

SOMMAIRE

Article 1: l'objet de votre contrat	2
Article 2 : définitions	2
Article 3: relations entre le souscripteur et l'assureur	2
Article 4: quelles sont vos garanties ?.....	3
- 4.1 - garanties décès / perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) toutes causes	3
- 4.2 - garanties décès / perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) accident	3
Article 5: ce que ne couvre pas le contrat	3
Article 6: que faire en cas de sinistre ?.....	4
- En cas de décès.....	4
- En cas de perte totale et irréversible d'autonomie :	4
Article 7: comment adhérer au contrat ?	4
Article 8: la vie de l'adhésion	5
- Effet, durée et cessation des garanties	5
- Les garanties cessent	5
- Résiliation de l'adhésion	5
- Obligation de déclaration	5
- Paiement de la cotisation	5
- Défaut de paiement	6
- Territorialité	6
- Prescription, prélèvements fiscaux et sociaux	6
- Contrôle médical	6
- Litiges et arbitrages	6
- Informatique et libertés	6
- Faculté de renonciation	7
- Examen des réclamations - commission de médiation.....	7
- Contrôle	7

Article 1 – L'OBJET DE VOTRE CONTRAT

Le présent contrat collectif à adhésion facultative n°206GA0002 est souscrit par l'Association des Mutualistes pour l'Epargne et la Prévoyance auprès de SPHERIA VIE. Il a pour objet de garantir l'assuré en cas de décès et de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie. Il est régi par le Code des Assurances et la législation en vigueur.

Article 2 - DEFINITIONS

SOUSCRIPTEUR : L'Association des Mutualistes pour l'Epargne et la Prévoyance, association régie par la Loi de 1901, 10, rue Emile Zola - 45000 ORLEANS.

ASSUREUR : SPHERIA VIE.

ADHÉRENT : Personne morale ou physique (âgée d'au moins 18 ans) membre de l'AMEP, désignée comme telle au certificat d'adhésion, signataire de la demande d'adhésion et acquittant les cotisations.

ASSURÉ : Personne physique sur la tête de laquelle reposent les garanties du contrat et désignée comme telle au certificat d'adhésion.

CONJOINT : Il s'agit du conjoint de l'assuré au jour du décès, non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée, à défaut du concubin notoire déclaré comme tel à l'assureur par l'assuré ou de la personne désignée comme telle dans le cadre d'un PACS.

BÉNÉFICIAIRE(S) : Personne(s) physique(s) ou morale(s) désignée(s) pour percevoir les capitaux en cas de décès de l'assuré. A défaut de désignation, il s'agit du conjoint de l'assuré, à défaut les enfants de l'assuré nés ou à naître vivants ou représentés par parts égales, à défaut les héritiers légaux de l'assuré.

MALADIE : Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale.

ACCIDENT : Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Ne sont pas considérés comme accident au sens du présent contrat, les infarctus, les accidents cardio-vasculaires et cérébraux, les efforts de soulèvement et les pathologies soudaines.

PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE : Est considéré comme atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA), l'assuré qui, par suite de maladie ou d'accident, se trouve dans l'impossibilité totale et irréversible de se livrer à toute occupation et à toute activité rémunérée ou lui procurant gain ou profit et si son état l'oblige à recourir définitivement à l'assistance d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie.

Article 3 – RELATIONS ENTRE LE SOUSCRIPTEUR ET L'ASSUREUR

L'assurance Décès ECA-Prevolia prend effet le 01/02/2006 pour une durée allant jusqu'au 31 décembre de la même année. Il est ensuite reconduit tacitement chaque 1^{er} janvier pour une durée d'un an, sauf dénonciation du souscripteur ou de l'assureur notifiée par lettre recommandée avec préavis de deux mois. En cas de résiliation du contrat collectif, les adhésions en cours poursuivent leurs effets et continuent d'être assurées jusqu'à leur terme par l'assureur aux conditions de garanties en vigueur au jour de la résiliation, sauf résiliation anticipée dans les cas prévus à l'article « obligation de déclaration ». Les adhésions en cours pourront faire l'objet d'une révision tarifaire telle que prévue à l'article "paiement des cotisations". Les adhésions nouvelles ne sont plus acceptées dès la date de réception par l'une ou l'autre des parties de la lettre recommandée de résiliation. Le souscripteur doit remettre aux adhérents, en même temps que le formulaire de demande d'adhésion, une copie des conditions générales valant note d'information. En cas de modifications apportées au contrat, le souscripteur remet aux adhérents une nouvelle note d'information.

Article 4 – QUELLES SONT VOS GARANTIES ?

4.1 - GARANTIES Décès / Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) toutes causes

- DÉCÈS toutes causes : Le contrat prévoit, en cas de Décès de l'assuré suite à une maladie ou un accident, le versement au(x) bénéficiaire(s) du capital forfaitaire dont le montant figure sur le certificat d'adhésion.

- PTIA toutes causes : Le contrat prévoit, en cas de perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré, consécutive à une maladie ou un accident, le versement par anticipation à l'assuré lui-même et à la date de reconnaissance de l'état de perte totale et irréversible d'autonomie, du capital prévu en cas de décès. Le versement du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie met fin à l'adhésion.

4.2 - GARANTIES Décès / Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) accident

Si l'assuré a opté pour cette garantie au moment de l'adhésion, le contrat prévoit, en cas de Décès ou de PTIA de l'assuré consécutif à un accident garanti et survenant dans un délai maximum d'un an à compter du jour de l'accident, le versement au(x) bénéficiaire(s) d'un capital forfaitaire égal au montant du capital prévu à la garantie « 4.1 – Décès/PTIA toutes causes ».

Article 5 – CE QUE NE COUVRE PAS LE CONTRAT

Sont exclus de toutes les garanties du présent contrat, les sinistres, leurs suites et conséquences, occasionnés au cours de l'exercice des métiers ou activités suivants:

- artificiers, professionnels du cirque, cascadeurs, sportifs professionnels, convoyeurs de fonds, pompiers professionnels ou volontaires, guides de haute montagne et moniteurs de ski.
- tous les métiers ou activités exercés dans les domaines de la surveillance armée, du maintien de l'ordre, de l'usage d'explosifs, des travaux forestiers, des ouvrages d'art et de grande hauteur du bâtiment et travaux publics (plus de 15m de hauteur).

Sont également exclus de toutes les garanties du contrat :

- le suicide ou la tentative de suicide, conscient ou inconscient de l'assuré dans la première année de l'adhésion.
- les conséquences de guerre, civile ou étrangère, déclarée ou non (sous réserve des conditions, si la France est partie belligérante, déterminées par la législation à intervenir concernant les assurances sur la vie en temps de guerre) quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels que soient les protagonistes dès lors que l'assuré y prend une part active.
- la participation de l'assuré à une rixe (sauf cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger), un duel, un délit ou un acte criminel ou la participation active de l'assuré à des actes de terrorisme ou de sabotage, à des émeutes ou mouvements populaires.
- les effets directs ou indirects de radiations ionisantes émises par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs, ou causés par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome.
- les conséquences de maladie ou d'accident relevant du fait intentionnel de l'assuré ou du bénéficiaire, ou antérieures à la souscription et ayant fait l'objet d'une exclusion mentionnée au certificat d'adhésion.
- les conséquences de tous cataclysmes tels que tremblement de terre ou inondation.
- l'utilisation de tout appareil permettant de se déplacer dans les airs (sauf en qualité de passager non rémunéré sur les lignes exploitées par les compagnies agréées pour le transport public de personnes) ou lors de la pratique de sports effectués avec ou à partir de ces appareils.
- la participation de l'assuré, à titre amateur ou professionnel, à des matchs, épreuves ou compétitions sportives organisés ou sous la responsabilité d'une Fédération Nationale, ainsi que les entraînements et/ou essais qui les précèdent.
- la participation de l'assuré, à titre amateur ou professionnel, à des matchs, épreuves ou compétitions sportives nécessitant l'usage d'engins à moteur, que ce soit en qualité de pilote ou de passager, ainsi qu'aux entraînements et/ou essais qui les précèdent.
- la manipulation par l'assuré ou d'un tiers, d'armes et d'explosifs, dont la détention est interdite, ou de produits dangereux.
- l'usage de stupéfiants, drogues, produits médicamenteux ou tranquillisants à dose non prescrite par une autorité médicale ou obtenue frauduleusement.

- les actes consécutifs à l'ivresse et au délire alcoolique de l'assuré lorsque le taux d'alcoolémie est supérieur au taux légal en vigueur.
- l'alcoolisme chronique ainsi que ses suites, conséquences et récidives.
- les accidents, maladies, invalidités, infirmités dont la première constatation médicale est antérieure à la prise d'effet des garanties et qui sont formellement exclus au certificat d'adhésion, sur la base des déclarations de l'assuré ou dès lors qu'elles n'ont pas été déclarées.
- tous les sinistres survenant entre la date de signature par l'adhérent de la demande d'adhésion au présent contrat et la date d'effet figurant au certificat d'adhésion.
- les périodes d'activité militaire.

Sont également exclus des garanties complémentaires en cas d'accident prévues à l'article 4.2

- les accidents survenant antérieurement à la prise d'effet de l'adhésion ainsi que le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie résultant des conséquences dudit accident.

ADHESIONS MULTIPLES : en aucun cas, l'assuré ne peut être garanti simultanément par plusieurs adhésions souscrites au contrat Assurance Décès ECA-Prevolia. Si cela était, l'engagement de l'assureur serait en tout état de cause limité à la première souscription.

Article 6 – QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

L'assuré ou le(s) bénéficiaire(s), doit déclarer à l'assureur dès qu'il en a connaissance, tout sinistre de nature à entraîner les garanties du contrat. L'exigibilité des prestations est subordonnée à la fourniture à l'assureur (ou le cas échéant à son médecin-consultant) de toutes les pièces mentionnées respectivement ci-dessous pour chaque garantie et sous réserve du contrôle médical prévu à l'article "CONTROLE MEDICAL".

EN CAS DE DECÈS :

- Original du certificat d'adhésion et de ses avenants éventuels,
- Extrait d'acte de décès de l'assuré,
- Un certificat médical indiquant les causes, circonstances et lieu du décès,
- Un constat de gendarmerie ou rapport de police, précisant la date de survenance et les circonstances de l'accident,
- Une photocopie lisible du livret de famille de l'assuré portant la mention suivante de la main du bénéficiaire : "Je soussigné(e), NOM, Prénom, né(e) le..., certifie l'exactitude des mentions portées sur le présent document et déclare sur l'honneur remplir les conditions pour bénéficier des prestations",
- Toute autre pièce ou justificatif jugé nécessaire par l'assureur.

EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE :

- La notification de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie avec assistance définitive de tierce personne délivrée par le Régime Obligatoire,
- Un certificat médical :
 - précisant la nature et l'origine des lésions constatées médicalement ainsi que la date de reconnaissance de l'état de perte totale et irréversible d'autonomie,
 - confirmant que l'assuré se trouve médicalement dans l'impossibilité totale et irréversible de se livrer à toute occupation et à toute activité rémunérée ou lui procurant gain ou profit, et dans l'obligation de recourir définitivement à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante,
- Toute autre pièce ou justificatif jugé nécessaire par l'assureur.

Article 7 – COMMENT ADHERER AU CONTRAT ?

ADHÉRENTS : peuvent adhérer au présent contrat les personnes physiques ou morales.

ASSURÉS : peuvent être admis au bénéfice de l'assurance, les assurés âgés à l'adhésion de 18 à 64 ans inclus ayant satisfait aux formalités suivantes :

- Remplir et signer une demande d'adhésion,
- S'il y a lieu, remplir et signer un questionnaire de santé,
- Accepter de se soumettre à des formalités médicales complémentaires si l'assureur le juge nécessaire. Ce dernier se réserve alors le droit de différer la prise d'effet de l'adhésion (ou de l'avenant), de ne l'accepter que sous certaines conditions (exclusions partielles ou surprimes) ou de la refuser,
- Régler la première cotisation indiquée au certificat d'adhésion.

Article 8 – LA VIE DE L'ADHESION

EFFET, DURÉE ET CESSATION DES GARANTIES

Les garanties sont acquises, sous réserve d'acceptation par l'assureur, à la délivrance du certificat d'adhésion et prennent effet à la date figurant sur le certificat d'adhésion sous réserve du paiement effectif de la 1^{ère} cotisation. L'adhésion est souscrite pour une durée d'un an renouvelable ensuite par tacite reconduction à l'échéance anniversaire de l'adhésion, sauf dénonciation notifiée par lettre recommandée (voir résiliation de l'adhésion).

LES GARANTIES CESSENT :

- Au jour où l'assuré atteint l'âge de :
 - 85ans pour la garantie "décès toutes causes",
 - 70ans pour la garantie « décès accident »
 - 65 ans pour la garantie "Perte Totale et Irréversible d'Autonomie toutes causes" et "Perte Totale et irréversible d'Autonomie accident"
- Au jour du décès ou de la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré.
- Au jour de la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré.
- En cas de non-paiement des cotisations (voir défaut de paiement).

RÉSILIATION DE L'ADHÉSION :

Par l'adhérent :

- A l'échéance principale, soit à l'échéance anniversaire de l'adhésion, sous réserve de notification de la résiliation par lettre recommandée adressée à l'assureur, deux mois au moins avant la date de ladite échéance
- En cas d'augmentation des cotisations par l'assureur suite à aggravation des résultats techniques du contrat ou évolution générale du risque, sous réserve de notification du refus à l'assureur par lettre recommandée avec accusé de réception, dans un délai maximum de 30 jours suivant la date de notification par l'assureur.

Par l'assureur :

- En cas de non-paiement des cotisations (voir défaut de paiement).
- En cas de refus par l'adhérent des nouvelles conditions tarifaires applicables au contrat collectif.

Par l'adhérent ou l'assureur : en cas de modification ou cessation du risque, dès lors que l'adhésion a pour objet la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle (art L. 113-16 du Code des Assurances), soit sous réserve de notification de la résiliation par lettre recommandée, en cas de survenance de l'un des événements suivants : changement de domicile, changement de situation ou de régime matrimonial, changement de profession, retraite professionnelle ou cessation définitive d'activité professionnelle.

OBLIGATION DE DECLARATION :

L'assureur fonde ses engagements sur les déclarations de l'assuré et/ou de l'adhérent. L'assuré s'engage à informer l'assureur de toute modification ou aggravation des éléments constitutifs du risque (changement de profession, de situation personnelle ou professionnelle, etc.) intervenant antérieurement ou postérieurement à la prise d'effet des garanties ainsi que de toute aggravation de son état de santé survenue avant la prise d'effet des garanties.

En cas de modification des garanties, l'assuré s'engage également à informer immédiatement l'assureur de toute modification ou aggravation des éléments constitutifs du risque tels que décrits ci-dessus, ainsi que toute modification de son état de santé, intervenus antérieurement à la prise d'effet des nouvelles garanties.

Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de la part de l'assuré portant sur son état de santé et/ou sur les éléments constitutifs du risque au moment de l'adhésion, lors de la mise en place d'un avenant ou en cours de vie de l'adhésion, même si elle a été sans influence sur le sinistre, expose l'assuré à l'application des sanctions prévues par les articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des Assurances. En cas de nullité de l'adhésion, les cotisations versées restent acquises à l'assureur. De même, toute omission, réticence, fausse déclaration volontaire dans la déclaration du sinistre expose l'assuré à une déchéance des garanties voire une nullité de l'adhésion.

PAIEMENT DE LA COTISATION

MODE DE CALCUL : La cotisation annuelle est calculée en fonction des garanties, des options retenues et de l'âge atteint de l'assuré à l'échéance anniversaire. L'âge de l'assuré est déterminé par la différence de millésime entre l'année considérée et son année de naissance. La cotisation augmente annuellement à chaque échéance anniversaire de l'adhésion. Les cotisations sont révisables annuellement, au 1^{er} janvier de chaque année, en fonction de l'évolution générale du risque,

des résultats du groupe assuré ou du fait de l'aggravation du risque du contrat collectif. Le nouveau tarif s'appliquera à chaque adhésion, sauf refus de l'adhérent dans les conditions prévues à l'article "résiliation de l'adhésion". La cotisation annuelle s'entend impôts et taxes en vigueur compris. Tout changement de ces impôts et taxes entraînera une modification du montant de la cotisation.

MODE DE PAIEMENT DE LA COTISATION : Le montant de la première cotisation annuelle figure sur le certificat d'adhésion. L'adhérent s'engage à verser la cotisation à échoir dans le délai maximum de 10 jours à compter des échéances fixées selon la périodicité de paiement retenue indiquée au certificat d'adhésion. La cotisation annuelle peut être payée mensuellement, trimestriellement ou semestriellement moyennant des frais de fractionnement définis sur la demande d'adhésion.

DÉFAUT DE PAIEMENT: En cas de non-paiement de la cotisation à l'expiration du délai de 10 jours fixé au paragraphe précédent, l'assureur adresse à l'adhérent une lettre recommandée de mise en demeure fixant un délai de 40 jours au terme duquel l'adhésion sera résiliée de plein droit. Toutes les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de la lettre recommandée précitée : la cotisation impayée ainsi que celles échues avant la date de résiliation restent dues en totalité à l'assureur (art. L. 113-3 du Code des Assurances). En cas de paiement du montant qui figure sur la lettre de mise en demeure, après suspension des garanties et avant résiliation, les garanties reprendront effet, à midi le lendemain du jour du paiement. En cas de survenance d'un sinistre avant la suspension des garanties, l'Assureur diminuera les prestations dues des primes impayées.

TERRITORIALITÉ

L'assurance est valable dans le monde entier pour tout déplacement ne dépassant pas, sauf dérogation, 45 jours consécutifs et 60 jours non consécutifs sur une période de 12 mois. Toutefois lorsque le sinistre survient hors de France Métropolitaine, DOM ou Union Européenne, le versement des prestations et/ou la détermination de l'état de Perte totale et irréversible d'autonomie par voie d'expertise, s'effectuent en France Métropolitaine ou DOM.

PRESCRIPTION, PRÉLÈVEMENTS FISCAUX ET SOCIAUX

PRESCRIPTION : conformément aux articles L. 114-1 et L. 114-2 du Code des Assurances, toute action dérivant de ce contrat est prescrite dans un délai de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Ce délai est porté à dix ans lorsque le bénéficiaire est une personne distincte de l'adhérent.

Cette prescription est interrompue par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée à l'assureur par l'adhérent, l'assuré ou le bénéficiaire en ce qui concerne le règlement de la prestation, ou adressée par l'assureur à l'adhérent en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation.

PRÉLÈVEMENTS FISCAUX ET SOCIAUX : tous les prélèvements fiscaux et sociaux présents ou futurs, dont la récupération est licite, sont à la charge de l'adhérent.

CONTROLE MÉDICAL

L'assureur peut, à tout moment, faire procéder par un médecin mandaté à cet effet, aux visites médicales, contrôles, expertises et enquêtes qu'il jugerait nécessaires pour se prononcer sur l'ouverture du service des prestations. Le service des prestations pourra être refusé ou suspendu si l'assuré ou le(s) bénéficiaire(s) refuse de s'y soumettre ou de fournir les pièces justificatives demandées par l'assureur.

LITIGES ET ARBITRAGES

En cas de désaccord de l'assuré sur les conclusions d'une expertise médicale effectuée par un expert désigné par l'assureur, l'assuré peut faire procéder à une contre-expertise à ses frais par un expert de son choix. Si les experts désignés ne sont pas d'accord entre eux, ils s'adjoignent un tiers expert, les trois experts opérant alors en commun à la majorité des voix. Faute d'entente sur le choix du tiers expert, ce dernier sera désigné par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. Chaque partie paie les honoraires de son expert : ceux du tiers expert sont supportés par moitié par chacune des parties. Les parties s'engagent à considérer le rapport du tiers expert comme décision d'arbitrage et s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que le tiers expert n'a pas déposé son rapport. On entend par expert, les médecins répertoriés sur la liste des experts judiciaires, désignés comme tels par la Cour d'Appel du domicile de l'assuré et reconnus par les Compagnies d'Assurance.

INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

L'adhérent ou l'assuré peut demander communication et rectification de toute information le concernant qui figurerait sur tout fichier à usage de l'assureur (Loi 78-17 du 6 janvier 1978). Le droit d'accès et de rectification peut être exercé au Siège Social de l'assureur.

FACULTÉ DE RENONCIATION

« Toute personne physique ayant conclu à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle un contrat à distance dispose d'un délai de 30 jours calendaires révolus, à compter du moment où le preneur est informé que le contrat est conclu ou à compter de la réception des conditions générales si cela intervient à une date postérieure, pour renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante : ECA Assurances BP 83 - 92115 CLICHY Cedex.

Elle peut être faite suivant le modèle de lettre de renonciation ci-après : *“Je soussigné demeurant à déclare renoncer à mon adhésion n°..... au contrat ECA PREVOLIA dont la date d'effet est fixée à .../.../... et entend recevoir l'intégralité de la cotisation d'assurance que j'ai versée dans un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où je suis informé que le contrat est conclu.*

Date :

Signature : ”.

Conséquences en cas d'exercice du droit à renonciation.

En cas d'exercice du droit à renonciation, l'adhésion au contrat est réputée n'avoir jamais existé et toute demande de règlement de sinistre serait à ce titre refusée, l'assureur n'étant pas sous risque.

EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - COMMISSION DE MÉDIATION

L'interlocuteur habituel de l'adhérent reste à son entière disposition pour répondre à toute demande d'information ou de réclamation relative à l'application du présent contrat. Le cas échéant, celles-ci pourront être formulées auprès du siège social de l'assureur. Si après intervention de ceux-ci, un désaccord subsiste, l'adhérent ou l'assuré pourra demander un arbitrage à la Commission de Médiation, en adressant sa demande à l'adresse ci-dessous :

COMMISSION DE MÉDIATION : SPHERIA VIE - 10, rue Emile Zola - 45000 ORLEANS.

CONTROLE

SPHERIA VIE est contrôlée par l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles, 61 rue Taitbout - 75009 PARIS.