



EXPAT PRÉVOYANCE

NOTICE D'INFORMATION (EUR)

Numéro de contrat : MGENIB1100068NNP

Code Partenaire : FRMGENIBC13

NOTICE D'INFORMATION DU CONTRAT EXPAT PREVOYANCE

Régime Prévoyance

Devise Euro

MGENIB1100068NNP

Souscrit par APREVI

(Association de PREvoyance Internationale)

Document contractuel

Informations précontractuelles spécifiques à la vente à distance

1. Le contrat N°MGENIB1100068NNP relatif à la présente notice d'information est souscrit par l'Association souscriptrice « APREVI » auprès de l'Organisme assureur MGEN dont les mentions légales respectives sont portées à la Section 6 de la présente notice d'information.
2. L'Autorité chargée du contrôle de l'Organisme assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, France.
3. Les modalités de calcul de la cotisation sont déterminées à la Section 6 « Les Cotisations » de la présente notice d'information.
4. L'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information dure jusqu'au 31 décembre suivant la date d'adhésion. Les dates de prise d'effet, de durée de l'adhésion et de renouvellement sont définies à l'article 2 « Effet, durée, renouvellement du certificat d'adhésion et renonciation » de la présente notice d'information.
5. Le contrat relatif à la présente notice d'information a pour objet, tel que mentionné à l'article 1 « Objet de la notice d'information », de garantir aux Assurés le versement de prestations dans les conditions définies à la Section 3 « Les garanties et prestations » de la présente notice d'information.
6. Les exclusions sont mentionnées à la Section 4 « Risques et prestations exclus » de la présente notice d'information.
7. L'offre contractuelle définie dans la notice d'information du contrat N°MGENIB1100068NNP est valable jusqu'à la date indiquée dans la proposition tarifaire en cas de vente à distance joint à la présente notice d'information.
8. L'adhésion au contrat N°MGENIB1100068NNP s'effectuera selon les modalités décrites à l'article 5 « Conditions d'admission » de la présente notice d'information ainsi que dans le courrier d'accompagnement en cas de vente à distance joint à la présente notice d'information.
9. Les modalités de paiement de la cotisation sont indiquées à la Section 6 « Les cotisations » de la présente notice d'information.
10. Les frais afférents à la technique de commercialisation à distance utilisée sont à la charge de l'Adhérent. Ainsi, les frais d'envoi postaux au même titre que le coût des communications téléphoniques à destination de l'Organisme assureur, de l'Association souscriptrice et de leurs prestataires ou des connexions Internet seront supportés par l'Adhérent, et ne pourront faire l'objet d'aucun remboursement.
11. Il existe un droit de renonciation dont la durée, les modalités pratiques d'exercice et l'adresse à laquelle envoyer la renonciation sont prévues à l'article 2.3 « Renonciation en cas de démarchage ou de vente à distance » de la présente notice d'information.
12. Les relations précontractuelles et contractuelles entre l'Organisme assureur, l'Association souscriptrice et l'Adhérent sont régies par le droit français. L'Organisme assureur et l'Association souscriptrice s'engagent à utiliser la langue française durant leurs relations précontractuelles et contractuelles. Les tribunaux compétents sont les tribunaux français.
13. Les modalités d'examen des réclamations sont explicitées à l'article 3.5 « Renseignements - Réclamations - Médiation » de la présente notice d'information.

Section 1 - Objet et base de la notice d'information

1- Objet de la notice d'information

Le contrat relatif à la présente notice d'information est un contrat d'assurance collectif à adhésion facultative souscrit par l'Association souscriptrice (APREVI) auprès de l'Organisme assureur. Le contrat est souscrit auprès de MGEN, dénommé « Organisme assureur », dans le cadre d'une délégation de souscription accordée à VYV International Benefits.

Il relève des branches 20 (vie – décès), 1 (Accident) et 2 (Maladie) définies à l'article R.211-2 du Code de la mutualité et est régi tant par ses stipulations que par les dispositions du Code de la mutualité et la législation française en vigueur.

Il a pour objet de garantir les personnes expatriées, âgées de 18 à 65 ans, adhérentes de l'Association « APREVI », lors de la survenance des risques décès, invalidité et incapacité de travail, du versement (en euros) des prestations Prévoyance prévues dans la présente notice d'information.

Les Assurés ont un accès au contenu des Statuts de la MGEN sur le site <http://www.mediation-mgen.fr>. En cas de conflit d'interprétation entre le contrat d'assurance collective et les dispositions figurant aux Statuts de la mutuelle, les dispositions du contrat d'assurance collective, objet de la présente notice, prévaudront.

2- Effet, durée, renouvellement du certificat d'adhésion et renonciation

2.1 Adhésion

La demande d'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information se fait au moyen d'un bulletin individuel d'affiliation rempli, daté et signé par le candidat à l'assurance.

Ce bulletin individuel d'affiliation précise l'identité, les éléments nécessaires à la détermination de la couverture et au calcul de la cotisation, le consentement de l'Adhérent à l'assurance. Le candidat à l'assurance reconnaît avoir pris connaissance de la notice d'information.

Lors de l'adhésion au contrat relatif à la présente notice d'information de l'Adhérent, celui-ci doit régler d'avance la première cotisation. En cas de demande de renonciation, la cotisation lui sera intégralement remboursée.

Au titre de la garantie décès : un questionnaire médical, validé par le Médecin Conseil de l'Organisme assureur, est complété par le candidat à l'assurance. Un examen médical, aux frais de ce dernier, peut être demandé.

L'adhésion à l'assurance est constatée par un certificat

d'adhésion qui mentionne notamment :

- ⊙ Le numéro d'adhésion,
- ⊙ La date d'effet de l'adhésion,
- ⊙ Les nom et prénom(s) de l'Adhérent,
- ⊙ La zone de couverture,
- ⊙ Le pack choisi : « Basic », « Medium », « Advanced ».

2.2 Date d'effet et renouvellement

Pour l'Adhérent, l'assurance prend effet à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion pour une période se terminant le 31 décembre suivant la date d'effet de l'adhésion.

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction, chaque 1^{er} janvier, pour une durée de douze (12) mois, sauf résiliation par l'Assuré au moyen d'une lettre recommandée envoyée à l'Association souscriptrice au plus tard le 31 octobre précédent la date de renouvellement, la résiliation devenant effective au 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle est notifiée.

L'adhésion peut également prendre fin dans l'un des cas suivants :

- ⊙ **en cas de non-paiement des cotisations par l'Adhérent,**
- ⊙ **a la date à laquelle l'Assuré n'est plus Adhérent à l'association souscriptrice,**
- ⊙ **en cas de résiliation du contrat d'assurance groupe relatif à la présente notice d'information,**
- ⊙ **suite à la dissolution de l'Association souscriptrice.**

2.3 Renonciation en cas de démarchage ou de vente à distance

L'Association souscriptrice s'engage à communiquer à l'Adhérent ayant acquis la qualité d'Assuré les informations concernant le droit à renonciation en cas de démarchage ou de vente à distance du contrat, objet de la présente notice d'information.

En cas de démarchage

L'Association souscriptrice communique à l'Adhérent les informations concernant le droit à rétractation en cas de démarchage à domicile ou lieu de travail lorsque ce dernier signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle. L'Adhérent dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires à compter de la date de conclusion du contrat pour exercer son droit à renonciation selon les dispositions de l'article L.221-18-1 du code de la mutualité en cas d'adhésion réalisée dans le cadre d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande.

En cas de vente à distance

Le contrat est vendu à distance s'il est conclu au moyen d'une ou plusieurs techniques de commercialisation à

distance, notamment vente par correspondance ou Internet.

Conformément à l'article L.221-18 du Code de la mutualité, l'Adhérent ayant adhéré à distance, à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité commerciale ou professionnelle, à un contrat collectif à adhésion facultative, dispose d'un délai de quatorze (14) jours calendaires révolus pour y renoncer, sans avoir à justifier de motif ni à supporter de pénalités. Ce délai commence à courir :

- soit à compter du jour où l'adhésion a pris effet ;
- soit à compter du jour où l'intéressé reçoit les conditions d'adhésion et les informations conformément à l'article L. 222-6 du Code de la consommation, si cette dernière date est postérieure à celle de l'adhésion.

Le jour de la conclusion du contrat correspond à la date de prise d'effet de l'adhésion.

Conformément à l'article L.223-8 du Code de la mutualité, tout Assuré qui a signé une demande d'adhésion concernant une garantie décès a la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant un délai de trente jours calendaires révolus à compter du jour où il est informé que l'adhésion a pris effet. Le jour de la conclusion du contrat correspond à la date de prise d'effet de l'adhésion.

Le droit de renonciation ne s'applique pas lorsque le contrat a été exécuté intégralement par les deux parties à la demande expresse de l'Adhérent, avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation.

Modalités de renonciation en cas de démarchage ou de vente à distance

Pour exercer son droit à renonciation, l'Adhérent doit adresser à l'Organisme assureur par l'intermédiaire de Crystal Mobility, 939 rue de la Croix Verte, 34090 Montpellier, France, une lettre recommandée avec avis de réception rédigée dans laquelle il formalise sa volonté de renoncer à son adhésion. Il peut utiliser le modèle suivant :

« Par la présente lettre avec avis de réception, je soussigné(e).. (Nom, prénom, adresse) déclare renoncer à mon adhésion au contrat N°MGENIB1100068NNP que j'ai signé le ... à(Lieu d'adhésion) et demande le remboursement du versement que j'ai effectué, soit la somme de ... € [Montant en EUR]. Le ...(Date / signature) ».

Effets de la renonciation (démarchage, vente à distance ou à réception du certificat d'adhésion)

L'Organisme assureur, par l'intermédiaire du Délégué de gestion, procède alors au remboursement des cotisations versées dans un délai de trente (30) jours calendaires à compter de la date de réception de la lettre recommandée avec avis de réception. L'adhésion est réputée n'avoir jamais existé et les garanties ne jouent pas, et ce dès réception par l'Organisme assureur, par

l'intermédiaire du Délégué de gestion, de la lettre de renonciation en recommandée avec demande d'avis de réception. Au-delà du délai de trente (30) jours, la somme due est, de plein droit, productive d'intérêts au taux légal.

3- Dispositions complémentaires

3.1 Prescription

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- ⊗ En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où l'Organisme assureur en a eu connaissance ;
- ⊗ 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 l'Organisme assureur 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 l'Adhérent ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

En application de l'article L.221-12 du Code de la mutualité, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (à savoir notamment la demande en justice et la reconnaissance des droits de l'Adhérent par l'Organisme assureur) et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Organisme assureur à l'Adhérent, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par l'Adhérent, le bénéficiaire ou l'ayant droit à l'Organisme assureur, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

La prescription est portée à dix ans lorsque, pour les opérations sur la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas le membre participant (Adhérent) et dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit du membre participant décédé.

La prescription peut être interrompue par les causes ordinaires d'interruption de la prescription énoncées aux articles 2240 et suivants du Code civil :

- ⊗ La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (art. 2240 du code civil),
- ⊗ La demande en justice (art. 2241 à 2243 du code civil),
- ⊗ Une mesure conservatoire prise en application du code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (art.2244 du code civil),
- ⊗ L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte

d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait (art.2245 du code civil),

- ⊗ **L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (art. 2246 du code civil).**

3.2 Recours

L'Organisme assureur est subrogé de plein droit au bénéficiaire des prestations 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 dans la limite des dépenses que l'Organisme assureur a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par l'Organisme assureur n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même, en cas d'accident suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des Ayants droit leur demeure acquise, sous la même réserve. Si le Bénéficiaire des prestations a été directement indemnisé par le tiers, le reversement des prestations versées par l'Organisme assureur est exigé.

Le Bénéficiaire des prestations qui, par négligence ou abandon volontaire, rend la récupération impossible, est tenu de rembourser les prestations perçues.

3.3 Convention de délégation de gestion

Une convention de délégation de gestion précise les opérations relatives au contrat relatif à la présente notice d'information que l'Organisme assureur délègue à **ExpaTPA, 142 RUE DE RIVOLI 75001 PARIS**, en matière de déclaration, de reversement des cotisations, de constitution des dossiers et d'établissements de statistiques.

3.4 Protection des données à caractère personnel

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (dit Règlement général sur la protection des données), dans le cadre de la gestion du contrat d'assurance les données à caractère personnel de l'Adhérent pourront être transférées à l'Organisme assureur, ses délégataires, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs. Les Adhérents sont informés que des traitements les concernant, ainsi que ceux de leurs éventuels bénéficiaires, sont mis en œuvre dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du présent contrat d'assurance ainsi que pour sa gestion commerciale. Elles pourront aussi être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle, de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, de recherche des

bénéficiaires de contrats décès non réglés, d'exécution des dispositions légales et réglementaires, et ce, en application du présent contrat.

Les données collectées sont indispensables à la mise en œuvre de ces traitements et sont destinées aux services concernés de l'Organisme assureur et son Délégué de gestion ainsi que, le cas échéant, à ses sous-traitants, prestataires ou partenaires. L'Organisme assureur est tenu de s'assurer que ces données sont exactes, complètes et, le cas échéant, mises à jour. Les données collectées seront conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée des prescriptions légales ou dans le respect des durées prévues par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Ces données personnelles pourront faire l'objet de transferts vers des prestataires de services ou des sous-traitants établis dans des pays situés hors de l'Union Européenne. Ces transferts ne pourront concerner que des pays reconnus par la Commission Européenne comme disposant d'un niveau de protection adéquat des données à caractère personnel, ou des destinataires présentant des garanties appropriées.

Les Adhérents et/ou les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de leurs données, de portabilité, d'opposition aux traitements, ainsi que du droit de définir des directives sur leur sort après leur décès. Ils peuvent exercer leurs droits auprès du **Délégué à la Protection des Données du Groupe VYV : Tour Montparnasse – 33, avenue du Maine – BP 245 – 75755 Paris Cedex 15** ou dpo@groupe-vyv.fr ou dpo@vyv-ib.com. Lors de l'exercice de leurs droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée. En cas de litige persistant, ils disposent d'un droit de saisir la CNIL sur www.cnil.fr ou à **3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex 7, France**.

Les données relatives à l'état de santé des Adhérents, dont le traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des obligations et de l'exercice des droits propres à l'Organisme assureur ou aux Adhérents eux-mêmes en matière de droit à la protection sociale, peuvent être traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution dudit contrat. Ces données sont exclusivement destinées au service médical du Délégué de gestion. L'exercice de droits s'effectue par courrier, après production d'un titre d'identité, à l'attention du médecin conseil de medical@vyv-ib.com.

3.5 Renseignements - Réclamation - Médiation

Pour tout renseignement ou réclamation relatifs au contrat, objet de la présente notice d'information, et indépendamment du droit pour l'Adhérent de poursuivre l'exécution du contrat en justice en cas de contestation, il peut s'adresser à **ExpaTPA, 142 RUE DE RIVOLI 75001 PARIS**, France, contact@expatpa.com dans les cas ci-dessous :

- ⊗ Renseignements et réclamation sur les conditions d'admission dans l'assurance

- Renseignement et réclamation sur le règlement des cotisations
- Renseignement et réclamation en cas de sinistre

Il sera accusé réception de la réclamation dans les dix (10) jours de sa réception, sauf si la réponse elle-même vous est apportée dans ce délai. En tout état de cause, conformément à législation applicable, une réponse vous sera adressée avant l'expiration d'un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation.

Après réponse, si la réclamation n'était pas réglée, l'Adhérent ou les bénéficiaires peuvent écrire en joignant la copie des réponses écrites qui leur ont été faites à : **VYV International Benefits – Service Relations Clientèle, 7 Square Max-Hymans 75748 Paris cedex 15. Courriel : clients@vyv-ib.com.**

Après épuisement de toute procédure de traitement des réclamations, le réclamant peut saisir le médiateur MGEN par écrit et adresser sa réclamation par voie postale à : **CNPM - MÉDIATION – CONSOMMATION, 27 Avenue de la Libération 42400 SAINT-CHAMOND** ou sur le site internet dédié : <https://www.cnpm-mediation-consommation.eu>.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux compétents. Le Médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance. Les conditions et modalités d'intervention de la médiation peuvent être consultées sur le site internet dédié à la médiation sur <https://www.cnpm-mediation-consommation.eu>.

3.6 Fausse déclaration

INDEPENDAMMENT DES CAUSES ORDINAIRES DE NULLITE, TOUTE RETICENCE OU FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE DE LA PART DE L'ADHERENT ENTRAINE LA NULLITE DU CONTRAT (ART. L.221-14 DU CODE DE LA MUTUALITE), QUAND CETTE RETICENCE OU CETTE FAUSSE DECLARATION CHANGE L'OBJET DU RISQUE OU EN DIMINUE L'OPINION POUR L'ORGANISME ASSUREUR, ALORS MEME QUE LE RISQUE OMIS OU DENATURE PAR L'ADHERENT A ETE SANS INFLUENCE SUR LA REALISATION DU RISQUE.

TOUTE RETICENCE OU FAUSSE DECLARATION INTENTIONNELLE DE LA PART DE L'ADHERENT ENTRAINE L'APPLICATION DES SANCTIONS PREVUES A L'ART. L. 221-14 DU CODE DE LA MUTUALITE : LES COTISATIONS PAYEES DEMEURENT ACQUISES A L'ORGANISME ASSUREUR QUI A LE DROIT, A TITRE DE DEDOMMAGEMENT, AU PAIEMENT DE TOUTES LES COTISATIONS ECHUES ; L'ADHERENT DOIT REMBOURSER LES INDEMNITES VERSEES A L'OCCASION DES SINISTRES QUI ONT AFFECTE SON CONTRAT.

POUR LES OPERATIONS INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES FACULTATIVES, L'OMISSION OU LA DECLARATION INEXACTE DE LA PART DE L'ADHERENT DONT LA MAUVAISE FOI N'EST PAS ETABLIE N'ENTRAINE PAS LA NULLITE DE LA GARANTIE PREVUE AU BULLETIN D'ADHESION OU AU

CONTRAT COLLECTIF (ART. L.221-5 DU CODE DE LA MUTUALITE).

SI L'OMISSION OU LA FAUSSE DECLARATION NON INTENTIONNELLE EST CONSTATEE AVANT TOUT SINISTRE, L'ORGANISME ASSUREUR A LE DROIT A LE DROIT DE MAINTENIR L'ADHESION MOYENNANT UNE AUGMENTATION DE COTISATION ACCEPTEE PAR L'ADHERENT. A DEFAUT D'ACCORD DE CELUI-CI, LE BULLETIN D'ADHESION OU LE CONTRAT PREND FIN DIX (10) JOURS APRES NOTIFICATION ADRESSEE A L'ADHERENT PAR LETTRE RECOMMANDEE. L'ORGANISME ASSUREUR RESTITUE A CELUI-CI LA PORTION DE COTISATION PAYEE POUR LE TEMPS OU LA GARANTIE NE COURT PLUS (ART. L.221-15 DU CODE DE LA MUTUALITE).

SI L'OMISSION OU LA FAUSSE DECLARATION NON INTENTIONNELLE N'EST CONSTATEE QU'APRES LA REALISATION DU RISQUE, LA REDUCTION DES PRESTATIONS DANS LE RAPPORT ENTRE LA COTISATION PAYEE ET CELLE QUI AURAIT DU L'ETRE SI LA DECLARATION DE L'ADHERENT AVAIT ETE CONFORME A LA REALITE (ART. L.211-15 DU CODE DE LA MUTUALITE).

3.7 Clause de limitation

L'Organisme assureur ne sera pas tenu comme engagé par la couverture d'une garantie d'assurance, ni par le règlement d'un sinistre ou la fourniture de prestations au titre des présentes dispositions si cette couverture, ce règlement ou ces prestations l'exposent à une quelconque sanction, interdiction ou restriction au titre de résolutions des Nations-Unies en matière de sanctions économiques ou commerciales, ou en vertu des lois et réglementations de l'Union Européenne, des Etats-Unis d'Amérique ou de toute autre juridiction.

3.8 Compétence des tribunaux et langue du contrat

Les tribunaux compétents sont les tribunaux français. La langue utilisée au titre du contrat relatif à la présente notice d'information est la langue française.

3.9 Autorité de contrôle des assurances

L'organisme de contrôle de l'Organisme assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 4 place de Budapest – 75436 Paris Cedex 09 – France.

Section 2 - Les Assurés

4- Adhérents

Peuvent adhérer au contrat relatif à la présente notice d'information les personnes expatriées adhérentes à l'Association souscriptrice, âgées de 18 à 65 ans, et vivant en dehors de leur pays d'origine.

5- Conditions d'admission

La demande d'adhésion au contrat, faisant l'objet de la présente notice, se fait au moyen d'un bulletin individuel d'affiliation intégrant un **questionnaire médical au titre de la garantie décès** destiné au Médecin conseil, daté et signé par le candidat à l'assurance.

Ce bulletin individuel d'affiliation précise l'identité, les éléments nécessaires à la détermination de la couverture et au calcul de la cotisation, et le consentement de l'Adhérent à l'assurance. Le candidat à l'assurance reconnaît avoir pris connaissance de la notice d'information.

L'acceptation de l'Organisme assureur est notifiée à l'Adhérent par l'intermédiaire de l'Association souscriptrice. L'Organisme assureur se réserve la possibilité de subordonner leur acceptation à la production de toute information complémentaire qu'il juge nécessaire.

L'Organisme assureur, au vu des documents et renseignements reçus, peut préciser sur le certificat d'adhésion, une fois l'affiliation acceptée par l'Assureur, un tarif révisé comparé à celui mentionné initialement sur le document d'adhésion. Le candidat à l'Assurance peut alors la refuser en adressant à l'Organisme assureur une lettre recommandée avec avis de réception dans un délai de trente (30) jours à compter de la date de réception du certificat d'adhésion, le cachet postal faisant foi.

La renonciation prend effet le premier jour du mois civil suivant la notification de refus du candidat. A défaut de réponse dans les trente (30) jours, l'Organisme assureur considère que l'Adhérent a accepté les nouvelles conditions proposées.

L'Adhérent prend la qualité d'Assuré une fois admis à l'Assurance. Cette admission se formalise par l'envoi d'un certificat d'adhésion. L'Adhérent s'oblige à justifier à tout moment ses déclarations via l'envoi des justificatifs correspondants à sa situation.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte par l'Adhérent, l'Organisme Assureur est en droit, en application des articles L.221-14 et L.221-15 du Code de la mutualité, soit d'invoquer la nullité du contrat, soit d'en poursuivre l'exécution aux nouvelles conditions qu'il fixera.

6- Entrée en vigueur des garanties

Lorsque le contrat relatif à la présente notice d'information a pris effet, les garanties sont effectives pour chaque Adhérent, qui prend la qualité d'Assuré aux dates suivantes :

6.1 Personne affiliée lors de la prise d'effet du contrat : dès cette dernière date.

6.2 Personne affiliée postérieurement à la date d'effet du contrat : à sa date d'entrée dans la catégorie de personnes à assurer mentionnée sur le certificat d'adhésion, ou à la date de réception du bulletin individuel d'affiliation.

6.3 Champ d'application territorial des garanties

Les garanties peuvent intervenir dans le monde entier à l'exclusion des zones territoriales suivantes :

Algérie	Wilaya: 01, 08, 11, 12, 30, 33, 37, 39, 41
Birmanie	Rakhine, Shan and Kachin
Cameroun	Nord, Extreme Nord, Adamaoua
Ethiopie	Somali, Gambela
Géorgie	Ossétie du Sud, Abkhazie
Inde	Jammu-et-Cachemire
Iran	Sistan-et-Baloutchistan
Israël	Cisjordanie, Gaza
Malaisie	Sabah
Maroc	Sahara Occidental Adrar, Hodh Ech Chargui, Hodh El Gharbi, Tagant,
Mauritanie	Tiris Zemmour
Pérou	Loreto
Philippines	Regions: IX, X, XI, XI ARMM
Russie	Caucase du Nord
Tchéchénie	Caucase du Nord
Thaïlande	Yala, Pattani, Narathiwat, Songkhla
Tunisie	Governorats: Medenine Tataouine

7- Cessation ou suspension des garanties

Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, Une fois admis à l'Assurance et sous réserve des sanctions prévues par le Code de la mutualité en cas de fausse déclaration, l'Adhérent ne peut en être exclu tant qu'il remplit les conditions pour en bénéficier.

Les garanties cessent en tout état de cause :

7.1 Pour chaque Adhérent :

- ⊗ à l'initiative de l'adhérent en cas de résiliation annuelle de son contrat d'assurance. Pour cela il doit dans un délai de deux (2) mois avant la date d'échéance informer l'organisme assureur par l'intermédiaire de l'association souscriptrice par lettre recommandée,
- ⊗ en cas de fausse déclaration conformément à l'article 3.6 de la présente notice d'information,
- ⊗ dès que l'Adhérent cesse d'appartenir à la catégorie de personnes assurées à laquelle le contrat objet de

la présente notice d'information s'applique,

- ⑤ en cas de non-paiement des cotisations et dans le respect des dispositions correspondantes du Code de la mutualité,
- ⑤ a la date à laquelle l'Assuré n'est plus adhérent à l'association souscriptrice,
- ⑤ à l'âge de cessation fixé pour chacune des garanties,
- ⑤ en cas de décès de l'Adhérent,
- ⑤ en cas de dissolution de l'Association souscriptrice ou de liquidation judiciaire de l'Organisme assureur,
- ⑤ en cas de résiliation du contrat d'assurance groupe santé souscrit par l'Association couvrant l'assuré,
- ⑤ au plus tard à la date de l'attribution de la pension vieillesse d'un régime de sécurité sociale.

7.2 Pour la totalité des Assurés :

- ⑤ à la date de prise d'effet de la résiliation du contrat d'assurance objet de la présente notice d'information, à l'initiative de l'Association souscriptrice ou de l'Organisme assureur.

Section 3 - Les garanties

8- Définitions préalables

Les termes et expressions utilisés dans la présente notice d'information ont le sens mentionné ci-dessous :

Accident : Il faut entendre par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine et inattendue d'une cause extérieure, à l'exclusion d'une maladie aiguë ou chronique. La preuve de l'accident incombe au(x) bénéficiaire(s) des prestations et toute classification d'un autre organisme et notamment de la Sécurité Sociale ne saurait être opposable à l'Organisme assureur.

Adhérent : est le membre de l'Association souscriptrice ayant adhéré au contrat, objet de la présente notice d'information et acquittant sa cotisation.

Année d'assurance : période de couverture garantie par l'Organisme assureur et mentionnée sur le certificat d'adhésion.

Assuré : personne physique adhérente au contrat pour laquelle une cotisation est payée et sur laquelle repose le risque. Il s'agit de l'Adhérent.

Association souscriptrice : la personne morale qui signe le contrat, objet de la notice d'information, au bénéfice de ses Adhérents. Il s'agit de l'association APREVI régie par la loi du 1er Juillet 1901, 18 Place de la Madeleine, 75008 Paris, France.

Bénéficiaire : le bénéficiaire du Capital décès est celui qui a été désigné par l'Assuré dans la Clause bénéficiaire.

Certificat d'adhésion : document qui précise les garanties

accordées par l'Organisme assureur et les données concernant l'Adhérent.

Conjoint (pouvant être amené à bénéficier de prestations) : conjoint par mariage ou la personne liée à l'Assuré par un Pacte civil de solidarité (PACS), la situation du concubin est examinée au cas par cas; des enquêtes pourront être menées dans le respect des législations nationales.

En tout état de cause, par concubin, il faut entendre la personne vivant avec l'Assuré et remplissant avec ce dernier les trois conditions cumulatives suivantes :

- ⑤ qu'ils soient tous deux libres de tout lien matrimonial, ou séparés de droit
- ⑤ que le concubinage ait été déclaré par l'Assuré lors de son affiliation, ou dans les six mois suivant l'organisation de la vie commune si celle-ci est postérieure à la date de l'affiliation de l'Assuré, avec production d'un certificat attestant de cette situation régie par des dispositions légales ou réglementaires en vigueur.
- ⑤ que soit justifié que la situation de vie commune ainsi déclarée a été notoire et permanente jusqu'à la date de l'événement mettant en jeu la garantie.

Une seule personne sera prise en charge en tant que bénéficiaire. En outre, pour la détermination des capitaux décès, la preuve de vie maritale devra dater de plus d'un an à la date du sinistre.

Déléataire de gestion : personne morale qui se voit confier par l'Organisme assureur, pour une durée limitée éventuellement reconductible, la réalisation, pour son compte, d'actes juridiques, de prestations ou d'activités déterminées concourant à l'accomplissement de ses missions. Dans le cadre du contrat, objet de la présente notice d'information, il s'agit de **ExpaTPA, 142 RUE DE RIVOLI 75001 PARIS**.

Organisme assureur : l'organisme d'assurance qui couvre le risque garanti, soit **MGEN, 3-7 Square Max Hymans, 75748 PARIS Cedex 15**, régie par le Code de la Mutualité, SIREN 441 922 002.

PACS : Pacte Civil de Solidarité au sens des articles 515-1 et suivants du Code civil.

Questionnaire médical : document retraçant les antécédents médicaux permettant au Médecin conseil d'évaluer le risque assurable. Il doit dater de moins de 60 jours à la date de l'adhésion.

Sécurité sociale : tout régime de sécurité sociale dont peut dépendre l'Assuré.

9- Bénéficiaires en cas de décès de l'Assuré

Sauf en cas de désignation de bénéficiaire particulière (imprimé « Désignation de bénéficiaire » à remplir au moment de l'adhésion), les capitaux garantis en cas de décès de l'Assuré sont attribués par ordre de préférence :

- ⑤ au Conjoint non séparé de corps de l'Assuré marié à la date du décès,
- ⑤ à défaut, au partenaire lié à l'Assuré par un Pacte Civil de Solidarité (PACS), à défaut au concubin,
- ⑤ à défaut, aux enfants de l'Assuré nés ou à naître, par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant à ses propres enfants ou à ses frères et sœurs s'il n'a pas d'enfant,
- ⑤ à défaut, aux père et mère, par parts égales entre eux, ou au survivant en cas de prédécès,
- ⑤ à défaut, aux héritiers par parts égales entre eux.

L'Assuré peut à tout moment, modifier l'ordre ci-dessus et désigner toute(s) personne(s) physique(s) ou morale(s) de son choix par acte sous seing privé ou par acte authentique. Il devra informer l'Organisme assureur par écrit de la désignation de bénéficiaire(s).

Le ou les changements de bénéficiaires doivent être portés à la connaissance de l'Organisme assureur de manière identique, la clause bénéficiaire pouvant notamment être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée.

Conformément à l'article L. 223-7 du Code de la Mutualité, une garantie en cas de décès ne peut être contractée sur la tête d'un mineur parvenu à l'âge de douze (12) ans par une personne autre que celui de ses parents qui est investi de l'autorité parentale, son tuteur ou son curateur sans l'autorisation de l'un de ceux-ci.

Lorsque que le bénéficiaire est nommément désigné, l'Assuré doit mentionner les coordonnées de ce dernier afin que l'Organisme assureur puisse les utiliser en cas de décès.

La désignation d'un bénéficiaire devient irrévocable par l'acceptation de ce dernier dans les conditions prévues à l'article L.223-10-1 du Code de la mutualité. L'acceptation, faite par acte authentique ou sous seing privé signé par l'Assuré et le bénéficiaire, devra être notifiée à l'Organisme assureur pour prendre effet.

Lorsque la désignation personnelle est caduque, la désignation type ci-dessus est applicable.

En cas de décès d'un Assuré et du ou de plusieurs bénéficiaires désignés au cours d'un même évènement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, l'Assuré est présumé avoir survécu pour la détermination des bénéficiaires du capital.

10- Garanties

10.1 Module décès toutes causes, perte totale et irréversible d'autonomie, décès accidentel, double effet

10.1.1 Capital en cas de décès toutes causes ou de perte totale et irréversible d'autonomie

Un capital est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en cas de décès de l'Assuré jusqu'à son 65^{ème} anniversaire, dont le montant est fixé comme suit, au choix :

- ⑤ **Capital 1 : 50 000 €**
- ⑤ **Capital 2 : 100 000 €**
- ⑤ **Capital 3 : 150 000 €**
- ⑤ **Capital 4 : 200 000 €**
- ⑤ **Capital 5 : 250 000 €**
- ⑤ **Capital 6 : 300 000 €**
- ⑤ **Capital 7 : 400 000 €**
- ⑤ **Capital 8 : 500 000 €**

Ce capital est versé par anticipation à l'Assuré lui-même en cas de perte totale et irréversible d'autonomie survenue avant son 60^{ème} anniversaire.

L'Assuré est réputé atteint de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA), lorsqu'il est reconnu par l'Organisme assureur comme présentant une invalidité réduisant d'au moins deux tiers sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire :

- ⑤ être hors d'état de se procurer dans une profession quelconque, un salaire supérieur au tiers de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie, dans la profession exercée avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité si celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme, et
- ⑤ être dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie - à savoir se nourrir, s'habiller, se laver, être continent, se déplacer (d'un lit à une chaise, et à l'intérieur dans des surfaces sans étages).

La date de survenance de la perte totale et irréversible d'autonomie est fixée au jour de la reconnaissance par le médecin conseil de l'Organisme assureur, sans que cette date puisse être antérieure à celle de réception de la demande par l'Organisme assureur.

Lorsque ce capital est versé par anticipation, l'Assuré ne bénéficie plus de la garantie en cas de décès au titre du présent article.

La garantie Décès toutes causes cesse à l'âge de 65 ans.

La garantie PTIA toutes causes cesse à l'âge de 60 ans.

Cette garantie inclut l'exonération du paiement de la cotisation et le maintien de la garantie Décès et PTIA

toutes causes si le module Indemnités journalières, Rente d'Invalidité est souscrit.

Les pièces justificatives à fournir en cas de décès sont mentionnées à la Section 5.

10.1.2 Capital supplémentaire en cas de décès toutes causes ou de perte totale et irréversible d'autonomie par suite d'accident

Lorsque le décès de l'Assuré est consécutif à un accident, à condition toutefois qu'il survienne au plus tard un (1) an après la date de l'accident, un capital supplémentaire dont le montant est égal au capital choisi pour le décès toutes causes (10.1.1)

Toutefois, ce capital est versé par anticipation à l'Assuré lui-même, celui-ci n'étant alors plus garanti en cas de décès accidentel, si avant son 60^{ème} anniversaire et dans les trois (3) ans suivant la date de l'Accident survenu dans les conditions précitées, il est reconnu en état de perte totale et irréversible d'autonomie au sens de l'article 10.1.

Pour ouvrir droit à la prestation, tout Accident susceptible d'entraîner le versement anticipé du capital doit être déclaré dans les six (6) mois de sa survenance. Les bénéficiaires devront prouver le lien de cause à effet entre l'Accident et le décès. La charge de la preuve incombe aux bénéficiaires.

Lorsque ce capital a été versé par anticipation, l'Assuré ne bénéficie plus de la garantie en cas de décès accidentel au titre du présent article.

**La garantie Décès accidentelle cesse à l'âge de 65 ans.
La garantie PTIA accidentelle cesse à l'âge de 60 ans.**

Dans tous les cas, la déclaration de l'Accident devra comporter les informations détaillées sur la cause de l'accident et la nature des blessures.

10.1.3 Assurance en cas de décès du conjoint survivant – double effet

En cas de décès simultané ou postérieur du conjoint (ou de son concubin déclaré, à défaut de conjoint) âgé de moins de 65 ans et ayant au moins un enfant à charge, un capital supplémentaire est versé réparti entre les enfants restant à charge du conjoint décédé, par parts égales entre eux, dans la mesure où ils étaient précédemment à la charge de l'Assuré.

Le montant du capital est égal au montant du Capital décès toutes causes choisi.

En cas de décès de l'Assuré et de son conjoint survenant au cours d'un même événement, sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, le conjoint est présumé avoir survécu pour l'application de la présente garantie.

Cette garantie inclut l'exonération du paiement de la cotisation et le maintien de la garantie Double Effet si le

module Indemnités journalières et Rente d'Invalidité est souscrit.

10.1.4 Revalorisation du Capital à compter du décès de l'Assuré

Conformément Loi n° 2014-617 du 13 juin 2014 relative aux comptes bancaires inactifs et aux contrats d'assurance vie en déshérence dite « Loi Eckert » qui a renforcé le dispositif de revalorisation du capital décès, et conformément à l'article R132-3-1 du Code des assurances, entré en vigueur au 1er janvier 2016, le capital décès dû à des bénéficiaires personnes physiques donne lieu à une revalorisation annuelle.

Ce capital décès doit être revalorisé à compter de la date du décès de l'assuré et jusqu'à ce que l'Organisme assureur ait réceptionné l'ensemble des pièces nécessaires au règlement des capitaux décès ou à défaut, jusqu'au transfert des fonds à la Caisse des dépôts et consignation.

Entre la date du décès de l'assuré et la date de connaissance du décès par l'Organisme assureur :

le capital décès est revalorisé et produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants fixés par décret en Conseil d'État :

- soit la moyenne sur les douze (12) derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente ; ou
- soit le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

A compter de la date de connaissance du décès (obtention de l'acte de décès) et jusqu'à réception des pièces nécessaires au règlement, le capital décès est revalorisé et produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants fixés par décret en Conseil d'État :

- soit la moyenne sur les douze (12) derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente ; ou
- soit le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

L'Organisme assureur dispose d'un délai de quinze (15) jours à compter de la réception de l'avis de décès et de la prise de connaissance des coordonnées de chaque bénéficiaire pour lui demander de fournir la totalité des pièces nécessaires au paiement du capital. Dès réception de ces pièces justificatives, l'Organisme assureur dispose d'un délai d'un (1) mois pour procéder au règlement du capital.

10.2 Module Indemnités journalières, rente d'invalidité

10.2.1 Règles communes

La garantie a pour objet le service de prestations à caractère indemnitaire en cas d'incapacité totale de travail

ou d'invalidité d'un Assuré, par suite de maladie ou d'accident reconnu par l'Organisme assureur.

La garantie comporte le paiement :

- ⊙ d'indemnités journalières en cas d'arrêt total de travail,
- ⊙ d'une rente d'invalidité si l'Assuré est dans l'impossibilité physique ou mentale, totale ou partielle, d'exercer normalement une activité professionnelle.

En aucun cas, des indemnités journalières et une rente d'invalidité ne peuvent être versées simultanément.

Lorsqu'un Assuré bénéficie d'un droit à des prestations acquises ou nées au titre d'un régime collectif de prévoyance ou au titre d'un régime de Sécurité Sociale, celles-ci viennent en déduction des prestations de même nature dues le cas échéant par l'Assurance.

Franchise

Le droit aux prestations prend effet au terme d'un délai de franchise de soixante (60) ou quatre-vingt-dix (90) jours : ce délai commence à courir au premier jour de chaque arrêt de travail ; il est constitué d'une suite ininterrompue de journées d'incapacité totale de travail.

Délai de déclaration

L'arrêt de travail doit être porté à la connaissance de l'Organisme assureur avant le terme du délai de franchise.

L'arrêt de travail est considéré comme s'étant produit au jour de la déclaration si celle-ci intervient passé ce délai mais avant le sixième mois. Pour ouvrir droit aux prestations, les maladies ou accidents doivent être déclarés dans les six mois suivant l'arrêt de travail, sauf cas de force majeure. Les maladies ou accidents non déclarés dans le délai précité seront exclus de la garantie et à ce titre non-indemnisés.

L'Assuré fournira les pièces justificatives mentionnées à la section 5.

Revalorisation des prestations incapacité - invalidité

Le montant initial de l'Indemnité journalière et de la rente d'invalidité est revalorisé au plus tôt six mois jour pour jour après l'arrêt de travail de l'Assuré, en fonction des modifications de la valeur du point de retraite de l'AGIRC.

Le niveau des revalorisations successives est déterminé de telle façon que, le montant de la prestation et du traitement de référence soit augmenté, compte tenu du niveau des revalorisations déjà acquises, dans la même proportion et aux mêmes dates que la valeur du point précité par référence à la valeur en vigueur à la date d'arrêt de travail.

Toutefois, en cas de résiliation de l'adhésion ou de

suppression de la garantie dont est issue la prestation, les évolutions ultérieures du point de référence cessent d'être prises en compte ; le niveau des revalorisations est maintenu à celui atteint à la date de la résiliation ou de la suppression.

10.2.2 Indemnités journalières

Service et montant

En cas d'arrêt de travail d'un Assuré par suite d'incapacité totale survenu avant son 65^{ème} anniversaire, reconnu par l'Organisme assureur, ce dernier verse à l'Assuré des indemnités journalières. L'état d'incapacité ne doit pas relever d'un risque exclu.

Le montant des indemnités journalières est mentionné sur le certificat d'adhésion, et fixé comme suit :

- ⊙ **Indemnités journalières 1 (IJ 1) : 90 €/jour**
- ⊙ **Indemnités journalières 2 (IJ 2) : 120 €/jour**
- ⊙ **Indemnités journalières 3 (IJ 3) : 150 €/jour**
- ⊙ **Indemnités journalières 4 (IJ 4) : 200 €/jour**

Deux franchises peuvent être souscrites :

- ⊙ **60 jours**
- ⊙ **90 jours**

Les indemnités journalières cessent d'être dues :

- ⊙ en cas de reprise de travail à temps complet, ou lorsque l'Organisme assureur considère que l'Assuré est en état de reprendre une activité rémunérée à temps complet,
- ⊙ ou au 731^{ème} jour suivant la date de cessation du travail, la rente d'invalidité pouvant être ensuite attribuée à l'Assuré suivant les dispositions de la présente notice,
- ⊙ ou en cas de consolidation de l'invalidité permanente,
- ⊙ ou à la date d'attribution par un régime de Sécurité sociale ou équivalent d'une pension d'invalidité, d'une rente d'incapacité ou d'une pension de vieillesse d'un régime de base ou d'une pension pour inaptitude au travail,
- ⊙ ou à la fin du trimestre civil du 65^{ème} anniversaire de l'Assuré,
- ⊙ ou à la date du décès de l'Assuré.

Le congé légal de maternité ou de paternité n'ouvre pas droit au versement des indemnités journalières.

Les indemnités journalières sont réduites de moitié en cas de reprise à mi-temps d'une activité rémunérée ou lorsque l'Assuré est en état de reprendre à mi-temps une activité rémunérée.

Règlement de la prestation

Les indemnités journalières seront payées à l'Assuré à la fin de chaque mois.

Le premier paiement des indemnités journalières sera

effectué à la fin du mois suivant l'expiration du délai de franchise. Si l'incapacité prend fin dans le courant du mois, les indemnités journalières seront proportionnelles au nombre de jours écoulés dans ce mois.

Rechute

Si, après un arrêt de travail indemnisé par l'Organisme assureur, une reprise de travail dans la même activité que celle exercée avant l'incapacité/invalidité est suivie dans les deux mois d'un nouvel arrêt pour la même cause et reconnu comme tel par l'Organisme assureur, le délai de franchise n'est pas appliqué. Le service des prestations est repris sur les mêmes bases le premier jour ouvré d'arrêt total de travail.

10.2.3 Rente d'invalidité

Service

Si, avant son 60^{ème} anniversaire, l'Assuré est atteint d'une invalidité permanente totale ou partielle, il a droit au versement d'une rente d'invalidité. L'état d'invalidité ne doit pas relever d'un risque exclu.

L'état d'invalidité, apprécié par l'Organisme assureur en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'Assuré, ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle, doit réduire d'au moins un tiers la capacité de travail ou de gain de l'Assuré.

La rente est versée à l'Assuré par trimestre civil à terme échu. Il ne sera dû aucune fraction de rente au titre du trimestre civil au cours duquel l'Assuré décède.

La rente d'invalidité cesse d'être due dans l'un ou l'autre des cas suivants :

- ⊙ si l'état d'invalidité de l'Assuré ne répond plus aux conditions ci-dessus,
- ⊙ ou à la date d'attribution par un régime de Sécurité Sociale ou équivalent d'une pension de vieillesse ou d'une pension pour inaptitude au travail,
- ⊙ ou à la date du décès de l'Assuré,
- ⊙ et, au plus tard, au 60^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Montant

Le montant initial de la prestation est déterminé comme suit, lorsque l'Assuré est atteint d'une invalidité dont le degré « n » est supérieur à 33 %.

Le degré "n" d'invalidité est déterminé selon les dispositions figurant en annexe 1.

La prestation est alors égale aux montants ci-dessous :

- ⊙ **Rente d'invalidité 1 (RI 1): 32 850 €/an**
- ⊙ **Rente d'invalidité 2 (RI 2): 43 800 €/an**
- ⊙ **Rente d'invalidité 3 (RI 3): 54 750 €/an**
- ⊙ **Rente d'invalidité 4 (RI 4) : 73 000 €/an**

Le paiement de cette rente cesse en tout état de cause si :

- ⊙ le taux « n » d'invalidité devient inférieur ou égal à 33 %,
- ⊙ ou à la date d'entrée en jouissance d'une pension d'un régime de retraite,
- ⊙ ou à la date du décès de l'assuré.

Cette rente est réduite et est égale à $(n-33)\% / 33\%$ si le taux « n » d'invalidité est compris entre 33 % et 66 % et que l'assuré ne peut exercer aucune activité professionnelle.

Elle est servie en totalité si le taux « n » d'invalidité est de plus de 66 % et que l'assuré ne peut exercer aucune activité professionnelle. Aucune rente n'est due si le degré d'invalidité « n » est inférieur ou égal à 33 %.

11- Choix des modules

Seules les associations de Modules suivantes, appelées « Pack », sont possibles. Le choix est non dérogoire.

1) Pack « Basic » : Décès toutes causes seul (DC)

2) Pack « Medium » : Indemnités Journalières + Décès toutes causes (IJ + DC)

- a. Franchise à 60 jours
- ⊙ IJ 1 + capital 2
 - ⊙ IJ 2 + capital 3
 - ⊙ IJ 3 + capital 4
 - ⊙ IJ 4 + capital 6

- b. Franchise à 90 jours
- ⊙ IJ 1 + capital 2
 - ⊙ IJ 2 + capital 3
 - ⊙ IJ 3 + capital 4
 - ⊙ IJ 4 + capital 6

3) Pack « Advanced » : Indemnités Journalières + Rente d'invalidité + Décès toutes causes (IJ + RI + DC)

- a. Franchise à 60 jours
- ⊙ IJ 1 + RI 1 + capital 2
 - ⊙ IJ 2 + RI 2 + capital 3
 - ⊙ IJ 3 + RI 3 + capital 4
 - ⊙ IJ 4 + RI 4 + capital 6

- b. Franchise à 90 jours
- ⊙ IJ 1 + RI 1 + capital 2
 - ⊙ IJ 2 + RI 2 + capital 3
 - ⊙ IJ 3 + RI 3 + capital 4
 - ⊙ IJ 4 + RI 4 + capital 6

12 - Revalorisation des capitaux décès

En cas de décès de l'Assuré, le montant des prestations décès est revalorisé à compter de la date du décès de l'Assuré et jusqu'à la réception des pièces justificatives nécessaires au règlement du capital et au plus tard jusqu'au transfert à la Caisse des Dépôts et Consignations suivant les modalités prévues ci-après.

A compter de la date de connaissance du décès, le capital

garanti en cas de décès produit de plein droit intérêt, net de frais, pour chaque année civile, au minimum à un taux égal au moins élevé des deux taux suivants :

- ⑤ La moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'Etat français, calculée au 1er novembre de l'année précédente ;
- ⑤ Le dernier taux moyen des emprunts de l'Etat français disponible au 1er novembre de l'année précédente.

Les capitaux décès réglés à des personnes physiques sont revalorisés dans les conditions fixées à l'article L.223-2 du Code de la Mutualité. Conformément à l'Article L.223-25-4 du Code de la Mutualité, les sommes dues au titre d'un contrat d'assurance Vie, qui ne font pas l'objet d'une demande de versement du capital, sont déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations à l'issue d'un délai de dix (10) ans à compter de la date de prise de connaissance du décès de l'assuré par l'Organisme assureur.

Six (6) mois avant le transfert des sommes dues à Caisse des Dépôts et Consignations, l'Organisme assureur informe le(s) bénéficiaire(s), par tout moyen, de ce transfert. Durant vingt (20) ans à compter du transfert des sommes dues à la Caisse des Dépôts et Consignations, les bénéficiaires peuvent se rapprocher de cette dernière pour réclamer les sommes leur revenant. Passé ce délai, les sommes sont acquises à l'Etat.

13- Maintien des garanties au niveau atteint en cas d'incapacité totale de travail ou d'invalidité

Conditions d'application

En cas d'incapacité totale de travail ou d'invalidité d'un Assuré, les garanties en cas de Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Décès Accidentel, Double Effet et Rente Education, y compris le paiement anticipé du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie, lui sont maintenues dans les conditions suivantes :

Pour être reconnues comme telles, l'incapacité ou l'invalidité (grille jointe en annexe, où $n > 33\%$) doivent être de nature à ouvrir droit à des indemnités journalières ou à une rente d'invalidité.

Couverture

Les garanties Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Décès Accidentel, Double Effet et Rente Education maintenues sont celles en vigueur la veille du premier jour d'arrêt de travail de l'Assuré.

Déclaration

Pour que les Assurés puissent bénéficier de la poursuite des garanties, les arrêts de travail doivent être déclarés à l'Organisme assureur dans les six (6) mois suivant l'arrêt de travail et, en tout état de cause, en cas de résiliation, dans les trois (3) mois suivant la date de cessation du contrat.

Cessation

Outre les cas prévus par chacune d'elles, les garanties maintenues cessent à la date d'attribution d'une pension vieillesse d'un régime de base et, au plus tard, au 60^{ème} anniversaire de l'Assuré, ou dès le jour où il s'est écoulé une période de six mois pendant laquelle l'Assuré n'a pas produit de pièces justifiant de la continuité de l'arrêt.

En cas de reprise d'une activité professionnelle par l'Assuré même à temps partiel, l'exonération des cotisations Décès, Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Décès Accidentel et Double Effet n'est plus garantie.

14- Contrôle médical

Les médecins et experts désignés par l'Organisme assureur ont libre accès auprès de l'Assuré afin de pouvoir constater son état.

L'Organisme assureur peut refuser, interrompre ou réduire le droit aux prestations, en raison des conclusions de ses médecins et experts, indépendamment des décisions prises et des versements effectués par la Sécurité sociale ou tout autre organisme.

L'Assuré doit fournir toute pièce justificative et se prêter à toute expertise ou examen demandés par l'Organisme assureur, pour lui ou ses enfants à charge.

Les décisions de l'Organisme assureur prises en fonction des conclusions du médecin conseil sont notifiées à l'Assuré par courrier recommandé ; il peut en contester le bien-fondé dans les trente (30) jours suivant leur envoi au moyen d'une attestation médicale détaillée adressée à l'Organisme assureur par lettre recommandée.

En cas de désaccord sur l'état de santé de l'Assuré ou de ses enfants à charge, il peut être procédé à une expertise amiable et contradictoire par le médecin choisi par l'Assuré et le médecin délégué par l'Organisme assureur.

Si ces deux médecins ne peuvent parvenir à des conclusions communes ou s'il est décidé de procéder directement à un arbitrage, l'Assuré et l'Organisme assureur choisissent un médecin arbitre pour les départager.

Faute d'entente sur son choix, la désignation en est faite par voie judiciaire.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin et, par moitié, ceux du médecin arbitre.

Section 4 - Risques et prestations exclues

EXCLUSIONS GENERALES

SONT EXCLUES DE TOUTES LES GARANTIES :

RISQUES DE GUERRE

- ⑤ **LES CONSEQUENCES D'UNE GUERRE CIVILE OU NON, D'UNE INSURRECTION, D'UNE EMEUTE OU D'UN MOUVEMENT POPULAIRE, QUEL QUE SOIT LE LIEU OU SE DEROULENT CES EVENEMENTS ET QUELS**

QU'EN SOIENT LES PROTAGONISTES, SAUF SI LA PERSONNE GARANTIE N'Y PREND PAS UNE PART ACTIVE.

RISQUES AERIENS

- ⊙ LES CONSEQUENCES D'ACCIDENT SURVENU AU COURS DE LA PARTICIPATION DE L'ASSURE A DES COMPETITIONS, DEMONSTRATIONS AERIENNES, ACROBATIES, RAIDS, TENTATIVES DE RECORDS, VOLS SUR PROTOTYPES, VOLS D'ESSAIS, SAUTS EFFECTUES AVEC DES PARACHUTES NON HOMOLOGUES ET ACTIVITES DE NAVIGANT MILITAIRE.

PAR AILLEURS, LES CONSEQUENCES D'ACCIDENT DE LA NAVIGATION AERIENNE NE SONT GARANTIES QUE DANS LE CAS OU :

- ⊙ L'AERONEF UTILISE EST MUNI D'UN CERTIFICAT DE NAVIGABILITE EN COURS DE VALIDITE,
- ⊙ LES MEMBRES DE L'EQUIPAGE (DONT PEUT FAIRE PARTIE L'ASSURE) SONT TITULAIRES DE BREVETS, LICENCES ET QUALIFICATIONS EN COURS DE VALIDITE EXIGES POUR LES FONCTIONS QU'ILS OCCUPENT A BORD, COMPTE TENU DE L'AERONEF UTILISE ET DE LA NATURE DU VOL, ET POURVUS DES AUTORISATIONS SPECIALES LORSQU'ELLES SONT NECESSAIRES.

AUTRES RISQUES

- ⊙ LE SUICIDE DE L'ASSURE, AVANT UNE ANNEE CONTINUE D'AFFILIATION,
- ⊙ LES CONSEQUENCES DE MALADIE OU D'ACCIDENT QUI SONT LE FAIT VOLONTAIRE DE LA PERSONNE GARANTIE, DE MUTILATIONS VOLONTAIRES OU D'UNE TENTATIVE DE SUICIDE, SAUF LA PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE RESULTANT D'UNE TENTATIVE DE SUICIDE EFFECTUEE APRES DEUX ANNEES D'ASSURANCE,
- ⊙ LES CONSEQUENCES D'UN ATTENTAT OU D'UNE TENTATIVE D'ATTENTAT, SAUF SI LA PERSONNE GARANTIE N'Y PREND PAS UNE PART ACTIVE,

EXCLUSIONS SPECIFIQUES

AU TITRE DE LA GARANTIE CAPITAL EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE, EST EXCLUE :

- ⊙ L'INVALIDITE QUI RESULTE DE L'ETHYLISME OU DE L'USAGE DE STUPEFIANTS OU DE SUBSTANCES MEDICAMENTEUSES EN L'ABSENCE OU EN DEHORS DES LIMITES DE TOUTE PRESCRIPTION MEDICALE.

AU TITRE DE LA GARANTIE CAPITAL SUPPLEMENTAIRE EN CAS DE DECES ACCIDENTEL OU DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE PAR SUITE D'ACCIDENT, SONT EXCLUES LES CONSEQUENCES :

- ⊙ D'UNE OPERATION CHIRURGICALE NECESSITEE PAR UN ACCIDENT EXCLU DE L'ASSURANCE,
- ⊙ DE L'ETHYLISME, D'IVRESSE MANIFESTE OU S'IL EST

REVELE QU'AU MOMENT DE L'ACCIDENT, LA PERSONNE GARANTIE

- ⊙ DE L'ETHYLISME, D'IVRESSE MANIFESTE OU S'IL EST REVELE QU'AU MOMENT DE L'ACCIDENT, LA PERSONNE GARANTIE A L'ORIGINE DE L'ACCIDENT AVAIT UN TAUX D'ALCOOLEMIE EGAL OU SUPERIEUR AU TAUX CARACTERISANT L'ETAT D'ALCOOLEMIE REPREHENSIBLE EN VERTU DE LA LEGISLATION EN VIGUEUR DANS LE PAYS CONCERNE,
- ⊙ DE L'USAGE DE STUPEFIANTS EN L'ABSENCE DE TOUTE PRESCRIPTION MEDICALE,
- ⊙ DE LA PARTICIPATION A UN DUEL, UN CRIME, UN DELIT INTENTIONNEL OU UNE RIXE, SAUF LE CAS DE LEGITIME DEFENSE ET D'ASSISTANCE A PERSONNE EN DANGER,
- ⊙ DE LA PARTICIPATION A TOUS SPORTS ET COMPETITIONS A TITRE PROFESSIONNEL,
- ⊙ DE LA PARTICIPATION A DES ACTIONS MILITAIRES OU DE POLICE,
- ⊙ DE LA DETENTION, LA POSSESSION OU LA MANIPULATION PAR L'ASSURE D'ENGINS DE GUERRE OU D'UNE ARME DONT LA DETENTION EST INTERDITE A L'ENDROIT DE L'ACCIDENT,
- ⊙ D'UN ACTE DE BELLIGERANCE OU DE TERRORISME REVENDIQUE OU NON,
- ⊙ DE LA PARTICIPATION DE L'ASSURE A TOUTES COMPETITIONS (ET LEURS ESSAIS) COMPORTANT L'UTILISATION DE VEHICULES OU D'EMBARCATIONS A MOTEUR,
- ⊙ D'ACCIDENT RESULTANT DE LA PRATIQUE DU SAUT A L'ELASTIQUE AINSI QUE DE L'UTILISATION PAR L'ASSURE (Y COMPRIS EN QUALITE DE PASSAGER) DE DELTAPLANES, PARAPENTES, D'AVIONS ULTRA LEGERS MOTORISES ET DE TOUS AUTRES AERONEFS NON AGREES POUR EFFECTUER DU TRANSPORT PUBLIC,
- ⊙ LES CONSEQUENCES DE SINISTRE RESULTANT DIRECTEMENT OU INDIRECTEMENT DE LA DESINTEGRATION DU NOYAU ATOMIQUE,
- ⊙ DE LA PRATIQUE DE TOUTE ACTIVITE SPORTIVE EFFECTUEE EN INFRACTION MANIFESTE DES REGLES DE SECURITE DEFINIES PAR LES POUVOIRS PUBLICS OU LA FEDERATION SPORTIVE CONCERNEE, DE TELLE MANIERE QUE L'ASSURE NE POUVAIT IGNORER LE RISQUE,
- ⊙ D'ACCIDENT SURVENU AU COURS DE LA PARTICIPATION DE L'ASSURE A DES COMPETITIONS OU DEMONSTRATIONS AERIENNES, EXERCICES DE VOLTIGE, ACROBATIES, RAIDS, TENTATIVES DE RECORDS, VOLS SUR PROTOTYPES OU APPAREILS NON MUNIS D'UN CERTIFICAT DE NAVIGABILITE, VOLS D'ESSAIS, SAUTS EFFECTUES AVEC DES PARACHUTES NON HOMOLOGUES.

Aucune prestation n'est due pendant les périodes correspondant au congé de maternité, de paternité ou de congé sans solde.

Section 5 - Formalités en cas de sinistre

15- Déclaration des sinistres

Tout événement ne pourra ouvrir droit aux prestations que s'il est déclaré dans les délais ci-après :

- ⊙ En cas de décès toutes causes, le décès doit être déclaré dans les six (6) mois de sa survenance.
- ⊙ En cas de perte totale et irréversible d'autonomie, dans les six mois au plus tard suivant le jour de la constatation médicale de l'invalidité,
- ⊙ En cas de perte totale et irréversible d'autonomie par suite d'accident, dans les mêmes délais que ci-dessus et l'accident devant être déclaré dans les six (6) mois de sa survenance,
- ⊙ En cas d'arrêt de travail, l'arrêt de travail doit être porté à la connaissance de l'Organisme assureur avant le terme du délai de franchise et, au plus tard, dans les trois (3) mois suivant la date de cet arrêt si le délai de franchise est supérieur à trois (3) mois. Il est considéré comme s'étant produit au jour de la déclaration si celle-ci intervient passé ce délai mais avant le sixième mois. Sauf cas de force majeure, les maladies ou accidents non déclarés dans les six mois qui suivent l'arrêt de travail seront exclus de la garantie et à ce titre non-indemnisés,
- ⊙ En cas d'invalidité, la date de constatation médicale de l'invalidité doit être portée à la connaissance de l'Organisme assureur dans les trois (3) mois au plus tard.

Sauf cas de force majeure, les maladies ou accidents non déclarés dans les six mois qui suivent l'arrêt de travail seront exclus de la garantie et à ce titre non-indemnisés. En cas de résiliation de l'adhésion, ce délai est ramené à trois mois suivant la date de cessation des garanties.

16- Pièces justificatives

Afin d'obtenir le règlement des prestations, l'Assuré doit présenter à l'Organisme assureur le formulaire de demande de remboursement et les pièces justificatives ci-dessous :

En cas de décès

- ⊙ une copie de l'acte de naissance du défunt ou un extrait d'acte d'état civil,
- ⊙ l'acte de décès original,
- ⊙ un certificat médical, établi par un médecin, mentionnant la cause du décès,
- ⊙ le certificat d'assurance et le certificat d'adhésion de l'Assuré décédé,
- ⊙ un relevé d'identité bancaire,
- ⊙ si le décès intervient pendant un arrêt de travail, les volets de la Sécurité sociale mentionnant le paiement des indemnités journalières.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie

- ⊙ la constatation médicale de l'invalidité,
- ⊙ une photocopie du livret de famille,
- ⊙ le dernier avis d'imposition.

En cas de sinistre d'origine accidentelle

La déclaration comprendra toutes les informations concernant l'accident, notamment:

- ⊙ lieu, date et description détaillée des circonstances de l'accident,
- ⊙ noms et adresse des personnes impliquées,
- ⊙ noms et adresse des témoins et des personnes éventuellement responsables,
- ⊙ procès-verbal officiel délivré par les autorités locales (rapport de police ou autres documents pertinents),
- ⊙ une copie de l'acte de naissance du défunt ou un extrait d'état civil,
- ⊙ l'acte de décès original (en cas de décès accidentel uniquement),
- ⊙ un certificat médical, établi par un Médecin, mentionnant la cause du décès (en cas de décès accidentel uniquement),
- ⊙ le certificat d'assurance et le certificat d'adhésion de l'Assuré décédé (en cas de décès accidentel uniquement),
- ⊙ un certificat médical détaillé, établi par le Médecin traitant, mentionnant la cause de l'Invalidité, accompagné de tous les documents pertinents nécessaires en vue d'évaluer l'Invalidité (en cas d'invalidité accidentel uniquement).

En cas d'arrêt de travail

- ⊙ la déclaration d'incapacité-invalidité de travail dûment complétée par l'Employeur (cachet plus signature) précisant notamment le montant des salaires versés au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail,
- ⊙ l'attestation médicale dûment remplie par le médecin traitant, et adressée au médecin conseil de l'Organisme assureur, sous enveloppe portant la mention « Secret médical »,
- ⊙ l'avis de prolongation du médecin traitant.

Section 6 - Les cotisations

17- Calcul et règlement des cotisations

17.1 Montant des cotisations

La cotisation dépend de l'âge et du montant des garanties choisies. L'âge de l'Assuré retenu est celui atteint au 1er janvier. Ce montant sera révisé au 1er janvier de chaque année en fonction de l'âge pris en compte.

Les éventuels taxes et frais déterminés par la législation en vigueur seront ajoutés au montant de la cotisation et devront être intégralement réglés par l'Adhérent.

Toute demande de remboursement de prestations

intervenant pendant une période de non-paiement des cotisations sera refusée. En cas de réception des cotisations dans une autre devise, l'Organisme assureur se réserve le droit de retourner les fonds.

Le choix du Module Décès est impératif pour avoir accès aux garanties Indemnités Journalières et Rente d'invalidité.

Le choix de la garantie Indemnités Journalières est impératif pour avoir accès à la garantie Rente d'invalidité.

17.2 Modalités de paiement des cotisations par l'Adhérent

Les cotisations sont dues par l'Adhérent et sont payables **d'avance en euros (€) mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement** au choix de l'Adhérent à l'Association souscriptrice selon les modalités définies par cette dernière.

17.3 Révision et indexation annuelle des cotisations

Les taux de cotisations peuvent être modifiés périodiquement à chaque échéance annuelle en fonction de l'évolution démographique, en cas de modification des dispositions législatives et réglementaires et des résultats du contrat.

Lorsqu'une nouvelle tarification est établie par l'Organisme assureur, celle-ci doit être notifiée à l'Association souscriptrice quatre (4) mois avant la date prévue pour le renouvellement. **L'Association souscriptrice est tenue d'informer l'Adhérent trois (3) mois avant leur entrée en vigueur.**

En cas de désaccord, l'Adhérent pourra demander la résiliation de son attestation d'assurance par lettre recommandée **dans un délai de deux (2) mois à compter de la notification par l'Association souscriptrice.** La résiliation prendra effet au premier jour du mois suivant la réception de la lettre recommandée par l'Organisme assureur.

17.4 Défaut de paiement des cotisations

En cas de non-paiement de la cotisation ou d'une fraction de la cotisation, conformément à l'article L.221-8 du Code de la mutualité, une lettre recommandée est adressée à l'Adhérent, au moins dix (10) jours après l'échéance, l'informant qu'à l'expiration d'un délai de quarante (40) jours suivant l'envoi de la lettre, le non-paiement de sa cotisation entraîne, sans nouvel avis, sa radiation du contrat, objet de la présente notice d'information. Toute demande de prestations intervenant pendant la période de non-paiement sera refusée.

Annexe 1 - Détermination du degré « T » d'invalidité

Le degré « T » d'invalidité est fixé par expertise.

L'Organisme assureur désigne un médecin pour apprécier le degré d'invalidité de l'Assuré qui peut alors se faire assister de son médecin traitant. En cas de désaccord entre le médecin de l'Assuré et le médecin de l'Organisme assureur, il est procédé à un arbitrage comme il est indiqué à la section 4.

L'invalidité ouvrant droit au service des prestations est appréciée en fonction de :

- ⊗ l'incapacité fonctionnelle, physique ou mentale,
- ⊗ l'incapacité professionnelle.

Le taux d'incapacité fonctionnelle est établi de 0 à 100 % en dehors de toute considération professionnelle, sur la base de la diminution de capacité physique ou mentale consécutive à l'accident ou à la maladie.

Le taux d'incapacité professionnelle est ensuite établi de 0 à 100 % d'après le taux et la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de la profession et des possibilités d'exercice restantes, abstraction faite du montant des ressources de l'intéressé.

A partir du croisement des taux d'incapacité tant fonctionnelle que professionnelle, le taux d'invalidité « T » est déterminé d'après le tableau suivant :

	Taux d'incapacité fonctionnelle								
Taux d'incapacité professionnelle	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
10 %				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20 %			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30 %		30,00	36,54	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40 %	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50 %	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60 %	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70 %	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80 %	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90 %	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100 %	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

- ⊗ L'invalidité permanente est dite totale si le taux d'invalidité « T » est égal ou supérieur à 66 %.
- ⊗ L'invalidité permanente est dite partielle si le taux d'invalidité « T » est compris entre 33 % et 66 %.

Ce taux est révisable selon l'évolution de l'invalidité de l'Assuré.