365** » ou « **Longue durée 366 – 1095** » peuvent bénéficier d'une allocation maternité.

Le bénéfice de l'allocation maternité est également ouvert en cas d'adoption.

Le bénéfice de cette indemnité est soumis au délai de carence prévu à l'article 20 de la présente notice.

Article AP 41. Déclaration de la maternité

Pour bénéficier de l'allocation maternité, l'adhérente doit effectuer une déclaration de grossesse auprès d'AMPLI Mutuelle.

La déclaration de grossesse devra être transmise sous pli confidentiel, à AMPLI Mutuelle, à compter du début de la grossesse et en tout état de cause avant la date présumée de l'accouchement sous peine de forclusion, sauf empêchement, en cas de force majeure, apprécié par AMPLI Mutuelle.

La déclaration d'adoption devra être transmise à AMPLI Mutuelle dans les trois mois suivants l'inscription de l'enfant adopté sur le livret de famille sous peine de forclusion, sauf empêchement, en cas de force majeure, apprécié par AMPLI Mutuelle.

Article AP 42. Montant et nombre maximum de jours indemnisés

Le montant de l'allocation maternité est égal à **75% de l'Indemnité journalière la plus faible choisie par l'adhérente calculée sur une durée de 44 jours. Sachant que ce montant est global et plafonné à 3 500€ par grossesse.**

La Mutuelle verse cette allocation sous forme de capital en une seule fois. Le versement de l'allocation maternité est sans incidence sur la durée d'indemnisation contractuelle de l'indemnité journalière à laquelle elle se rattache.

Section 3 : Garantie hospitalisation

Article AP 43. Objet de la garantie

La garantie hospitalisation permet le versement d'une prestation journalière, dont le montant est choisi par l'adhérent.

Article AP 44. Nature de la garantie

La garantie hospitalisation n'est pas liée aux revenus de l'adhérent. Elle ne peut donc pas faire l'objet d'un contrat dit « Madelin ».

Article AP 45. Niveaux de garantie

L'adhérent peut choisir le montant de garantie qu'il souhaite. **Entre 75 et 80 ans, le montant de la prestation hospitalisation choisi par l'adhérent est divisé par deux.**

Article AP 46. Déclaration de l'hospitalisation

Pour bénéficier des prestations liées à cette garantie, l'adhérent doit effectuer une déclaration de sinistre auprès d'AMPLI Mutuelle. Cette déclaration devra être transmise sous pli confidentiel, à AMPLI Mutuelle dès le début de la maladie ou de l'accident, dans un délai de 15 jours, sauf empêchement, en cas de force majeure.

Article AP 47. Franchise applicable à la garantie et modalités de versement des prestations

Les prestations sont versées pour toutes journées d'hospitalisation, dans un établissement hospitalier ou à domicile, consécutives et supérieures à 3 jours, pour un même sinistre ou une même pathologie. Ainsi, les prestations seront versées à l'adhérent à partir du quatrième jour d'hospitalisation et jusqu'à la fin de l'hospitalisation ou, au plus tard, jusqu'à la fin du 365^{ème} jour d'hospitalisation (soit au maximum 362 jours consécutifs indemnisés).

Article AP 48. Fin du maintien de la prestation

Le versement de la garantie hospitalisation cesse :

- au 1^{er} jour du mois au cours duquel l'adhérent atteint 80 ans,
- à l'épuisement du nombre de jours indemnisés.

Section 4 : Garantie invalidité

Article AP 49. Objet de la garantie

La garantie invalidité a pour objet d'indemniser l'adhérent en cas d'invalidité permanente totale ou partielle. L'adhérent ne peut choisir une rente invalidité d'un montant supérieur à 66% du revenu professionnel quotidien moyen qu'il déclare lors de l'adhésion et comme défini à l'article 15 de la présente notice d'information.

La rente est versée en cas d'invalidité permanente d'un adhérent résultant d'une maladie ou d'un accident non exclu en application des dispositions de la présente notice d'information et dont le point de départ se situe postérieurement à la prise d'effet de l'adhésion et à

l'écoulement des délais de carence prévus à la présente notice d'information.

La rente invalidité, déterminée lors de l'adhésion, est calculée à compter de la date de reconnaissance de l'état d'invalidité dès lors que le taux d'invalidité permanente est d'au moins 33%.

Elle peut se cumuler avec le versement des indemnités journalières en cas d'invalidité partielle (inférieure à 66%) dès lors que la cause de l'arrêt de travail est différente de la cause de l'état d'invalidité.

En tout état de cause, en cas d'invalidité totale, la rente invalidité ne peut se cumuler avec le versement des indemnités journalières.

Article AP 50.

Définition de l'invalidité permanente

L'invalidité permanente partielle ou totale (IPP ou IPT) se définit comme la réduction permanente partielle ou totale (en raison d'un handicap physique ou psychique, résultant d'un accident ou d'une maladie) des aptitudes pour exercer l'activité professionnelle définie à l'adhésion. Elle est constatée par expertise médicale dans les conditions suivantes :

Professions libérales de santé :

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

Autres professions :

L'invalidité est déterminée selon des critères croisés professionnels et fonctionnels conformément au tableau prévu à l'article 52 de la présente notice d'information.

L'invalidité fonctionnelle, physique ou mentale, est appréciée de 0% à 100% en dehors de toute considération professionnelle à partir du barème du Concours médical.

L'invalidité professionnelle est également appréciée de 0% à 100% d'après le taux et la nature de l'incapacité, en tenant compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou l'accident, des conditions normales de son exercice et des possibilités restantes de rééducation.

Article AP 51.

Détermination du taux d'invalidité

Le taux d'invalidité retenu par AMPLI Mutuelle est déterminé par référence au tableau ci-dessous. Le taux doit être égal ou supérieur à 33% pour que l'adhérent puisse bénéficier du versement de la garantie rente d'invalidité :

Taux d'incapacité Professionnelle (P)	Taux d'incapacité Fonctionnelle (F)								
	1 à 20	21 à 30	31 à 40	41 à 50	51 à 60	61 à 70	71 à 80	81 à 90	91 à 100
1 à 10				29,24	33,02	36,59	40	43,27	46,42
11 à 20			31,75	36,84	41,6	46,1	50,4	54,51	58,48
21 à 30		30	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,4	66,94
31 à 40		33,02	40	46,42	52,41	58,09	63,5	68,68	73,68
41 à 50		35,57	43,09	50	56,46	62,57	68,4	73,99	79,37
51 à 60	28,84	37,8	45,79	53,13	60	66,49	72,68	78,62	84,34
61 à 70	30,37	39,79	48,2	55,93	63,16	70	76,52	82,77	88,79
71 à 80	31,75	41,6	50,4	58,48	66,04	73,19	80	86,53	92,83
81 à 90	33,02	43,27	52,41	60,82	68,68	76,12	83,2	90	96,55
91 à 100	34,2	44,81	54,29	63	71,14	78,84	86,18	93,22	100

Article AP 52.

Déclaration de l'invalidité

La déclaration d'invalidité doit être adressée sous pli confidentiel à AMPLI Mutuelle, dans un délai de 30 jours suivant la date de la reconnaissance médicale de l'invalidité, afin qu'un contrôle médical puisse être exercé en temps voulu.

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

Article AP 53.

Modalités de calcul de la rente invalidité

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

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

Lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 33%, il n'est servi aucune rente à l'assuré.

Le versement de la rente débute lorsque le taux d'invalidité atteint 33%, la rente servie étant alors égale à 50% de la rente choisie. 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 choisie 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 : $R = 3x50/2$, soit 75% du montant choisi.

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

En aucun cas, les prestations versées en application des garanties choisies par l'adhérent mais également celles versées par la caisse de retraite professionnelle et / ou un autre organisme assureur ne peuvent permettre à l'adhérent de percevoir une rente invalidité annuelle supérieure à 100% de son revenu annuel au moment de la survenance du sinistre.

Article AP 54.

Modalités de versement de la rente

La rente est servie directement à l'assuré bénéficiaire par AMPLI Mutuelle trimestriellement à terme échu le 1er 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 1er trimestre civil suivant le dernier paiement effectué.

Article AP 55.

Revalorisation de la rente

Un fonds de revalorisation des rentes est constitué, pour l'ensemble des opérations de cette nature, en vue de majorer les arrérages servis.

Ce fonds de revalorisation est alimenté par une dotation annuelle, sur décision du Conseil d'Administration, représentant une quotité des bénéfices techniques et financiers dégagés par ces opérations.

Les rentes servies sont revalorisées, sur décision du Conseil d'Administration, au plus tard le 31 décembre de l'exercice, par application aux provisions mathématiques d'un taux de revalorisation uniforme, la charge qui en résulte est prélevée sur le fonds de revalorisation et ne peut excéder le montant préexistant de ce fonds.

Pour les rentes en cours au 31 décembre de l'exercice, cette revalorisation intervient au 1er janvier de l'année suivante.

Article AP 56.

Exonération des cotisations

L'adhérent est exonéré du paiement de ses cotisations afférentes à la garantie invalidité dès lors que son taux d'invalidité est égal ou supérieur à 66%. La cotisation cesse d'être due à compter du premier jour du trimestre civil qui suit la prise en charge de l'adhérent au titre d'une invalidité et ce jusqu'au terme de la garantie choisie par l'adhérent.

Article AP 57.

Fin du maintien de la prestation

Le service de la rente cesse :

- à la date de guérison ;
- à la date de liquidation de la pension de retraite dans l'un des régimes de base ;
- suite au décès de l'assuré ;
- au 1^{er} jour du mois au cours duquel l'adhérent atteint l'âge de 67 ans ;
- lorsqu'à la suite d'un contrôle médical exercé en cours de prestation, le taux d'invalidité de l'adhérent se révèle consolidé à un niveau inférieur au taux minimum prévu par la garantie choisie.

Section 5 : Garantie décès / PTIA / Double effet

Article AP 58.

Objet de la garantie capital en cas décès toutes causes

En cas de décès de l'adhérent, un capital est versé au(x) bénéficiaire(s) tel(s) que mentionnés soit dans la désignation type de(s) bénéficiaire(s), soit dans la désignation particulière de(s) bénéficiaire(s) remplie par l'adhérent.

La situation de famille retenue est celle constatée au jour du décès de l'adhérent.

La 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) définie à l'article 60 de la présente notice d'information.

La garantie décès toutes causes est assortie d'une option doublement **en cas d'accident uniquement. Cette option n'est applicable qu'en cas décès ou de PTIA accidentel de l'adhérent.** Elle vient doubler le montant du capital décès de base choisi par l'adhérent lors de son adhésion.

Article AP 59.

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

L'adhérent peut bénéficier du versement par anticipation du capital décès en demandant la reconnaissance de sa perte totale et irréversible d'autonomie.

L'adhérent est considéré 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 d'une option doublement **en cas d'accident uniquement. Cette option n'est valable qu'en cas de PTIA accidentelle de l'adhérent.** Elle vient doubler le montant du capital décès de base choisi par l'adhérent lors de son adhésion.

Article AP 60.

Objet du « double effet »

Le double effet a pour objet le versement d'un **capital supplémentaire et égal à 50% de celui prévu en cas de décès de l'adhérent. La prestation supplémentaire versée s'entend avant application éventuelle de l'option doublement pouvant être choisie par l'adhérent au moment de l'adhésion.**

Cette prestation s'applique en cas :

- décès simultané de l'adhérent et de son conjoint au cours d'un même événement et sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès ou,
- décès du conjoint postérieurement à celui de l'adhérent et au plus tard dans les six mois.

Le conjoint doit, au jour de son décès, remplir les conditions cumulatives suivantes :

- En cas de décès simultané : ne pas être séparé de corps judiciairement, ni en instance de divorce de l'adhérent ou, le PACS conclu entre le conjoint et l'adhérent ne doit pas être rompu,
- En cas de décès du conjoint intervenant postérieurement à celui de l'adhérent et ce dans un délai maximum de 6 mois: le conjoint ne doit pas être remarié ou repacsé.

La situation de famille retenue est toujours celle constatée au jour du décès de l'adhérent.

Article AP 61.

Bénéficiaire(s) des prestations

Le bénéficiaire est celui qui percevra la prestation en cas de réalisation du risque garanti. Il peut être :

- en cas d'incapacité de travail, d'invalidité permanente, d'hospitalisation ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), l'adhérent lui-même.
- en cas de décès toute personne désignée par l'adhérent pouvant se voir attribuer un capital ou une rente,

La désignation type des bénéficiaires s'applique lorsqu'aucune désignation particulière n'est remplie, ou en cas de précédés de tous les bénéficiaires désignés. La désignation type est la suivante :

- le conjoint survivant de l'adhérent, ni en instance de divorce et non séparé de corps par jugement définitif,
- à défaut au partenaire avec lequel l'adhérent est lié par un Pacte civil de solidarité,
- à défaut, aux enfants de l'adhérent nés ou à naître, vivants ou représentés, à part égale,
- à défaut, aux héritiers de l'adhérent en proportion de leurs parts héréditaires.

Nota :

Une personne mariée est considérée comme étant en instance de divorce après qu'elle ait assigné ou ait été assignée en divorce.

Pour être bénéficiaire du capital décès, le concubin doit faire l'objet d'une désignation particulière nominative.

Dans le cas où le bénéficiaire des prestations ne dispose pas de la capacité juridique, les prestations sont versées à son représentant légal ou suivant instructions du juge des tutelles.

La désignation particulière permet à l'adhérent de désigner la ou les personnes de son choix et d'en faire déclaration à la Mutuelle. Outre le formulaire prévu à cet effet, la désignation particulière peut faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique. Dans ce cas, l'adhérent devra en informer la Mutuelle par écrit avant son décès.

Tant que l'adhérent est en vie, l'acceptation doit être formalisée soit par un **formulaire de désignation** signé de la Mutuelle, de l'adhérent et le cas échéant du bénéficiaire, soit par un **acte authentique** ou un **acte sous seing privé**, signé de l'adhérent et du bénéficiaire. **Dans ce cas, l'acceptation n'a d'effet à l'égard de la Mutuelle que lorsqu'elle lui est notifiée par écrit. La preuve de la notification de l'acceptation de la désignation de bénéficiaire incombera à la personne souhaitant s'en prévaloir.**

L'attribution faite au profit d'un bénéficiaire déterminé devient irrévocable par l'acceptation de celui-ci dans les conditions mentionnées ci-dessus. En cas d'acceptation, il est donc conseillé à l'adhérent d'être vigilant et certain du choix opéré. L'adhérent conserve la faculté de modifier la désignation qu'il a faite, à tout moment, sauf acceptation expresse du bénéficiaire.

Toute désignation ou nouvelle désignation particulière de bénéficiaire n'est opposable à la Mutuelle qu'à condition d'avoir été portée à sa connaissance.

Pour les désignations particulières de bénéficiaires, afin d'éviter tout risque d'homonymie et pour faciliter la recherche des bénéficiaires désignés en cas de décès, l'adhérent indique pour chaque bénéficiaire toutes les précisions permettant son identification (nom, prénom, lieu et date de naissance...).

Toutefois, la désignation type des bénéficiaires s'applique dans les cas suivants :

- Lorsque tous les bénéficiaires désignés au titre d'une désignation particulière décèdent avant l'adhérent,
- Lorsque l'adhérent et tous les bénéficiaires désignés au titre d'une désignation particulière décèdent ensemble au cours d'un même évènement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès.

Article AP 62.

Règlement du capital décès et revalorisation post mortem

a. Règlement du capital décès

En cas de décès, la Mutuelle s'engage à verser les sommes dues dans un délai maximal de trente (30) jours suivant la réception de l'ensemble des pièces justificatives nécessaires au paiement.

La Mutuelle dispose d'un **délai de quinze (15) jours suivant la réception de l'avis de décès et la prise de connaissance des coordonnées du bénéficiaire** pour demander au bénéficiaire de l'opération d'assurance de lui fournir l'ensemble des pièces nécessaires au paiement.

A réception de ces pièces, la Mutuelle verse, dans un délai qui ne peut excéder trente (30) jours, le capital au(x) bénéficiaire(s).

En cas d'absence de versement du capital décès passé un délai de trente (30) jours suivant la réception des pièces par la Mutuelle, le capital non versé produit de plein droit intérêt au double du taux légal durant deux (2) mois puis, à l'expiration de ce délai de deux (2) mois, au triple du taux légal.

Si, au-delà du délai de quinze (15) jours suivant la réception de l'avis de décès et la prise de connaissance des coordonnées du bénéficiaire, la Mutuelle a omis de demander au bénéficiaire l'une des pièces nécessaires au paiement, cette omission n'est pas suspensive du délai de trente (30) jours de versement du capital décès et le délai continue de courir.

b. Revalorisation post-mortem

A compter de la date de connaissance du décès par la Mutuelle, le capital décès produira de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- La moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'État français, calculée au 1er novembre de l'année précédente;
- le dernier taux moyen des emprunts de l'État français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

La Mutuelle revalorise les prestations décès :

- Jusqu'au règlement du capital décès au(x) bénéficiaire(s),
- Et au plus tard jusqu'au dépôt de cette somme à la Caisse des dépôts et consignations. Ce dépôt intervient dans le

mois qui suit l'expiration d'un délai de dix (10) ans à compter de la prise de connaissance par la Mutuelle du décès de l'adhérent.

Article AP 63.

Déclaration de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

La déclaration de PTIA doit être adressée sous pli confidentiel à AMPLI Mutuelle, dans un délai de 6 mois suivant la date de la reconnaissance médicale de l'état de PTIA, afin qu'un contrôle médical puisse être exercé en temps voulu.

Article AP 64.

Mode de versement du capital décès

Si l'option loi Madelin n'a pas été choisie et en cas de décès ou de PTIA de l'adhérent avant la fin du maintien des garanties, la prestation décès, déterminée lors de l'adhésion, sera versée en une seule fois au profit du ou des bénéficiaires désignés.

Si l'option Madelin a été choisie et en cas de décès ou de PTIA de l'adhérent avant la fin du maintien des garanties, la prestation décès, déterminée lors de l'adhésion, sera obligatoirement versée sous forme de rente temporaire d'une durée de 5 à 10 ans, selon l'option choisie par l'adhérent, au profit du ou des bénéficiaires désignés.

Article AP 65.

Modalités de versement de la rente décès (contrat Madelin)

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

Elle est réglée entre les mains du bénéficiaire du contrat s'il est majeur ou, dans le cas contraire, entre les mains de son administrateur légal après dépôt de la demande de liquidation de prestations accompagnée de l'ensemble des pièces justificatives.

Article AP 66.

Revalorisation de la rente décès (contrat Madelin)

Un fonds de revalorisation des rentes est constitué, pour l'ensemble des opérations de cette nature, en vue de majorer les arrérages servis.

Ce fonds de revalorisation est alimenté par une dotation annuelle, sur décision du Conseil d'Administration, représentant une quotité des bénéfices techniques et financiers dégagés par ces opérations.

Les rentes servies sont revalorisées, sur décision du Conseil d'Administration, au plus tard le 31 décembre de l'exercice, par application aux provisions mathématiques d'un taux de revalorisation uniforme, la charge qui en résulte est prélevée sur le fonds de revalorisation et ne peut excéder le montant préexistant de ce fonds.

Pour les rentes en cours au 31 décembre de l'exercice, cette revalorisation intervient au 1er janvier de l'année suivante.

Article AP 67.

Fin du maintien de la prestation

Le versement des prestations au titre du décès ou de la PTIA met fin à toutes les garanties.

Dans tous les cas y compris en l'absence de versement de toutes prestations, les garanties décès et PTIA prennent fin le 1^{er} jour du mois au cours duquel l'adhérent atteint 76 ans.

Le bénéfice de l'option doublement accident prend fin le premier jour du mois qui suit celui au cours duquel l'adhérent atteint 66 ans.

Section 6 : Garantie rente éducation

Article AP 68.

Objet de la garantie

La garantie rente éducation permet le versement d'une rente à l'enfant pour lequel la garantie a été choisie en cas de décès de l'adhérent.

La rente éducation est progressive en fonction de l'âge de l'enfant.

Article AP 69.

Définition de l'enfant à charge

Au titre du présent contrat, on entend par enfant à charge, le ou les enfants de l'adhérent dont la filiation est légalement établie ou le ou les enfants adoptifs, sous réserve qu'ils respectent les conditions suivantes :

- Soit être mineur ;
- Soit être majeur et âgé de moins de 26 ans
 - Suivre des études secondaires, supérieures, ou une formation en alternance.
- Soit quel que soit leur âge, percevoir une des allocations pour adultes handicapés, sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 26^{ème} anniversaire.

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.

Article AP 70.

Différence d'âge avec l'adhérent

L'enfant doit être né au plus quarante ans (âge en millésime) après l'adhérent. Les cotisations sont majorées de 15% pour chaque année de différence d'âge supplémentaire dans une limite maximale de cinq ans de différence supplémentaire.

Dans l'hypothèse où la différence d'âge entre l'enfant et l'adhérent serait supérieure à 45 ans, ce dernier ne pourrait pas choisir de garantie rente éducation pour cet enfant.

Article AP 71.

Versement de la rente

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

Elle est réglée entre les mains du bénéficiaire du contrat s'il est majeur ou, dans le cas contraire, entre les mains de son administrateur légal après dépôt de la demande de liquidation de prestations accompagnée de l'ensemble des pièces justificatives.

Article AP 72.

Fin du maintien de la prestation

La rente cesse d'être versée à l'enfant :

- Lorsqu'il ne répond plus à la définition de l'enfant à charge
- Au jour de son décès,
- Au 1^{er} jour du mois au cours duquel l'adhérent atteint 76 ans.

Section 7 : Garantie rente de conjoint

Article AP 73.

Objet de la garantie

En cas de décès de l'adhérent, AMPLI Mutuelle verse une rente trimestrielle au conjoint bénéficiaire désigné.

Article AP 74.

Différence d'âge avec l'adhérent

Lorsque l'adhérent est plus âgé que le bénéficiaire, la différence d'âge entre l'adhérent et le conjoint doit être au maximum de dix ans (âge en millésime). Les cotisations sont majorées de 10% par année de différence supplémentaire pour la rente viagère et de 15% pour la rente temporaire dans une limite maximale de cinq ans de différence supplémentaire.

Un adhérent ne peut garantir qu'un seul conjoint.

Dans l'hypothèse où la différence d'âge entre le conjoint et l'adhérent serait supérieure à 15 ans, ce dernier ne pourrait pas choisir de garantie rente de conjoint.

Article AP 75.

Mode de versement de la rente

Le mode de versement de la rente de conjoint dépend de l'option choisie par l'adhérent. Deux options s'offrent à lui :

1. **Une rente viagère** : le conjoint 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 conjoint bénéficiaire peut recevoir une rente temporaire dont le montant est choisi 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 AP 76.

Versement de la rente

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

Elle est réglée entre les mains du bénéficiaire du contrat s'il est majeur ou entre les mains de son administrateur légal après dépôt de la demande de liquidation de prestations accompagnée de l'ensemble des pièces justificatives.

Article AP 77.

Revalorisation de la rente

Un fonds de revalorisation des rentes est constitué, pour l'ensemble des opérations de cette nature, en vue de majorer les arrérages servis.

Ce fonds de revalorisation est alimenté par une dotation annuelle, sur décision du Conseil d'Administration, représentant une quotité des bénéfices techniques et financiers dégagés par ces opérations.

Les rentes servies sont revalorisées, sur décision du Conseil d'Administration, au plus tard le 31 décembre de l'exercice, par application aux provisions mathématiques d'un taux de revalorisation uniforme, la charge qui en résulte est prélevée sur le fonds de revalorisation et ne peut excéder le montant préexistant de ce fonds.

Pour les rentes en cours au 31 décembre de l'exercice, cette revalorisation intervient au 1er janvier de l'année suivante.

Article AP 78.

Fin du maintien de la prestation

La rente cesse d'être versée au conjoint de l'adhérent en cas :

- de changement de situation familiale (remariage, PACS) du conjoint de l'adhérent,
- au 1^{er} jour du mois au cours duquel l'adhérent atteint 76 ans,
- au jour du décès du conjoint de l'adhérent,
- et en tout état de cause, pour la rente temporaire, à la fin du trimestre civil au cours duquel le conjoint de l'adhérent atteint l'âge de 62 ans.

Titre V Dispositions afférentes aux formalités pour le règlement des prestations

Article AP 79.

Indemnités journalières : pièces à fournir en cours d'incapacité

Tous les documents médicaux doivent être rédigés en langue française et datés pour être recevables.

L'adhérent, en arrêt de travail, doit, si son arrêt de travail revêt un caractère définitif, adresser à AMPLI Mutuelle dans un délai de 5 jours suivant la date de ce certificat médical, une déclaration constatant ce caractère définitif.

La déclaration devra être accompagnée du compte rendu d'hospitalisation si elle a eu lieu, des justificatifs de règlements de prestations incapacité des régimes obligatoires ou facultatifs. L'adhérent devra attester sur l'honneur n'en omettre aucun.

Article AP 80.

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 AP 81.

Contrôle médical et expertise

Au reçu de la déclaration formulée par l'adhérent, AMPLI Mutuelle fait procéder s'il y a lieu à l'examen de ce dernier par les soins d'un médecin-expert lors d'une expertise unilatérale. Cette demande de contrôle entraîne la suspension du versement des prestations jusqu'à la décision. Après avoir pris connaissance du rapport auquel donne lieu l'expertise médicale du médecin contrôleur, AMPLI Mutuelle statue favorablement pour une prise en charge ou notifie une décision de refus à l'intéressé. AMPLI Mutuelle n'est pas tenue de suivre les conclusions du rapport d'expertise et se réserve le droit de procéder à une expertise d'arbitrage si nécessaire.

Toute contestation soulevée par l'adhérent, son avocat ou son conseil juridique, concernant la décision rendue par AMPLI Mutuelle doit, sous peine d'irrecevabilité, être formulée par lettre recommandée avec avis de réception, dans un délai maximum d'un mois à compter du jour de sa notification à l'adhérent. Passé ce délai d'un mois, cette décision devient définitive. La contestation doit préciser les motifs du désaccord avec la décision de la Mutuelle et être accompagnée d'un certificat médical du médecin traitant de l'adhérent, adressé sous pli confidentiel à AMPLI Mutuelle, justifiant cette contestation.

Au cas où cette décision est régulièrement contestée par l'adhérent dans le délai précité, la procédure d'arbitrage se met en place. Le médecin traitant de l'adhérent et le médecin d'AMPLI Mutuelle s'en adjoignent un troisième à des fins d'arbitrage pour transmettre un avis prééminent. A défaut d'entente sur la désignation du troisième médecin, ce choix sera fait à la diligence de la Mutuelle par le Doyen de la Faculté de Médecine dans le ressort duquel se trouve la résidence principale de l'adhérent.

Les honoraires du troisième médecin expert, dont l'adhérent doit faire l'avance, resteront à sa charge si sa contestation n'est pas admise ; ils seront pris en charge par AMPLI

Mutuelle dans le cas contraire. En revanche, les frais de déplacement pour se rendre sur le lieu de l'arbitrage (aller et retour) resteront à la charge de l'adhérent.

La décision définitive sera notifiée à l'adhérent dans le délai maximum d'un mois après réception des conclusions d'expertise et instruction du dossier. Les conclusions de l'arbitrage seront définitives et s'imposeront à toutes les parties.

Si l'intéressé se refuse à un contrôle médical ou s'il ne peut être joint, par défaut de notification à la Mutuelle de son changement d'adresse, la garantie est suspendue après envoi d'une mise en demeure adressée au dernier domicile connu figurant à son dossier.

La Mutuelle se réserve le droit de faire effectuer à tout moment un examen médical afin de contrôler l'état de santé de l'assuré si nécessaire.

À partir de 3 rendez-vous pour expertises non honorés et non justifiés par l'adhérent, son dossier d'arrêt de travail sera classé sans suite.

Les frais suivants demeurent toujours à la charge de l'assuré :

- Frais d'assistance de l'assuré par un médecin, un cabinet d'assistance à expertise,
- Frais de carence de rendez-vous pour expertise non honoré et non justifié par l'assuré,
- Frais de déplacement pour se rendre sur le lieu d'un arbitrage (aller et retour),
- Frais d'honoraires du troisième médecin expert lors d'un arbitrage si la contestation de l'assuré n'est pas admise.

Titre VI Dispositions finales

Article AP 82.

Information de l'adhérent

AMPLI Mutuelle agissant pour le compte du Souscripteur s'engage à remettre à l'Adhérent la présente notice d'information qui définit les garanties, les modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de demande de prestation.

Il incombe au Souscripteur de conserver la preuve de la remise de la notice à l'Adhérent.

AMPLI Mutuelle agissant pour le compte du Souscripteur informera l'Adhérent par écrit de toute modification éventuelle de ses droits et obligations au moins deux mois avant la date de leur entrée en vigueur. Si l'Adhérent ne souhaite pas poursuivre son adhésion suite à cette modification, il peut dénoncer son adhésion dans les deux mois qui suivent sa notification.

Article AP 83.

Prescription

En application de l'article L. 221-11 du code de la Mutualité, toutes actions résultant du contrat et/ou de l'adhésion sont prescrites dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, 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 AP 84. Réclamations

En cas de contestation ou de mécontentement vous pouvez nous écrire par courrier à l'adresse suivante :

AMPLI Mutuelle
27 boulevard Berthier
75858 PARIS CEDEX 17

Vous pouvez également nous joindre à l'adresse e-mail suivante : reclamation@ampli.fr

Votre réclamation sera traitée dans les 10 jours à compter de la réception de celle-ci, au plus tard dans les deux mois si votre demande nécessite une analyse approfondie.

Article AP 85. 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
197 boulevard Saint Germain
75007 PARIS

Ou sur le site :

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

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 AP 86. 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 AP 87. Protection des données personnelles

AMPLI Mutuelle recueille des données personnelles qui font l'objet d'un traitement automatisé ou non automatisé. En qualité de responsable de traitement au titre du Règlement Européen 2016/679 sur la Protection des Données à

Caractère Personnel, AMPLI Mutuelle s'engage à protéger vos données à caractère personnel conformément audit règlement.

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 personnelles collectées sont exclusivement destinées à la Mutuelle, à ses filiales, à ses partenaires habilités ou aux organismes habilités. Vos données sont collectées pour l'adhésion au produit proposé, pour la gestion administrative de votre dossier, pour l'étude, l'analyse des demandes de l'utilisateur, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), d'évaluer votre situation et de personnaliser votre parcours client (offres et publicités ciblées). Vos données peuvent également être utilisées dans le cadre de contentieux, pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ou afin de nous permettre de répondre à une obligation légale en vigueur.

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. Toute transmission de données sensibles y compris celles relatives à votre santé et qui ne se fera pas sur demande expresse d'AMPLI Mutuelle ne fera l'objet d'aucun traitement et sera détruite dans un délai de trois (3) mois.

Les données personnelles collectées pourront être communiquées uniquement 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. Les données relatives à votre santé ne sont communiquées qu'aux organismes habilités.

Le traitement de vos données à caractère personnel est fondé sur la signature du contrat 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 écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer les droits susmentionnés 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.

Des informations complémentaires sur l'utilisation des données à caractère personnel par AMPLI Mutuelle et sur les droits des personnes concernées sont disponibles sur <https://www.ampli.fr/protection-donnees-personnelles>.

En cas de réclamation, vous pouvez saisir directement la Commission nationale de l'informatique et des libertés CNIL (<https://www.cnil.fr/>).

Article AP 88.
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 AP 89.

Lutte anti-blanchiment et financement du terrorisme

Comme toute compagnie d'assurance, l'Assureur et le Souscripteur sont soumis 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.

C'est pourquoi l'Assureur a l'obligation d'identifier et de connaître ses assurés, de se renseigner sur l'origine des fonds destinés au paiement des primes de leurs contrats d'assurance. Toutes les informations sur l'assuré et ses opérations recueillies par le Souscripteur sont rendues accessibles à l'Assureur en application de la réglementation.

Article AP 90.

Langue des documents transmis

Tous les documents transmis soit par la Mutuelle, l'adhérent ou le groupe souscripteur AMPLI Association doivent être en langue française.

Article AP 91.

Droit applicable et attribution de juridiction

Le présent contrat est soumis au droit français. Il est fait attribution de compétence au Tribunal de Grande Instance de Paris.

ANNEXE 1 / Les documents nécessaires au versement des prestations

* document à retourner à la commission de sélection et gestion des risques d'AMPLI sous pli confidentiel.

Les garanties décès : capital en cas de décès toutes causes, Perte Totale et Irréversible d'autonomie, 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 du justificatif d'identité de chaque bénéficiaire	✓	
Copie du livret de famille (y compris les pages non annotées)	✓	✓
Certificat médical détaillé indiquant la nature et les circonstances du décès*	✓	
Rapport de police sur les circonstances du décès ou de l'accident	✓	✓
Copie de l'acte de mariage ou de PACS	✓	

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

Les garanties indemnités journalières et allocation maternité

Documents justificatifs	Garantie indemnités journalières	Garantie allocation maternité
Prescription d'arrêt de travail*	✓	
Copie du justificatif d'identité de l'adhérent	✓	✓
Certificat médical détaillé précisant le motif de la prescription d'arrêt de travail*	✓	
Certificat médical indiquant l'état de grossesse de l'adhérente*		✓
Compte rendu d'hospitalisation et bulletin d'hospitalisation*	✓	
Copie du livret de famille (toutes les pages)		✓
Copie de la pièce d'identité de l'enfant adopté		✓
Copie du dernier avis d'imposition	✓	
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	✓	

Garanties hospitalisation ou invalidité

Documents justificatifs	Pour la garantie hospitalisation	Pour la garantie invalidité
Attestation de 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	✓	✓
Compte rendu et bulletin d'hospitalisation*	✓	✓
Copie du dernier avis d'imposition		✓
Attestation de versement de prestations par la caisse de retraite ou un autre organisme assureur		✓