

prévoyance



Cap

Convention
d'Assurance
et de Prévoyance

Notice comportant
les dispositions
des conditions générales

Cher Adhérent,

Vous avez choisi d'adhérer à la Convention d'Assurance et de Prévoyance afin de garantir votre sécurité et celle de votre famille.

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

Cap a été élaboré pour vous garantir des prestations financières en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité et pour assurer à vos proches des capitaux ou des rentes en cas de décès. Cap prévoit également et pour toute votre famille, le remboursement des frais de santé. Cap vous offre enfin la possibilité de préparer dès la vie active votre protection contre les conséquences financières d'une éventuelle perte d'autonomie.

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

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

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

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



François PIERSON
Président d'AGIPI

Sommaire

Dispositions générales

	Page
Article 1 Objet de la convention	4
Article 2 Définitions	4
Article 3 Durée et renouvellement	6
Article 4 Champ d'application	6
Article 5 Obligations de l'adhérent et de l'assuré	8
Article 6 Obligations d'AGIPI	9
Article 7 Délai et modalités de renonciation	9
Article 8 Loi informatique et liberté	9
Article 9 Prescription	9
Article 10 Modifications de la convention	10
Article 11 Service Adhérents	10
Article 12 Contrôle de l'assureur	10

Garanties en cas de décès ou d'invalidité permanente totale

Article 13 Capital décès viager	10
Article 14 Capital décès	12
Article 15 Capital supplémentaire en cas de décès par accident	12
Article 16 Rente viagère temporaire	13
Article 17 Rente éducation	13
Article 18 Pension de conjoint	14
Article 19 Invalidité permanente totale (IPT)	15
Article 20 Désignation des bénéficiaires et acceptation bénéficiaire	15
Article 21 Risques garantis et risques exclus	16

Garanties en cas d'incapacité de travail, d'invalidité, de maladies graves ou de perte d'autonomie

Article 22 Indemnités perte de revenu	16
Article 23 Complément régime professionnel	17
Article 24 Remboursement des frais professionnels	18
Article 25 Rente en cas d'invalidité totale ou partielle et complément viager	19
Article 26 Capital en cas d'invalidité totale ou partielle	20
Article 27 Relais autonomie	21
Article 28 Capital maladies graves	23
Article 29 Exonération du paiement des cotisations	24
Article 30 Risques garantis, risques exclus, limites de garanties	25

Garanties remboursement des frais de santé

Page

Article 31	Définition des garanties et bonification	27
Article 32	Risques garantis, risques exclus, limites de garanties	28
Article 33	Délai d'attente	29
Article 34	Subrogation	29

Cotisations

Article 35	Age de l'assuré.....	30
Article 36	Cotisations de la garantie capital décès viager.....	30
Article 37	Cotisations de prévoyance et de perte d'autonomie	31
Article 38	Cotisations des garanties remboursement des frais de santé	34
Article 39	Modalités de paiement des cotisations	35

Gestion des prestations

Article 40	Revalorisation des prestations en cours de service	35
Article 41	Modalités d'obtention des prestations	36

Gestion technique et paritaire de la convention

Article 42	Fonds de valorisation	38
Article 43	Comptes de participation	39
Article 44	Réserve de participation	40
Article 45	Réserve de stabilité	40
Article 46	Gestion administrative	40
Article 47	Dotations à l'association	40
Article 48	Comptes techniques	41
Article 49	Comité de Gestion Paritaire	41
Article 50	Comité Médical d'Evaluation	41
Article 51	Comité de Suivi des Rentes	41

Annexe

Tableau des garanties remboursement des frais de santé	42
--	----

Notice comportant les dispositions des conditions générales

Dispositions générales

■ Article 1 - *Objet de la convention*

Les présents contrats d'assurance de groupe contenus dans la présente notice (référence 3449-72 Ed. 01/2014), régis par le Code des assurances (branche 1 - accidents, branche 2 - maladie et branche 20 - vie-décès), sont souscrits par l'Association Générale Interprofessionnelle de Prévoyance et d'Investissement (appelée ci-après AGIPI) auprès des sociétés françaises d'assurance et d'assistance du Groupe AXA : AXA France Vie S.A., AXA Assurances Vie Mutuelle, AXA France IARD S.A., AXA Assurances IARD Mutuelle, en coassurance entre elles, au prorata de leurs chiffres d'affaires respectifs, ainsi qu'auprès d'Inter Partner Assistance (appelées ci-après l'assureur).

Ces contrats, réservés aux adhérents d'AGIPI, ont pour objet de garantir, **en fonction des options choisies par eux** :

- des prestations en cas d'incapacité totale de travail, d'invalidité, de maladies graves ou de décès de l'assuré, sous forme d'indemnités journalières, de rentes ou de capitaux,
- le remboursement des frais de santé occasionnés par une maladie ou un accident à l'assuré et à sa famille assurée, en complément des prestations versées par le régime obligatoire,
- le versement de prestations sous forme de rentes et des prestations de services et d'assistance à compter des 65 ans de l'assuré, en cas de perte d'autonomie de celui-ci.

Le contrat Cap C3449-72 comporte l'ensemble des garanties décrites dans la présente notice, à l'exclusion de la garantie "Remboursement des frais professionnels".

Le contrat Cap R3449-72 comporte la seule garantie "Remboursement des frais professionnels".

Le contrat Cap M3449-72, conforme aux dispositions de l'article 154 bis du Code général des impôts (loi Madelin), comporte les seules garanties suivantes : Rente viagère temporaire, Rente éducation, Pension de conjoint, Indemnités perte de revenu, Complément au régime professionnel, Remboursement des frais professionnels, Rente en cas d'invalidité totale ou partielle, Remboursement des frais de santé.

Les conditions particulières d'adhésion précisent de quel contrat relèvent les garanties souscrites par l'adhérent.

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

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

■ Article 2 - *Définitions*

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

Enfants à charge	Enfants de l'assuré âgés de moins de 26 ans, fiscalement à sa charge, que ces enfants soient légitimes, naturels ou adoptés.
Hospitalisation	Séjour d'au moins 24 heures prescrit par un médecin, dans un établissement hospitalier conventionné ou non (clinique, hôpital public ou privé), en vue d'y recevoir des soins qui ne pourraient être donnés valablement par un traitement hors d'un tel établissement. Pour bénéficier de la franchise hospitalisation, le séjour doit être supérieur au nombre de jours précisé dans les conditions particulières d'adhésion.
Maladie	Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale compétente et n'ayant pas pour origine un accident tel que défini ci-dessus.
Partenaire pacsé	La personne liée à l'assuré par un pacte civil de solidarité (PACS).

Garanties Remboursement des frais de santé

Base de remboursement	Tarif retenu par les régimes obligatoires dans l'application de la nomenclature CCAM ou NGAP (cf ci-dessous) comme référence pour le calcul du remboursement.
Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)	Nomenclature des actes techniques médicaux établie par le régime obligatoire.
Participation forfaitaire	Retenue à la source (telle que définie à l'article 20 de la loi du 13 août 2004) effectuée par le régime obligatoire et portant sur les consultations et les actes de biologie.
Famille assurée	— le conjoint, le concubin ou le pacsé ayant adhéré à la garantie remboursement des frais de santé dans la mesure où il bénéficie d'un régime de sécurité sociale, — le veuf (veuve) de l'adhérent ayant adhéré à la garantie remboursement des frais de santé sous réserve qu'il (elle) bénéficie d'un régime de sécurité sociale, — les enfants à charge immatriculés comme tels auprès de la sécurité sociale ou bénéficiant du régime Etudiants de la sécurité sociale et ayant adhéré à la garantie remboursement des frais de santé.
Forfait journalier hospitalier	Forfait prévu par la loi du 19 janvier 1983 et laissé par le régime obligatoire à la charge des assurés.
Hospitalisation	Séjour d'au moins 24 heures prescrit par un médecin, dans un établissement hospitalier conventionné ou non (clinique, hôpital public ou privé), en vue d'y recevoir des soins qui ne pourraient être donnés valablement par un traitement hors d'un tel établissement.
Lit accompagnant	Frais de séjour liés à l'accompagnant d'un enfant de moins de 12 ans hospitalisé.
Nomenclature	Répertoire établi par le régime obligatoire définissant tous les actes médicaux susceptibles d'être pratiqués et donnant lieu à remboursement par le régime obligatoire.
Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)	Nomenclature des actes techniques médicaux établie par le régime obligatoire sous forme de "Lettres clés" à laquelle s'est partiellement substituée la CCAM.
Pharmacie	Frais de médicaments et de petits appareillages délivrés en pharmacie sous ordonnance médicale et donnant lieu à remboursement partiel par le régime obligatoire.
Régime obligatoire	Régime d'assurance maladie français auprès duquel l'assuré est obligatoirement affilié et qui est précisé sur la demande d'adhésion (Régime Général, TNS, Alsace-Moselle...).
Tarif de convention	Tarif retenu par les régimes obligatoires dans l'application de la nomenclature NGAP comme référence pour le calcul du remboursement des soins ou prestations donnés par les prestataires médicaux ou facturés pour les frais de séjour par les établissements hospitaliers ayant adhéré à la convention nationale.
Ticket modérateur	Différence entre d'une part, la base de remboursement et, d'autre part, la participation forfaitaire, la majoration du ticket modérateur et le remboursement du régime obligatoire.
Transport	Le transport du malade ou de l'accidenté dès lors qu'il y a prise en charge par le régime obligatoire.

■ Article 3 - Durée et renouvellement

Cette convention entre AGIPI et l'assureur prend effet le 1^{er} janvier 2014, et se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant préavis de six mois par lettre recommandée.

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

Pour les garanties en cas de perte d'autonomie, de remboursement des frais de santé ou pour le capital décès viager, chaque assuré, garanti par la convention au moment de la résiliation, pourra le demeurer, sans limite d'âge, pour les garanties et les niveaux de prestations souscrits, et revalorisés dans les conditions fixées par la convention.

■ Article 4 - Champ d'application

A. Admission

Sont admissibles à la convention les candidats à l'assurance âgés de moins de 70 ans.

Les limites d'âge à la souscription des différentes garanties sont les suivantes :

<i>Capital décès viager (article 13)</i>	Au 70 ^{ème} anniversaire de l'assuré.
<i>Capital décès (article 14)</i>	Au 70 ^{ème} anniversaire de l'assuré.
<i>Capital supplémentaire en cas de décès par accident (article 15)</i>	Au 60 ^{ème} anniversaire de l'assuré.
<i>Rente viagère temporaire (article 16)</i>	Au 70 ^{ème} anniversaire de l'assuré.
<i>Rente éducation (article 17)</i>	Au 65 ^{ème} anniversaire de l'assuré.
<i>Pension de conjoint (article 18)</i>	Au 65 ^{ème} anniversaire de l'assuré.
<i>Indemnités perte de revenu (article 22)</i>	Au 60 ^{ème} anniversaire de l'assuré.
<i>Complément régime professionnel (article 23)</i>	Au 60 ^{ème} anniversaire de l'assuré.
<i>Remboursement des frais professionnels (article 24)</i>	Au 60 ^{ème} anniversaire de l'assuré.
<i>Rente en cas d'invalidité totale ou partielle (article 25)</i>	Au 60 ^{ème} anniversaire de l'assuré.
<i>Capital en cas d'invalidité (article 26)</i>	Au 60 ^{ème} anniversaire de l'assuré.
<i>Relais autonomie (article 27)</i>	Au 60 ^{ème} anniversaire de l'assuré.
<i>Capital maladies graves (article 28)</i>	Au 60 ^{ème} anniversaire de l'assuré.
<i>Remboursement des frais de santé (article 31)</i>	Au 70 ^{ème} anniversaire de l'assuré.

Pour les assurés bénéficiant des garanties de remboursement des frais de santé, sont également admissibles le conjoint, le partenaire pacsé ou le concubin, âgé de moins de 70 ans et affilié auprès d'un régime obligatoire français, les enfants à charge, affiliés auprès d'un régime obligatoire français et ceci dans la même formule de garantie que l'assuré lui-même.

Chaque assuré remplit une demande d'adhésion par laquelle il donne son consentement à l'assurance. L'adhérent précise les garanties choisies ; il désigne le ou les bénéficiaires des garanties en cas de décès ; il désigne aussi les membres de sa famille assurée au titre des garanties de remboursement des frais de santé. L'adhérent qui veut faire adhérer son enfant dès la naissance (ou l'adoption) et bénéficier de l'allocation naissance ou adoption doit en faire la demande au plus tard dans les trois mois suivant la naissance ou l'adoption (article 32).

Pour les garanties autres que le remboursement des frais de santé, l'assuré fait l'objet d'une sélection médicale dont les modalités sont fixées par accord entre AGIPI et l'assureur. AGIPI peut limiter ou refuser les garanties sans avoir à justifier sa décision. Les garanties de remboursement des frais de santé ne sont soumises à aucune sélection médicale.

La souscription de garanties en cas d'incapacité temporaire totale de travail, d'invalidité totale ou partielle, de maladies graves, ou de perte d'autonomie implique celle de garanties en cas de décès, selon les modalités fixées par accord entre AGIPI et l'assureur.

B. Début des garanties

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

C. Modification des garanties

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

Pour les garanties autres que la garantie capital décès viager et les garanties de remboursement des frais de santé :

- s'il s'agit d'une diminution, cette modification prend effet le jour de réception de la demande par AGIPI,
- s'il s'agit d'une augmentation de garanties ou d'une réduction de franchises, l'acceptation du changement est subordonnée aux résultats de la sélection médicale et au respect des conditions mentionnées au A du présent article.

Si l'adhérent souhaite augmenter le montant de sa garantie capital décès viager, une adhésion supplémentaire sera créée, subordonnée aux résultats d'une nouvelle sélection médicale.

Pour la modification des garanties de remboursement des frais de santé, se reporter à l'article 32 de la présente notice.

Les nouvelles garanties prennent effet à la date indiquée sur les nouvelles conditions particulières d'adhésion, sous réserve de signature de celles-ci par l'adhérent et l'assuré, s'il est différent, et paiement de la première échéance mentionnée dans le décompte de cotisation.

D. Fin des garanties

<i>Capital décès viager (article 13)</i>	Au décès de l'assuré.
<i>Capital décès (article 14)</i>	Au 75 ^{ème} anniversaire de l'assuré.
<i>Capital supplémentaire en cas de décès par accident (article 15)</i>	Au 65 ^{ème} anniversaire de l'assuré.
<i>Rente viagère temporaire (article 16)</i>	Au 75 ^{ème} anniversaire de l'assuré.
<i>Rente éducation (article 17)</i>	Au 75 ^{ème} anniversaire de l'assuré.
<i>Pension de conjoint (article 18)</i>	Au 75 ^{ème} anniversaire de l'assuré.
<i>Invalidité permanente totale (article 19)</i>	Au 60 ^{ème} anniversaire de l'assuré.
<i>Indemnités perte de revenu (article 22)</i>	Au 70 ^{ème} anniversaire de l'assuré.
<i>Complément régime professionnel (article 23)</i>	Au 65 ^{ème} anniversaire de l'assuré.
<i>Remboursement des frais professionnels (article 24)</i>	Au 70 ^{ème} anniversaire de l'assuré.
<i>Rente en cas d'invalidité totale ou partielle (article 25)</i>	Au 60 ^{ème} anniversaire de l'assuré ou au 65 ^{ème} anniversaire de l'assuré en fonction de l'option choisie par l'adhérent et précisée sur les conditions particulières d'adhésion.
<i>Capital en cas d'invalidité (article 26)</i>	Au 60 ^{ème} anniversaire de l'assuré.
<i>Relais autonomie (article 27)</i>	Au décès de l'assuré.
<i>Capital maladies graves (article 28)</i>	Au 60 ^{ème} anniversaire de l'assuré.
<i>Remboursement des frais de santé (article 31)</i>	Au décès de l'assuré.

La garantie capital décès viager prend également fin en cas de demande de rachat de la garantie par l'adhérent.

En cas de chômage, de cessation d'activité professionnelle ou de départ à la retraite (y compris pour cumul emploi retraite), les garanties en cas d'incapacité et les garanties en cas d'invalidité (articles 22 à 26) se trouvent résiliées de plein droit. L'assuré s'oblige à informer AGIPI de sa cessation d'activité pour permettre la modification de son adhésion et la diminution de sa cotisation. Dans le cas contraire, si l'assuré n'a pas informé AGIPI, le paiement des cotisations ne donne pas droit à des prestations au titre des garanties devenues sans objet.

L'adhérent peut résilier son adhésion à l'expiration du délai d'un an en envoyant un courrier recommandé à AGIPI au moins trente jours avant la date d'échéance fixée au 31 décembre.

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

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

A. Déclaration du risque

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

En cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle, l'adhérent et l'assuré, s'il est différent, s'exposent à la nullité de l'adhésion, conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances. En cas d'omission ou de déclaration inexacte, il peut être fait application des articles L 113-9 et L 132-26 du Code des assurances.

B. Modification du risque

L'assuré doit informer AGIPI par lettre recommandée :

- s'il change de profession, d'occupation ou s'il exerce sa profession dans des conditions autres que celles déclarées à l'adhésion,
- s'il pratique des activités sportives modifiant notablement le risque assuré, telles que course automobile, course de moto, spéléologie, parachutisme, etc...,
- s'il souscrit d'autres contrats d'assurance comportant des prestations en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité totale ou partielle,
- s'il n'est plus éligible au tarif non-fumeur.

L'assuré qui bénéficie de garanties de remboursement des frais de santé doit également informer AGIPI par lettre recommandée s'il change de régime obligatoire d'assurance maladie.

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

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

- soit mettre fin, à dater de la modification intervenue, aux garanties autres qu'en cas de décès ou de remboursement des frais de santé, si cette modification constitue une aggravation du risque,
- soit proposer un nouveau taux de cotisation adapté à la nouvelle situation.

Si l'adhérent refuse le nouveau taux de cotisation, AGIPI met fin aux garanties autres qu'en cas de décès ou de remboursement des frais de santé. Dans ce cas, l'adhérent peut résilier l'adhésion dans sa totalité. En cas de réduction des garanties par AGIPI ou de résiliation de l'adhésion par l'adhérent, AGIPI rembourse à l'adhérent la fraction de cotisation correspondant à la période postérieure à la date de résiliation.

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

C. Paiement des cotisations

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

Les cotisations mensuelles et trimestrielles sont payables par prélèvements automatiques.

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

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

- la résiliation des garanties autres que la garantie capital décès viager,
- la mise en réduction de la garantie capital décès viager suivant les modalités exposées à l'article 13 G.

Pour la garantie relais autonomie, en cas de cessation du paiement des cotisations dues, l'adhérent bénéficie d'un maintien partiel des garanties dans les conditions mentionnées à l'article 27 E dès lors qu'a été payée la cotisation de l'année des 65 ans. A défaut, la garantie est résiliée.

■ **Article 6 - Obligations d'AGIPI**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, modifiée en août 2004, l'adhérent/assuré peut exercer un droit d'accès et de rectification de toute information le concernant au siège social et administratif de l'association, à l'adresse suivante : Correspondant Informatique et Libertés, AGIPI, 12 avenue Pierre Mendès France - CS 10144 - 67312 SCHILTIGHEIM Cedex.

■ **Article 9 - Prescription**

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

Article L 114-1 du Code des assurances

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

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,
- 2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Article L 114-2 du Code des assurances

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

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

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

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

Le paiement de la nouvelle cotisation vaut acceptation des conditions modifiées ; le non-paiement entraîne la résiliation des garanties et/ou la mise en réduction des garanties décès viagère et relais autonomie conformément à l'article 5 C.

■ **Article 11 - Service Adhérents**

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

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

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

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

■ **Article 12 - Contrôle de l'assureur**

L'autorité de contrôle de l'assureur est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61 rue Taitbout, 75436 PARIS Cedex 09.

Garanties en cas de décès ou d'invalidité permanente totale

■ **Article 13 - Capital décès viager**

A. Définition de la garantie

Un capital, dont le montant est indiqué sur les conditions particulières d'adhésion, est versé en cas de décès de l'assuré, quelle qu'en soit la date. La garantie capital décès viager comporte également une valeur de rachat dont le montant minimal est indiqué aux conditions particulières d'adhésion.

B. Prestations en cas de décès du conjoint, du partenaire pacsé ou du concubin

En cas de décès simultané ou ultérieur du conjoint, ou du partenaire pacsé de l'assuré et s'il existe au moins un enfant de l'assuré à charge au moment du décès du conjoint ou du partenaire pacsé, il est versé un capital supplémentaire au profit du ou des enfants à charge.

Les mêmes dispositions s'appliquent en cas de décès simultané ou ultérieur du concubin de l'assuré, dès lors qu'il existe au moins un enfant commun à charge et au profit de celui-ci.

Ce capital est égal à celui qui a été versé lors du décès de l'assuré au titre de l'article 13 A. Si plusieurs enfants sont à charge au moment du décès, le capital est partagé entre eux par parts égales.

Le capital supplémentaire est également versé si les décès de l'assuré et du conjoint, du partenaire pacsé ou du concubin sont consécutifs à un même événement accidentel, dès lors qu'il existe au moins un enfant à charge et au profit de celui-ci.

C. Règlement des prestations

Les capitaux dus sont payés par AGIPI dans les 10 jours suivant la remise des pièces justificatives nécessaires (article 41 A).

D. Extension à l'invalidité permanente totale (IPT)

Le capital garanti en cas de décès de l'assuré est versé à l'assuré lui-même, s'il se trouve en état d'invalidité permanente totale avant son 60^{ème} anniversaire (article 19).

Ce versement entraîne la fin de la garantie capital décès viager.

E. Durée de paiement des cotisations

Les cotisations de la garantie capital décès viager peuvent être payées de façon viagère, ou sur une durée égale ou supérieure à 10 ans et inférieure ou égale à 25 ans. Dans ce dernier cas, l'âge de l'adhérent au terme de la durée de paiement choisie doit être égal ou inférieur à 80 ans. L'adhérent choisit les modalités de paiement de sa cotisation lors de la souscription. La durée de paiement des cotisations est précisée dans les conditions particulières d'adhésion.

F. Revalorisation du capital garanti et des cotisations

Le montant du capital garanti en cas de décès au 31 décembre d'un exercice est revalorisé au 31 décembre de l'exercice suivant ; les cotisations futures sont alors majorées dans les mêmes proportions.

Les actifs représentatifs des provisions mathématiques constituées par l'assureur au titre de la garantie sont gérés au sein du FONDS Agipi.

Le FONDS Agipi est un fonds de placement diversifié, distinct des autres actifs de l'assureur (actif cantonné), pouvant être composé d'obligations et d'autres instruments de taux, d'immeubles, d'actions, de prêts et de liquidités.

L'intégralité des résultats de la gestion financière du FONDS Agipi afférents à la garantie, déduction faite d'un éventuel report à nouveau, des intérêts techniques intégrés dans le tarif des adhésions, des frais annuels de gestion et des frais administratifs, ramenée aux provisions mathématiques, constitue le taux de revalorisation des capitaux assurés et des cotisations futures.

L'adhérent a la possibilité de refuser la majoration de la cotisation de sa garantie capital décès viager, pour l'année à venir ou à titre définitif, en adressant une demande signée au siège administratif d'AGIPI, avant le 1^{er} novembre de chaque année. Le capital garanti n'est alors augmenté qu'en tenant compte de la seule revalorisation de la provision mathématique.

Les frais annuels représentant les coûts de gestion de la quote-part du FONDS Agipi mise en représentation de la provision mathématique, ainsi que les dotations aux réserves légales et réglementaires des sociétés d'assurance, sont fixés à 0,60 % du montant des provisions mathématiques, au prorata de leur durée courue pendant l'exercice. Les frais mutualisés de gestion administrative s'y ajoutent chaque année, sans pouvoir dépasser 0,15 % du montant des provisions mathématiques pondérées.

En cas de décès, le capital garanti bénéficie d'une revalorisation dont le taux est égal à 85 % de la moyenne des deux derniers taux annuels de revalorisation au prorata de la durée courue depuis le 1^{er} janvier de l'année du décès.

G. Mise en réduction de la garantie

En cas de cessation du paiement des cotisations, l'adhérent bénéficie d'un maintien partiel de sa garantie capital décès viager. Le capital garanti est alors recalculé au moment de la cessation de paiement, de manière à ce que l'engagement de l'assureur, évalué sur la base de la table de mortalité retenue pour le contrat et actualisé au taux annuel de 1,25 %, soit égal à la provision mathématique constituée à la date de cessation du paiement des cotisations.

Si, au moment de la mise en réduction, la valeur de rachat de la garantie se trouve inférieure au montant fixé à l'article R 132-2 du Code des assurances, (50 % du montant brut mensuel du salaire minimum de croissance) il est procédé au rachat d'office de la garantie.

H. Rachat total / Résiliation de la garantie

A tout moment, l'adhérent peut demander le rachat total de sa garantie capital décès viager.

La valeur de rachat est alors versée à l'adhérent suivant les modalités définies à l'article 41 D.

Les valeurs de rachat minimales au terme de chacune des huit premières années de l'adhésion, ainsi que le cumul des cotisations versées au titre de la garantie capital décès viager, sont indiquées sur les conditions particulières d'adhésion.

La valeur de rachat est égale à la provision mathématique de l'adhésion diminuée, en cas de rachat au cours des dix premières années de l'adhésion, d'une indemnité de rachat égale à 5 % de la provision mathématique.

La provision mathématique est égale à la différence entre

- l'engagement de l'assureur de payer le capital garanti au décès de l'assuré, évalué sur la base de la table de mortalité retenue pour le contrat et actualisé au taux annuel de 1,25 %,
- l'engagement de l'adhérent de payer ses cotisations, pour le montant et sur la durée, contractuelles, évalué sur la base de la table de mortalité retenue pour le contrat et actualisé au taux annuel de 1,25 %.

Le règlement de la valeur de rachat met fin à la garantie.

La garantie ne comporte pas de possibilité de rachat partiel, ni de possibilité d'avance.

■ **Article 14 - Capital décès**

A. Définition de la garantie

Un capital, dont le montant est indiqué sur les conditions particulières d'adhésion, est versé en cas de décès de l'assuré.

B. Prestations en cas de décès du conjoint, du partenaire pacsé ou du concubin

En cas de décès simultané ou ultérieur du conjoint ou du partenaire pacsé de l'assuré et s'il existe au moins un enfant de l'assuré à charge au moment du décès du conjoint ou du partenaire pacsé, il est versé un capital supplémentaire au profit du ou des enfants à charge.

Les mêmes dispositions s'appliquent en cas de décès simultané ou ultérieur du concubin de l'assuré, dès lors qu'il existe au moins un enfant commun à charge et au profit de celui-ci.

Ce capital est égal à celui qui a été versé lors du décès de l'assuré au titre de l'article 14 A, revalorisé selon les dispositions de l'article 40. Si plusieurs enfants sont à charge au moment du décès, le capital est partagé entre eux par parts égales.

Le capital supplémentaire est également versé si les décès de l'assuré et du conjoint, du partenaire pacsé ou du concubin sont consécutifs à un même événement accidentel, dès lors qu'il existe au moins un enfant à charge et au profit de celui-ci.

C. Règlement des prestations

Les capitaux dus sont payés par AGIPI dans les 10 jours suivant la remise des pièces justificatives nécessaires (article 41 A).

D. Extension à l'invalidité permanente totale (IPT)

Le capital garanti en cas de décès de l'assuré est versé à l'assuré lui-même, s'il se trouve en état d'invalidité permanente totale avant son 60^{ème} anniversaire (article 19).

Ce versement n'entraîne pas la fin de la garantie décès temporaire. Celle-ci est maintenue en cas de décès survenant plus de 365 jours après la consolidation de l'IPT et avant le 60^{ème} anniversaire de l'assuré.

E. Passerelle vers la garantie capital décès viager

Si l'assuré a au plus 65 ans, et s'il ne se trouve pas en état d'invalidité permanente totale telle que définie à l'article 19, il peut adhérer sans sélection médicale à la garantie capital décès viager, pour un capital garanti inférieur ou égal au capital de sa garantie capital décès et en réduisant ce dernier capital à due concurrence.

■ **Article 15 - Capital supplémentaire en cas de décès par accident**

A. Définition de la garantie

Si le décès de l'assuré résulte directement d'un accident, et si cette option est mentionnée sur les conditions particulières d'adhésion, il est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) un capital supplémentaire égal à 200 % du capital versé au titre de l'article 14 A dans les limites éventuellement prévues aux conditions particulières d'adhésion.

Cette garantie est acquise si le décès causé par l'accident survient dans un délai maximum d'un an à compter du jour de cet accident.

B. Règlement des prestations

Les capitaux dus sont payés par AGIPI dans les 10 jours suivant la remise des pièces justificatives nécessaires (article 41 A).

C. Extension à l'invalidité permanente totale (IPT)

Le capital garanti en cas de décès par accident de l'assuré est versé à l'assuré lui-même, s'il se trouve en état d'invalidité permanente totale consécutif à un accident (article 19). Ce versement entraîne la fin de la garantie décès accidentel.

■ **Article 16 - Rente viagère temporaire**

A. Définition de la garantie

En cas de décès de l'assuré, une rente viagère temporaire est versée au bénéficiaire jusqu'à son décès et au maximum sur une durée de dix ans.

Le capital constitutif de cette rente est indiqué sur les conditions particulières d'adhésion.

B. Règlement des prestations

La rente est payée par AGIPI par trimestre civil échu, prenant effet au plus tard dans les 10 jours suivant la remise des pièces justificatives nécessaires (article 41 A).

C. Extension à l'invalidité permanente totale (IPT)

La rente est versée à l'assuré lui-même, s'il se trouve en état d'invalidité permanente totale avant son 60^{ème} anniversaire (article 19).

Ce versement n'entraîne pas la fin de la garantie rente viagère temporaire. Celle-ci est maintenue en cas de décès, et ne pourra dépasser une durée totale cumulée de dix ans.

■ **Article 17 - Rente éducation**

A. Définition de la garantie

En cas de décès de l'assuré, une rente éducation, dont le montant est indiqué sur les conditions particulières d'adhésion, est servie jusqu'au 26^{ème} anniversaire de chacun des enfants désignés par l'adhérent et mentionnés sur les conditions particulières d'adhésion.

Pour chaque enfant bénéficiaire désigné, le montant de la rente garantie jusqu'au 12^{ème} anniversaire est majoré de :

- 25 % à compter de son 12^{ème} anniversaire et de
- 50 % à compter de son 18^{ème} anniversaire.

B. Prestations en cas de décès du conjoint, du partenaire pacsé ou du concubin

En cas de décès ultérieur du conjoint de l'assuré, du partenaire pacsé ou du concubin et s'il existe au moins un enfant de l'assuré à charge au moment du décès du conjoint, du partenaire pacsé ou du concubin, le montant de la rente éducation versée est doublé. Le montant de la rente éducation est également doublé si les décès de l'assuré et du conjoint, du partenaire pacsé ou du concubin, sont consécutifs à un même événement accidentel.

C. Service de la rente

La rente est servie à partir du jour du décès de l'assuré, par trimestre civil échu, au tuteur des enfants s'ils sont mineurs, aux enfants eux-mêmes s'ils sont majeurs.

En cas de résiliation de la convention entre AGIPI et l'assureur, la rente éducation est versée jusqu'à son terme.

D. Extension à l'invalidité permanente totale (IPT)

La rente garantie en cas de décès de l'assuré est versée à l'assuré lui-même, dans les mêmes conditions qu'en cas de décès, s'il se trouve en état d'invalidité permanente totale avant son 60^{ème} anniversaire (article 19).

Ce versement n'entraîne pas la fin de la garantie rente éducation. Celle-ci est maintenue en cas de décès.

E. Prestations en cas de maladie ou d'accident grave des enfants

1 - Indemnités journalières en cas d'hospitalisation

En cas d'hospitalisation d'un enfant bénéficiaire de la garantie (y compris en cas d'hospitalisation à domicile dans le cadre défini par les articles D 6124-306 et suivants du Code de la santé publique), des indemnités journalières dont le montant est indiqué sur les conditions particulières d'adhésion sont versées au parent assuré, après absorption d'une période de franchise de quinze jours.

Ces indemnités sont versées tant que dure l'hospitalisation, à condition que le parent assuré puisse faire valoir ses droits à l'allocation journalière de présence parentale (AJPP) définie aux articles L 544-1 et suivants du Code de la sécurité sociale, et sous réserve de réunir les conditions suivantes :

- que l'enfant soit hospitalisé avant son 20^{ème} anniversaire,
- qu'il soit atteint d'une maladie ou d'un handicap grave, ou victime d'un accident grave nécessitant la présence d'un de ses parents à ses côtés,
- que le parent assuré cesse ponctuellement son activité professionnelle pour s'occuper de l'enfant hospitalisé,
- et que le parent assuré fournisse un certificat médical détaillé précisant la nécessité de soins contraignants et d'une présence soutenue auprès de l'enfant, ainsi que la durée prévisible du traitement.

Ces indemnités journalières ne peuvent se cumuler avec les prestations dues en cas d'incapacité ou d'invalidité du parent assuré, et sont versées au plus tard jusqu'au 180^{ème} jour inclus d'hospitalisation pour une même affection, que cette hospitalisation soit continue ou fractionnée.

2 - Capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) d'origine accidentelle

En cas de PTIA d'un enfant bénéficiaire de la garantie, consécutive à un accident survenu avant le 20^{ème} anniversaire de celui-ci, un capital dont le montant est indiqué sur les conditions particulières d'adhésion est versé au parent assuré.

Est considéré comme atteint de PTIA l'enfant reconnu définitivement incapable de se livrer à la moindre occupation ou au moindre travail lui procurant gain ou profit et dont le taux d'invalidité fonctionnelle est égal à 100 % par référence au barème des accidents du travail de la sécurité sociale, son état de santé nécessitant en outre la présence constante d'une tierce personne pour l'accomplissement des actes ordinaires de la vie (se nourrir, se laver, s'habiller, se déplacer).

Le capital est versé après consolidation, médicalement constatée, de l'état de santé de l'enfant.

3 - Cumul de prestations

Les indemnités journalières en cas d'hospitalisation et le capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie peuvent être versés successivement, au titre d'un même événement garanti.

4 - Délai d'attente - Etats antérieurs

Toute affection due à une maladie dont la première manifestation survient dans les 365 jours suivant la date d'effet de la garantie est exclue du champ des Indemnités journalières en cas d'hospitalisation, ainsi que ses conséquences éventuelles, quand bien même la première manifestation n'aurait pas donné lieu à un diagnostic précis.

Les maladies ou infirmités existant à la prise d'effet de l'adhésion ainsi que leurs conséquences ou les conséquences d'accidents survenus avant la prise d'effet de l'adhésion sont exclues des garanties de l'article 17 E.

■ **Article 18 - Pension de conjoint**

A. Définition de la garantie

En cas de décès de l'assuré, une pension, dont le montant est indiqué sur les conditions particulières d'adhésion, est servie au bénéficiaire désigné jusqu'à son décès.

La pension est réduite de 50 % au 65^{ème} anniversaire de son bénéficiaire.

Sur option à la souscription, la pension peut être réduite de 0 % ou 100 % au 65^{ème} anniversaire de son bénéficiaire.

B. Prestations en cas de décès du bénéficiaire de la pension

Si le bénéficiaire de la pension décède à son tour, chacun des enfants à sa charge au moment du décès reçoit jusqu'au 26^{ème} anniversaire une rente d'orphelin revalorisable égale à 40 % de la pension en cours au moment du décès du bénéficiaire.

La rente d'orphelin est également versée si les décès de l'assuré et du bénéficiaire de la pension sont consécutifs à un même événement accidentel.

C. Service des prestations et rentes

La pension prend effet à partir du jour du décès de l'assuré ; elle est servie par trimestre civil échu.

Le service de la pension cesse le dernier jour du trimestre civil au cours duquel le bénéficiaire de la pension décède.

Après le décès du bénéficiaire de la pension, la rente d'orphelin prend effet à partir du jour de ce décès ; elle est servie par trimestre civil échu, au tuteur des enfants s'ils sont mineurs, aux enfants eux-mêmes s'ils sont majeurs.

En cas de résiliation de la convention entre AGIPI et l'assureur, la pension de conjoint et la rente d'orphelin sont servies jusqu'à leur terme.

D. Extension à l'invalidité permanente totale (IPT)

La pension garantie en cas de décès de l'assuré est versée à l'assuré lui-même, s'il se trouve en état d'invalidité permanente totale avant son 60^{ème} anniversaire (article 19) ; ce versement est effectué tant que dure l'état d'IPT et n'entraîne pas la fin de la garantie pension de conjoint. Celle-ci est maintenue en cas de décès de l'assuré.

■ **Article 19 - Invalidité permanente totale (IPT)**

A. Définition de la garantie

En cas d'IPT de l'assuré avant son 60^{ème} anniversaire, AGIPI verse à l'assuré, sur sa demande et par anticipation, les prestations prévues aux articles 13 A, 14 A, 15 A, 16 A, 17 A et 18 A.

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

B. Règlement des prestations

Le règlement des sommes dues intervient :

- immédiatement après consolidation de l'état médical si l'IPT résulte d'un accident,
- au terme d'un délai de 365 jours à partir de la date de réception par AGIPI de la preuve satisfaisante de la consolidation de l'état médical si l'IPT résulte d'une maladie ; ce délai est porté à 1 095 jours en cas de maladie mentale de l'assuré.

■ **Article 20 - Désignation des bénéficiaires et acceptation bénéficiaire**

A. Désignation des bénéficiaires

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

L'adhérent ne peut modifier la clause bénéficiaire si le ou les bénéficiaires initialement désignés ont accepté leur désignation dans la forme indiquée au C. du présent article.

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

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

B. Cession en garantie

Lorsque l'adhésion fait l'objet d'une cession en garantie ou d'un nantissement, AGIPI verse en priorité le capital décès au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans ces actes et selon les modalités prévues dans ces derniers, le solde éventuel revenant aux autres bénéficiaires désignés.

C. Acceptation bénéficiaire

La désignation en vertu de laquelle le bénéfice de l'assurance est attribué à un bénéficiaire déterminé devient irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire faite par voie d'avenant signé entre AGIPI, l'adhérent et le bénéficiaire ou lorsqu'elle est effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique signé de l'adhérent et du bénéficiaire. Elle n'a alors d'effet à l'égard d'AGIPI que si elle lui est notifiée par écrit.

L'acceptation ne peut intervenir pendant le délai de renonciation prévu à l'article 7 de la présente notice.

Pendant la durée de l'adhésion, après acceptation du bénéficiaire, l'adhérent ne peut, sans l'accord du bénéficiaire acceptant, céder son adhésion en garantie ni, pour la garantie capital décès viager, exercer sa faculté de rachat.

■ Article 21 - Risques garantis et risques exclus

A. En cas de décès

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

- le suicide est exclu s'il survient au cours de la première année de l'adhésion. En cas d'augmentation des garanties, le suicide est exclu pour le supplément de garanties pendant la première année suivant la prise d'effet de cette augmentation,
- sont exclus les faits de guerres civiles ou étrangères, ou d'insurrection, si l'assuré y a pris une part active.

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

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

B. En cas d'invalidité permanente totale

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

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

C. En cas de décès ou d'invalidité permanente totale par accident

Le capital supplémentaire prévu en cas de décès (ou d'IPT) par accident n'est pas versé si le décès ou l'IPT survient dans l'une des circonstances suivantes :

- accident de navigation aérienne, sauf si l'assuré se trouve en qualité de passager à bord d'un avion d'une compagnie aérienne,
- si l'assuré conduit un véhicule à moteur et présente au moment de l'accident un taux d'alcoolémie supérieur à la limite fixée par les pouvoirs publics pour la conduite des véhicules à moteur.

Les sportifs professionnels, ainsi que les sportifs amateurs de haut niveau, rémunérés ou non, ne peuvent bénéficier du capital supplémentaire prévu en cas de décès ou d'IPT suite à un accident, si celui-ci est consécutif à l'exercice de leur activité sportive, sauf acceptation par AGIPI mentionnée sur les conditions particulières d'adhésion.

Garanties en cas d'incapacité de travail, d'invalidité, de maladies graves ou de perte d'autonomie

■ Article 22 - Indemnités perte de revenu

A. Définition de la garantie

Des indemnités journalières, dont le montant est indiqué sur les conditions particulières d'adhésion, sont versées à l'assuré qui se trouve, par suite de maladie ou d'accident, dans **l'incapacité totale médicalement constatée**, d'exercer sa profession. A partir du 1^{er} janvier de l'année des 66 ans de l'assuré, le montant des indemnités est réduit de 50 %.

Aucun assuré sans emploi, au chômage ou à la retraite (y compris cumul emploi/retraite) lors de la survenance de l'accident ou de la maladie ne peut bénéficier des indemnités journalières.

B. Règlement des prestations

Les indemnités journalières sont payables après absorption des périodes de franchise mentionnées sur les conditions particulières d'adhésion. Lorsque leur versement est lié à une hospitalisation, seuls les séjours en établissement hospitalier, public ou privé, sont pris en considération.

Pendant toute la durée de l'incapacité totale, le montant des indemnités est celui assuré au premier jour de l'arrêt d'activité, éventuellement revalorisé selon les dispositions de l'article 40.

Les indemnités journalières cessent d'être versées au plus tard au 70^{ème} anniversaire de l'assuré. De plus, en cas d'incapacité de travail survenant :

- avant le 1^{er} janvier du 64^{ème} anniversaire de l'assuré, les prestations sont versées au plus tard jusqu'au 1095^{ème} jour inclus après le début de l'incapacité de travail,
- entre le 1^{er} janvier du 64^{ème} et le 1^{er} janvier du 66^{ème} anniversaire de l'assuré, les prestations sont versées au plus tard jusqu'au 31 décembre du 66^{ème} anniversaire de l'assuré,
- à partir du 1^{er} janvier du 66^{ème} anniversaire de l'assuré, les prestations sont versées au plus tard jusqu'au 365^{ème} jour inclus après le début de l'incapacité de travail.

En cas de reprise d'activité à temps partiel, AGIPI peut, le cas échéant après avis du Comité Médical d'Evaluation, maintenir les indemnités à hauteur de 50 %.

A compter du 1^{er} janvier de l'année des 66 ans de l'assuré, une franchise de 30 jours en hospitalisation, accident et maladie est appliquée si la franchise souscrite est inférieure.

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

Le versement des prestations cesse également lors du départ à la retraite (y compris cumul emploi/retraite).

C. Forfait maternité

La maternité donne lieu au versement d'un forfait par assurée dont le montant correspond à l'équivalent de 30 indemnités journalières plafonné à :

- 1 500 € si la naissance intervient entre le 15^{ème} et le 24^{ème} mois suivant la prise d'effet de la garantie,
- 3 000 € si la naissance intervient à partir du 25^{ème} mois suivant la prise d'effet de la garantie.

Si la naissance intervient avant le 15^{ème} mois suivant la prise d'effet de la garantie, le forfait maternité n'est pas versé.

Les modalités indiquées ci-dessus s'appliquent également pour toute augmentation de garanties.

Le forfait est versé une seule fois par naissance, quel que soit le nombre d'adhésions Cap souscrites, ou en cas de naissances multiples et ne peut excéder 3 000 €.

■ Article 23 - Complément régime professionnel

A. Définition de la garantie

Des indemnités journalières complémentaires aux prestations des régimes professionnels, dont le montant est indiqué sur les conditions particulières d'adhésion, sont versées à l'assuré qui se trouve, par suite de maladie ou d'accident, dans **l'incapacité totale médicalement constatée**, d'exercer sa profession.

Aucun assuré sans emploi, au chômage ou à la retraite (y compris cumul emploi/retraite) lors de la survenance de l'accident ou de la maladie ne peut bénéficier des indemnités journalières.

B. Règlement des prestations

Les indemnités journalières sont payables après absorption des périodes de franchise mentionnées sur les conditions particulières d'adhésion. Lorsque leur versement est lié à une hospitalisation, seuls les séjours en établissement hospitalier, public ou privé, sont pris en considération.

Elles sont versées mensuellement, tant que dure l'incapacité totale de travail, et au plus tard jusqu'au 90^{ème} jour inclus après le début de l'incapacité de travail.

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

Les indemnités journalières cessent d'être versées au plus tard au 65^{ème} anniversaire de l'assuré.

Les indemnités journalières ne peuvent se cumuler avec les prestations dues en cas d'invalidité, et cessent d'être versées dès lors que l'état de santé de l'assuré est médicalement consolidé ou qu'il peut être classé en invalidité. Le versement des prestations cesse également lors du départ à la retraite (y compris cumul emploi/retraite).

■ Article 24 - Remboursement des frais professionnels

A. Définition de la garantie

Un plafond journalier d'indemnisation, dont le montant est indiqué sur les conditions particulières d'adhésion, est attribué à l'assuré qui se trouve, par suite d'accident ou de maladie, dans **l'incapacité totale médicalement constatée**, d'exercer sa profession. A partir du 1^{er} janvier de l'année des 66 ans de l'assuré, ce plafond journalier est réduit de 50 %.

Aucun assuré sans emploi, au chômage ou à la retraite (y compris cumul emploi/retraite) lors de la survenance de l'accident ou de la maladie ne peut bénéficier des indemnités journalières.

Les sommes dues en cas de règlement de prestations correspondent à la moyenne journalière des frais professionnels échus et payés durant la période d'incapacité de travail sans pouvoir dépasser le montant du plafond journalier assuré multiplié par le nombre de jours d'incapacité, franchise déduite.

Durant les six premiers mois d'incapacité de travail, les sommes dues correspondent à la moyenne journalière des frais professionnels échus et payés durant les 12 mois précédents et dûment justifiés, sans pouvoir dépasser le montant du plafond journalier assuré multiplié par le nombre de jours d'incapacité, franchise déduite.

Si l'accident ou la maladie entraîne une cessation définitive d'activité, le reliquat des frais professionnels engagés avant la cessation d'activité, est pris en charge dans les mêmes conditions.

Les frais professionnels pris en charge, nets des ressources liées à un remplacement sont les frais fixes et permanents suivants :

- les salaires nets et avantages en nature des collaborateurs,
- les charges sociales sur salaires des collaborateurs,
- les taxes sur la valeur ajoutée et professionnelle,
- les autres impôts,
- la contribution sociale généralisée déductible,
- le loyer et charges locatives,
- la location de matériel et de mobilier,
- les entretiens et réparations,
- les frais de chauffage, eau, gaz, électricité,
- les honoraires ne constituant pas de rétrocessions,
- les primes d'assurances,
- les charges sociales personnelles,
- les fournitures de bureau, documentation et affranchissement,
- les frais d'actes et de contentieux,
- les cotisations syndicales et professionnelles.
- Les mensualités de prêt professionnel (si elles ne font pas l'objet d'un remboursement au titre d'une autre assurance).

B. Règlement des prestations

Les indemnités journalières sont payables après absorption des périodes de franchise mentionnées sur les conditions particulières d'adhésion. Lorsque leur versement est lié à une hospitalisation, seuls les séjours en établissement hospitalier, public ou privé, sont pris en considération.

Elles sont versées mensuellement, tant que dure l'incapacité totale de travail.

Les indemnités journalières cessent d'être versées au plus tard au 70^{ème} anniversaire de l'assuré. De plus, en cas d'incapacité de travail survenant :

- avant le 1^{er} janvier du 64^{ème} anniversaire de l'assuré, les prestations sont versées au plus tard jusqu'au 1095^{ème} jour inclus après le début de l'incapacité de travail,
- entre le 1^{er} janvier du 64^{ème} et le 1^{er} janvier du 66^{ème} anniversaire de l'assuré, les prestations sont versées au plus tard jusqu'au 31 décembre du 66^{ème} anniversaire de l'assuré,
- à partir du 1^{er} janvier du 66^{ème} anniversaire de l'assuré, les prestations sont versées au plus tard jusqu'au 365^{ème} jour inclus après le début de l'incapacité de travail.

A compter du 1^{er} janvier de l'année des 66 ans de l'assuré, une franchise de 30 jours en accident, hospitalisation et maladie est appliquée si la franchise souscrite est inférieure.

En cas de reprise d'activité à temps partiel, AGIPI peut, le cas échéant après avis du Comité Médical d'Évaluation, maintenir les indemnités à hauteur de 50%.

Les indemnités journalières ne peuvent se cumuler avec les prestations dues en cas d'invalidité, et cessent d'être versées dès lors que l'état de santé de l'assuré est médicalement consolidé ou qu'il peut être classé en invalidité. Le versement des prestations cesse également lors du départ à la retraite (y compris cumul emploi/retraite).

■ Article 25 - Rente en cas d'invalidité totale ou partielle et complément viager

A. Définition de la garantie

Une rente est versée à l'assuré qui se trouve, par suite de maladie ou d'accident, atteint d'une invalidité dont le *taux d'invalidité (n)* est égal ou supérieur à 33 %.

♦ *Rente totale* : lorsque le *taux d'invalidité (n)* est égal ou supérieur à 66 % une rente d'invalidité, dont le montant est indiqué sur les conditions particulières d'adhésion, est versée à l'assuré.

♦ *Rente partielle* : lorsque le *taux d'invalidité (n)* est inférieur à 66 %, mais supérieur ou égal à 33 %, le montant de la rente est obtenu en appliquant à la rente totale le taux correcteur correspondant au *taux d'invalidité (n)* dans le tableau ci-après.

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

Le montant de la rente d'invalidité assuré est celui garanti au jour du classement en invalidité.

La rente cesse d'être due à partir du moment où le *taux d'invalidité (n)* devient inférieur à 33 %.

B. Fixation du taux d'invalidité (n)

Le *taux d'invalidité (n)* est apprécié en fonction de :

- l'invalidité fonctionnelle,
- l'invalidité professionnelle.

L'invalidité fonctionnelle est établie d'après le barème des accidents du travail de la Sécurité Sociale, quelle que soit la profession de l'assuré.

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

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

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

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

Pour la détermination du taux d'invalidité fonctionnelle en lieu et place du barème des accidents du travail de la sécurité sociale, un barème spécifique est proposé à certaines professions.
Ce barème figure le cas échéant en annexe aux conditions particulières d'adhésion.
Cette option n'est acquise que si mention en est faite sur les conditions particulières d'adhésion.

C. Rente majorée de 25 % -option Cap 25-

Si l'application des dispositions ci-dessus conduit au service d'une rente partielle, alors le montant de cette rente sera majoré de 25 %, sans toutefois que celle-ci puisse être supérieure à la rente invalidité totale.

Cette option n'est acquise que si mention en est faite sur les conditions particulières d'adhésion.

D. Service de la rente

La rente est servie par trimestre civil échu. Elle est payable tant que dure l'invalidité et, selon la garantie choisie et mentionnée aux conditions particulières d'adhésion,

- soit la rente prend fin au plus tard au 60^{ème} anniversaire de l'assuré,
- soit la rente prend fin au plus tard au 65^{ème} anniversaire de l'assuré,
- soit la rente est versée au plus tard jusqu'au 65^{ème} anniversaire de l'assuré, et relayée par une rente viagère, aux conditions ci-après.

Lorsque l'adhérent a souscrit la rente d'invalidité à complément viager, une rente viagère est versée à partir du 65^{ème} anniversaire et prend le relais de la rente invalidité servie jusqu'alors.

Le montant de cette rente viagère est déterminé comme suit :

Avant le 65^{ème} anniversaire, chaque année de versement de rente au *taux d'invalidité (n)* après application du taux correcteur le cas échéant, ouvre droit à 1/40^{ème} du montant de cette rente versée, à condition que le versement de la rente invalidité ait commencé avant son 60^{ème} anniversaire.

Cependant, le *taux d'invalidité (n)* pris en compte pour la détermination de la rente viagère, sur la période allant des 60 aux 65 ans de l'assuré, ne peut être supérieur au *taux d'invalidité (n)* reconnu à son 60^{ème} anniversaire.

La somme de tous les droits acquis constitue le montant de la rente viagère à servir à l'assuré, elle est revalorisable selon les dispositions de l'article 40.

Pour donner lieu à versement, le montant de la rente viagère doit au moins être égal à 5 % du montant de la garantie rente invalidité souscrite revalorisée.

Dans les six mois qui précèdent son 65^{ème} anniversaire, l'assuré qui bénéficie de la rente viagère peut demander que celle-ci soit réversible totalement ou partiellement, au profit de son conjoint ou de son partenaire pacsé ou de son concubin.

Le montant de la rente viagère dépend alors de l'âge de ce dernier, des conditions techniques en vigueur et du taux de réversion choisi. Dans ce cas, si l'assuré décède alors que le conjoint ou le partenaire pacsé ou le concubin est encore en vie, celui-ci continuera à percevoir tout ou partie de la rente jusqu'à son décès.

E. Dispositions particulières

En cas de versement des prestations en cas d'incapacité de travail (prévues aux articles 22, 23 et 24), le service de la rente invalidité est interrompu.

En cas de résiliation de la convention entre AGIPI et l'assureur, la rente invalidité ou la rente viagère en cours sont servies jusqu'à leur terme.

■ **Article 26 - Capital en cas d'invalidité totale ou partielle**

A. Définition de la garantie

Un capital invalidité total ou partiel est versé à l'assuré qui se trouve par suite de maladie ou d'accident, atteint d'une invalidité dont le *taux d'invalidité (n)* est égal ou supérieur à 33 %.

Cette garantie n'est acquise que si mention en est faite sur les conditions particulières d'adhésion. Elle est distincte de l'extension de la garantie décès à l'invalidité permanente totale (IPT) définie à l'article 19.

Capital total : lorsque le *taux d'invalidité (n)* est égal ou supérieur à 66 %, un capital dont le montant est indiqué sur les conditions particulières d'adhésion, est versé à l'assuré.

Capital partiel : lorsque le *taux d'invalidité (n)* est inférieur à 66 %, mais supérieur ou égal à 33 %, le montant du capital d'invalidité versé à l'assuré est obtenu en appliquant au capital souscrit le taux correcteur correspondant au *taux d'invalidité (n)* dans le tableau ci-après.

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

L'adhérent peut choisir de souscrire l'une des deux garanties suivantes :

- le capital en cas d'invalidité totale ou partielle,
- le capital limité à l'invalidité totale (*taux d'invalidité (n)*, égal ou supérieur à 66 %).

Le choix de l'adhérent est mentionné aux conditions particulières d'adhésion.

B. Invalidité consécutive à un accident

En lieu et place de l'option ci-dessus, l'adhérent peut souscrire la même garantie limitée aux seuls risques d'accident. Le choix de l'adhérent est mentionné aux conditions particulières d'adhésion.

C. Fixation du taux d'invalidité (n)

Le *taux d'invalidité (n)* est apprécié en fonction de l'invalidité fonctionnelle et de l'invalidité professionnelle selon les mêmes dispositions que celles énoncées pour le calcul de la rente d'invalidité.

Pour la détermination du taux d'invalidité fonctionnelle en lieu et place du barème des accidents du travail de la sécurité sociale, un barème spécifique est proposé à certaines professions.

Ce barème figure le cas échéant en annexe aux conditions particulières d'adhésion.

Cette option n'est acquise que si mention en est faite sur les conditions particulières d'adhésion.

Le montant du capital assuré est celui garanti au jour de la consolidation de l'invalidité.

A partir du 55^{ème} anniversaire de l'assuré, le capital assuré est réduit de 10 % par an :

54 ans	55 ans	56 ans	57 ans	58 ans	59 ans
100 %	90 %	80 %	70 %	60 %	50 %

D. Règlement des prestations

Le paiement du capital intervient dès consolidation de l'invalidité et fixation de son taux pondéré.

■ Article 27 - Relais autonomie

A. Définition de la garantie

La garantie relais autonomie a pour objet :

- de garantir dès sa prise d'effet, en cas de perte totale ou partielle d'autonomie, le versement d'une rente dite d'assurance dépendance à compter des 65 ans de l'assuré, ou dès la date de survenance de la perte d'autonomie si celle-ci est postérieure aux 65 ans de l'assuré,
- de garantir, également à compter des 65 ans de l'assuré, des prestations en nature dites de services ou d'assistance.

1 - La rente totale

Une rente correspondant à 100 % de la garantie indiquée sur les conditions particulières d'adhésion est versée à l'assuré ou son représentant légal dans les cas correspondant aux situations suivantes :

- lorsque l'assuré se trouve dans l'impossibilité absolue, sans prévision d'amélioration, médicalement constatée, d'effectuer de quelque manière que ce soit au moins trois des quatre actes ordinaires de la vie : se déplacer, s'habiller, se laver, s'alimenter et justifie d'une prescription médicale dans l'un au moins des trois domaines ci-après :
- l'assistance constante d'une tierce personne, complétant les services de soins à domicile :
"les services de soins à domicile permettent, sur prescription médicale, d'assurer des soins globaux et continus à certaines personnes âgées, invalides ou handicapées, maintenues à leur domicile". Cette assistance pourra, le cas échéant, être apportée par un membre de la famille,

- l'hospitalisation en centre de long séjour : "les centres de long séjour sont des établissements composés d'unités destinées à l'hébergement de personnes n'ayant plus l'autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien",
- l'hébergement en section de cure médicale : "la section de cure médicale est destinée à des pensionnaires ayant perdu la capacité d'effectuer seuls des actes ordinaires de la vie ou atteints d'une affection somatique ou psychique stabilisée, qui nécessite un traitement d'entretien, une surveillance médicale ainsi que des soins paramédicaux".

b) Lorsque l'assuré est atteint de démence incurable totalement invalidante, constatée par un médecin délégué désigné par AGIPI et justifie d'une prescription médicale dans l'un des domaines ci-après :

- séjour en établissement psychiatrique (unité, centre ou hôpital) dans le cadre de l'hébergement en établissement spécialisé reconnu et indemnisé par la sécurité sociale ou par tout autre régime d'assurance maladie dont relève l'assuré à titre obligatoire,
- assistance constante d'une tierce personne, complétant les services de soins à domicile. Cette assistance, pourra, le cas échéant, être apportée par un membre de la famille.

Par assistance ou surveillance médicale constantes, on entend celles qui doivent s'exercer au moins pendant une durée cumulée de 6 heures chaque jour.

2 - La rente partielle

Une rente partielle correspondant à 50 % de la garantie indiquée sur les conditions particulières d'adhésion est versée à l'assuré ou son représentant légal, lorsque l'assuré se trouve dans l'impossibilité absolue, sans prévision d'amélioration, médicalement constatée, d'effectuer de quelque manière que ce soit au moins deux des quatre actes ordinaires de la vie : se déplacer, s'habiller, se laver, s'alimenter, et justifie d'une prescription médicale dans l'un des domaines suivants : l'assistance constante d'une tierce personne, l'hospitalisation en centre de long séjour, l'hébergement en section de cure médicale ou l'hospitalisation en établissement psychiatrique.

Dans le cadre de la rente partielle, on entend par assistance ou surveillance médicale constantes celles qui doivent s'exercer au moins pendant une durée cumulée de 4 heures chaque jour.

3 - Par impossibilité d'effectuer les actes ordinaires de la vie, on entend :

- ne plus pouvoir se déplacer : dépendre de l'assistance d'une tierce personne pour tous déplacements à l'intérieur de son domicile, pour se lever ou se coucher, pour s'asseoir dans un fauteuil ou sur une chaise,
- ne plus pouvoir se laver : dépendre de l'assistance d'une tierce personne pour satisfaire correctement et de façon spontanée à la toilette du haut et du bas du corps,
- ne plus pouvoir s'habiller : dépendre de l'assistance d'une tierce personne pour s'habiller et se déshabiller correctement et complètement,
- ne plus pouvoir s'alimenter : dépendre de l'assistance d'une tierce personne pour couper ses aliments, se servir à boire, ou pour porter les aliments à la bouche.

B. Service de la rente

La rente est servie par trimestre civil échu ; elle est payée par AGIPI à l'assuré ou son représentant légal, à compter de la survenance de la perte d'autonomie, et au plus tôt à compter du 65^{ème} anniversaire de l'assuré, tant que dure la perte d'autonomie, et au plus tard jusqu'au jour du décès de l'assuré.

En cas de résiliation de la convention entre AGIPI et l'assureur, la rente en cours de service est servie jusqu'à son terme.

Le service de la rente prend effet à une date différente, selon qu'il s'agit d'une première constatation de la perte d'autonomie ou d'une modification de ce même état.

Dans le premier cas, le service de la rente prend effet à compter du 1^{er} jour du 3^{ème} mois suivant la réception par le médecin conseil d'AGIPI des documents médicaux constatant la perte d'autonomie mentionnés à l'article 41 après avis favorable du médecin délégué et/ou du médecin conseil d'AGIPI.

Dans le deuxième cas, un nouveau dossier médical devra être constitué et le paiement de la rente sera effectué après avis favorable du médecin délégué et/ou du médecin conseil d'AGIPI et sans application d'une nouvelle période de franchise.

Dans tous les cas, le montant de la rente trimestrielle est fonction du niveau de la garantie mentionné aux conditions particulières d'adhésion, ajustée suivant les modalités stipulées à l'article 37 C et du niveau de la perte d'autonomie.

C. Cessation de l'état de perte d'autonomie

Le paiement de la rente totale ou partielle cesse au jour du décès de l'assuré, ou lorsque l'assuré, du fait de l'amélioration de son état de santé, ne se trouve plus dans l'état de perte d'autonomie défini par l'article 27 A.

En cas de récupération totale ou partielle d'autonomie, l'assuré ou son représentant légal doit prévenir AGIPI par lettre recommandée. En cas d'omission de cette formalité, AGIPI pourra exiger la restitution de l'indu. Il en serait de même si des prestations étaient versées par AGIPI après le décès de l'assuré.

D. Garanties de services et d'assistance

L'adhésion à la garantie relais autonomie ouvre droit, à partir du 65^{ème} anniversaire de l'assuré, à des garanties de services et d'assistance ; la notice correspondante sera remise à l'adhérent lors de leur entrée en vigueur.

E. Maintien des garanties

Pour la garantie relais autonomie, en cas de cessation du paiement des cotisations, l'adhérent peut bénéficier d'un maintien partiel des garanties. La garantie maintenue est égale au montant de la garantie avant cessation du paiement des cotisations, multiplié par le coefficient de maintien. Le coefficient de maintien est déterminé en fonction du nombre de cotisations annuelles effectivement payées à partir de l'année des 65 ans de l'assuré.

La cessation de paiement des cotisations dues met fin à l'ajustement des garanties et aux garanties de services ou d'assistance.

Coefficients de maintien des garanties en fonction du nombre de cotisations annuelles payées à partir de l'année des 65 ans.

Nombre	1 an	2 ans	3 ans	4 ans	5 ans	6 ans	7 ans	8 ans	9 ans	10 ans	11 ans	12 ans	13 ans
Coefficient	0,069	0,088	0,106	0,122	0,139	0,155	0,170	0,185	0,199	0,213	0,228	0,243	0,260

Nombre	14 ans	15 ans	16 ans	17 ans	18 ans	19 ans	20 ans	21 ans	22 ans	23 ans	24 ans	25 ans	26 et +
Coefficient	0,278	0,296	0,312	0,326	0,341	0,356	0,373	0,388	0,403	0,421	0,442	0,463	0,500

En cas de cessation du paiement des cotisations avant l'année des 66 ans de l'assuré, aucun maintien des garanties n'est acquis.

■ Article 28 - Capital maladies graves

A. Définition de la garantie

En cas de maladies graves de l'assuré avant son 60^{ème} anniversaire, AGIPI verse à l'assuré, un capital dont le montant est indiqué sur les conditions particulières d'adhésion au titre de cette garantie.

Par maladie grave ouvrant droit à la présente garantie, on entend l'une des maladies dont la définition figure au présent article, sous réserve qu'elle ne coexiste pas avec l'atteinte par l'un des virus humains d'immuno-déficience acquise.

♦ Cancer

Le cancer est défini comme toute tumeur maligne caractérisée par la croissance non contrôlée et la propagation de cellules malignes qui envahissent les tissus et qui peuvent produire des métastases. Les maladies sanguines et ganglionnaires malignes (leucémies, lymphomes, maladie de Hodgkin etc.) sont garanties.

Sont exclues de cette définition les tumeurs de la peau (sauf en cas de mélanome malin), les tumeurs dites "in situ" ou non invasives (n'ayant pas franchi les limites du tissu originel) et les tumeurs malignes associées au VIH.

♦ Infarctus du myocarde

Il s'agit de la nécrose d'une zone du muscle myocardique, dont le diagnostic est affirmé par la concomitance des trois éléments suivants :

- des douleurs thoraciques caractéristiques,
- des changements électrocardiographiques caractéristiques avec apparition d'une onde de nécrose,
- l'augmentation des enzymes spécifiques.

♦ *Maladies coronariennes*

Sont prises en considération les coronaropathies ayant nécessité un pontage coronarien par thoracotomie.

Les coronaropathies traitées par des techniques transluminales non chirurgicales thoraciques telles qu'angioplastie avec stent, n'ouvrent pas droit à la garantie.

♦ *Accident vasculaire cérébral*

L'accident vasculaire cérébral est défini comme étant dû à un infarctus du tissu cérébral ou à une hémorragie cérébrale. Il devra y être associé un déficit neurologique avec séquelle, objectif, persistant de façon constante pendant plus d'un mois après l'accident vasculaire cérébral.

Les accidents ischémiques transitoires ne sont pas couverts.

♦ *Insuffisance rénale*

Il s'agit des insuffisances rénales entraînant pour l'assuré la nécessité de se soumettre régulièrement à une dialyse.

♦ *Maladies ou accidents ayant entraîné une greffe d'organe*

Par greffe d'organe, on entend la réception par l'assuré d'un des organes principaux : coeur, poumon, rein, foie, pancréas. La greffe de moelle osseuse est assimilée à une greffe d'organe principal.

♦ *Maladie de Parkinson*

On entend par maladie de Parkinson une maladie comportant tous les éléments du syndrome parkinsonien.

Sont exclus les syndromes parkinsoniens consécutifs à l'administration de médicaments (syndrome parkinsonien dit iatrogène).

♦ *Sclérose en plaques*

Affection du système nerveux central évoluant par plusieurs poussées, authentifiée par des éléments cliniques et para-cliniques, et entraînant à plus ou moins long terme des déficits neurologiques permanents objectifs et invalidants.

B. Règlement des prestations

Le montant du capital assuré est celui garanti au jour de la déclaration à l'assureur. Le capital au titre de cette garantie ne peut être versé qu'une seule fois. Le versement du capital met fin à la garantie.

Le bénéfice de la garantie est acquis après un délai de deux mois suivant la réception à AGIPI de la déclaration, par l'assuré, du diagnostic de la maladie. On entend par diagnostic la constatation clinique et paraclinique établie par un médecin. Ce délai sert à la reconnaissance de la maladie par l'assureur.

La prestation n'est due que si l'assuré est vivant au terme de ce délai de deux mois.

Sur demande de l'assuré, ce capital pourra être versé sous forme de rente.

■ *Article 29 - Exonération du paiement des cotisations*

En cas d'incapacité totale de travail, les cotisations continueront d'être dues aux échéances choisies par l'adhérent. Cependant, tant que l'assuré bénéficie des prestations prévues par les articles 22 et 24, les cotisations payées sont remboursées à l'adhérent à raison de 1/365^{ème} de la cotisation annuelle par journée d'incapacité, déduction faite d'une franchise de 90 jours ; le remboursement intervient à la fin de la période d'incapacité.

En cas de versement de la rente totale d'invalidité et tant que l'assuré bénéficie des prestations prévues à l'article 25, et au plus tard jusqu'au 65^{ème} anniversaire de l'assuré, l'adhérent est exonéré du paiement des cotisations arrivant à échéance.

Dans ce même cas, et si l'assuré a souscrit une garantie capital décès viager, la provision mathématique de la garantie capital décès viager à l'issue de cette période est celle qui aurait résulté du paiement par l'adhérent des cotisations nécessaires au maintien du capital assuré au niveau qui était le sien au jour du classement en invalidité totale.

Dès la constatation de la perte totale ou partielle d'autonomie de l'assuré telle qu'elle est définie à l'article 27 et tant que dure cet état, les cotisations de la garantie relais autonomie ne sont plus dues par l'adhérent.

Pendant la période d'exonération, les garanties sont intégralement maintenues à l'assuré, sans possibilité de modifications. Les limitations et exclusions prévues pour les garanties incapacité, invalidité ou perte d'autonomie à l'article 30 s'appliquent également à la présente garantie d'exonération.

■ Article 30 - Risques garantis, risques exclus, limites de garanties

Les garanties en cas d'incapacité de travail, d'invalidité et de perte d'autonomie sont acquises dans le monde entier ; sont toutefois exclus les risques mentionnés à l'article 22 A et les conséquences des événements suivants :

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

A. Etats antérieurs

Les maladies ou infirmités existant à la prise d'effet de l'adhésion ainsi que leurs conséquences ou les conséquences d'accidents survenus avant la prise d'effet de l'adhésion sont exclues des garanties des articles 22 à 29 inclus.

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

B. Délai d'attente

Toute affection due à une maladie dont la première manifestation survient dans les 180 jours suivant la date d'effet de l'adhésion est exclue de la garantie, ainsi que ses conséquences éventuelles, quand bien même la première manifestation n'aurait pas donné lieu à un diagnostic précis.

Toute affection, liée à une grossesse ayant débuté avant la date d'effet de l'adhésion ou dans les 6 premiers mois de l'adhésion, est également exclue de la garantie.

Le délai d'attente est porté à 365 jours en cas de maladies mentales, états dépressifs, les fibromyalgies et toutes affections liées à des troubles de la personnalité, ainsi que toutes maladies ou infections causées par un virus du syndrome d'immuno-déficience acquise. En ce qui concerne ce syndrome, la date de séro-conversion est considérée comme la date de première manifestation de la maladie. Le délai relatif à ces affections, y compris démences séniles et maladie d'Alzheimer, est porté à 1095 jours pour la garantie relais autonomie.

Toutefois, ces délais peuvent être abrogés à la demande de l'assuré si l'adhésion à la convention remplace, sans qu'il y ait eu interruption dans le temps, un contrat à adhésion individuelle facultative souscrit personnellement par l'assuré auprès d'un autre assureur comportant des garanties similaires et si la résiliation de ce contrat était le fait de l'assuré.

L'abrogation du délai d'attente des garanties souscrites à AGIPI s'exerce dans la limite des garanties précédemment souscrites.

Le délai d'attente s'applique également en cas d'augmentation des garanties et de diminution de franchises, à compter de la date d'effet indiquée sur les nouvelles conditions particulières d'adhésion, mais uniquement pour le supplément de garanties résultant de la modification.

C. Grossesses et maternités

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

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

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

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

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

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

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

D. Affections psychologiques et fatigues chroniques

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

Pour toutes les affections précitées, réactionnelles ou non, le montant total versé au titre des garanties applicables en cas d'incapacité temporaire de travail ne peut excéder plus de 365 jours de prestations pour un même assuré, servies en une ou plusieurs fois. De même lorsque l'adhérent a choisi la rente d'invalidité à complément viager, ces affections ne seront pas prises en compte pour la détermination du complément viager.

E. Affections disco-vertébrales

Toute incapacité de travail consécutive à une affection du rachis (par exemple et de façon non limitative ; cervicalgies, dorsalgies, lombalgies, lumbagos, hernies discales, sciatiques) fait l'objet d'une franchise de 30 jours ou de la franchise prévue aux conditions particulières d'adhésion si elle est supérieure.

Le délai d'attente prévu à l'article 30 B s'applique à ces affections.

Cependant, les traumatismes à l'origine d'une fracture osseuse ou d'une luxation sont indemnisés comme un accident.

En cas d'hospitalisation, la franchise hospitalisation telle que prévue aux conditions particulières d'adhésion s'applique.

F. Rechutes

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

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

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

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

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

En cas d'hospitalisation, la franchise hospitalisation telle que prévue aux conditions particulières d'adhésion s'applique.

G. Cures

Les cures de toute nature, notamment thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication, même effectuées en établissement hospitalier, ainsi que les séjours en maison de repos, sont exclus des garanties applicables en cas d'incapacité temporaire de travail.

H. Garanties forfaitaires - Garanties indemnitaires

Pour les assurés exerçant une activité non salariée, les garanties Indemnités perte de revenu, Complément régime professionnel et les garanties en cas d'invalidité sont forfaitaires.

Pour les assurés exerçant une activité salariée, les prestations versées au titre des garanties Indemnités perte de revenu - exception faite des indemnités en cas d'hospitalisation - et rente mensuelle en cas d'invalidité permanente sont indemnitaires. Ces dernières ne peuvent avoir pour effet de procurer aux assurés un revenu supérieur à leur revenu professionnel mensuel moyen de l'année précédant celle de leur arrêt de travail, compte tenu des prestations versées par tout autre régime de prévoyance ou d'assurance obligatoire ou facultatif.

La garantie Remboursement des frais professionnels a, dans tous les cas, un caractère indemnitaire.

I. Territorialité - Déplacements à l'étranger

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

J. Activités sportives

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

Pour les sportifs amateurs, il est appliqué une franchise de 30 jours ou la franchise prévue aux conditions particulières d'adhésion si elle est supérieure pour toute incapacité de travail due à la pratique du rugby ou du football en tant que licencié.

Garanties remboursement des frais de santé

■ *Article 31 - Définition des garanties et bonification*

AGIPI prend en charge tout ou partie des frais de santé engagés par l'assuré ou sa famille assurée ci-après dénommés bénéficiaires en complément des prestations versées par le Régime Obligatoire, et dans la limite du tableau de garanties (en annexe).

Pour bénéficier des garanties remboursement des frais de santé, le ou les bénéficiaires doivent relever d'un Régime Obligatoire d'assurance maladie français.

L'assuré choisit, lors de l'adhésion, l'une des trois formules de garanties : TM+, Confort ou Privilège. La formule est la même pour tous les bénéficiaires. Les remboursements dépendent de la formule de garanties choisie et indiquée dans les conditions particulières d'adhésion.

L'assuré, dont le conjoint exerce la profession de médecin, chirurgien-dentiste, orthodontiste, stomatologue, opticien, ophtalmologiste ou pharmacien, peut faire bénéficier la famille assurée du non remboursement de certains actes comme indiqué ci-après. Il bénéficie en conséquence d'un tarif adapté.

Profession	Actes non remboursés
Médecins généralistes et spécialistes	Consultations et visites*
Pharmaciens	Pharmacie
Chirurgiens-dentistes, orthodontistes, stomatologues	Consultation, soins et prothèses dentaires, orthodontie et stomatologie
Opticiens et ophtalmologistes	Optique

* Les consultations et visites dans le cadre d'une hospitalisation sont remboursées.

Bonification des garanties

Pour les 3 formules d'assurance santé ; TM+, Confort et Privilège d'au moins un an d'ancienneté, une bonification, qui croît de 10 points au 1^{er} janvier de chaque année, jusqu'à atteindre 50 points, augmente d'autant les plafonds de remboursement exprimés en pourcentage de la base sécurité sociale.

La bonification de garanties s'applique depuis le 1^{er} janvier 2009 aux garanties exprimées en pourcentage.

■ Article 32 - Risques garantis, risques exclus, limites de garanties

A. Risques garantis et limites de garanties

Pour être prises en charge par AGIPI, les dépenses de santé doivent :

- correspondre à des soins ayant débuté postérieurement à la date d'effet de souscription de la garantie remboursement des frais de santé et compris dans la période assurée,
- avoir fait l'objet au préalable d'un remboursement par le Régime Obligatoire, sauf mention contraire dans le tableau des garanties figurant en annexe de la présente Notice.

Tous les pourcentages figurant dans le tableau des garanties (en annexe) sont exprimés en fonction de la base de remboursement du régime obligatoire ou du tarif de convention et intègrent les remboursements du régime obligatoire d'assurance maladie. Il en va de même concernant les garanties en euros du poste optique.

Exceptés les plafonds uniques dans la vie de l'adhésion concernant l'opération par laser de la myopie et de l'hypermétropie ainsi que le sevrage tabagique, le renouvellement des lunettes après une année civile sans remboursement (sauf en cas de changement du défaut visuel sur prescription médicale) et le bonus optique, les autres forfaits, limites et plafonds s'entendent par année civile et par bénéficiaire. Ils ne peuvent être ni dépassés, ni reportés d'une année civile sur l'autre.

Les lentilles cornéennes prescrites (y compris les lentilles jetables), les frais liés à l'opération par laser de la myopie ou de l'hypermétropie, ainsi que les vaccins et les pilules contraceptives refusés par le régime obligatoire, sont remboursés sous condition de prescription médicale.

Les implants dentaires sont pris en charge comme le bridge ou l'appareil amovible le plus équivalent.

Le remboursement d'AGIPI est toujours calculé comme si le praticien consulté était conventionné.

Les soins, honoraires et frais de séjour en cas d'hospitalisation sont remboursés sur la base du ticket modérateur pendant les 3 mois qui suivent la prise d'effet de l'adhésion, quelle que soit la formule retenue, sauf s'il s'agit d'une hospitalisation consécutive à un accident ou si l'adhésion à la convention remplace, sans qu'il y ait interruption de garantie dans le temps, un contrat comportant des garanties similaires. Dans ce dernier cas, l'abrogation du délai de 3 mois s'exerce dans la limite des garanties précédemment souscrites.

En cas de naissance ou d'adoption, AGIPI verse une allocation par enfant, subordonnée à l'inscription de ce dernier à une garantie remboursement des frais de santé du Cap dans les trois mois qui suivent la naissance ou l'adoption et sur présentation de l'acte de naissance (ou d'adoption) ou de la copie du livret de famille, sous réserve du délai d'attente mentionné à l'article 33. Une seule allocation est versée par enfant même si les deux parents sont assurés.

Lorsque l'assuré a également souscrit une garantie en cas d'incapacité de travail ou une garantie de rente en cas d'invalidité, il peut, dans les conditions prévues à l'article 29, être exonéré du paiement des cotisations de son adhésion. Cette exonération concerne alors également la cotisation des garanties remboursement des frais de santé à condition que ces dernières aient été souscrites antérieurement à la prise d'effet de l'exonération. Par ailleurs, pendant le bénéfice de l'exonération, aucun bénéficiaire ne peut être ajouté au titre des garanties remboursement des frais de santé.

En aucun cas, le total des prestations versées par AGIPI et par le régime obligatoire, ainsi que la participation forfaitaire à la charge de l'assuré ne peuvent, pour chaque acte donnant lieu à un remboursement, être supérieurs aux frais réellement engagés.

Exceptées les garanties d'assistance, les garanties remboursement des frais de santé s'appliquent pour des soins effectués en France et dans tous les autres pays (si prise en charge préalable de l'Assurance Maladie obligatoire française). Le règlement des prestations est effectué en France et en euros.

B. Modifications des garanties

A l'expiration d'un délai d'un an, l'assuré peut demander la modification de ses garanties de remboursement des frais de santé à chaque échéance principale (fixée au 1^{er} janvier) quel que soit le motif.

Les nouvelles garanties prennent effet à la date indiquée sur les nouvelles conditions particulières d'adhésion, sous réserve de signature de celles-ci par l'assuré et du paiement de la première échéance mentionnée dans le décompte de cotisation.

En cours d'année, le retrait d'un bénéficiaire ne peut être effectué qu'en cas :

- de décès (sur présentation d'un acte de décès),
- d'adhésion à une mutuelle d'entreprise obligatoire (justifiée par une attestation de contrat groupe),
- de départ à l'étranger (sur justificatif attestant de ce départ),
- de changement de situation (divorce, séparation, enfant qui n'est plus à charge - sur présentation de tout document attestant de ce changement).

C. Risques exclus

Ne sont pas pris en charge

- **les frais d'hospitalisation en long séjour, c'est-à-dire les soins de longue durée comportant un hébergement pour les personnes n'ayant pas leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien,**
- **les séjours commencés avant la date d'effet de l'adhésion,**
- **les frais de thalassothérapie,**
- **les séjours et frais relatifs aux établissements médico-sociaux.**

D. Mise en jeu des garanties d'assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation à domicile

Les garanties d'assistance s'exercent exclusivement en France.

Les prestations d'assistance sont limitées aux hospitalisations de plus de 24 heures qui présentent un caractère soudain et imprévisible, hors maternité, et à une intervention par bénéficiaire et par année civile.

- Dès le 1^{er} jour d'hospitalisation, l'acheminement d'un proche résidant en France métropolitaine est pris en charge et un titre de transport aller-retour en avion ou en train est payé.
- Dès le retour au domicile et pendant les 20 jours qui suivent, sont pris en charge :
 - les services d'une aide ménagère qui accomplira les tâches quotidiennes qui ne peuvent être effectuées du fait de l'état physique de l'assuré, dans la limite de 40 heures, avec un minimum de 2 heures consécutives,
 - les services d'une garde-malade, dans la limite de 40 heures, avec un minimum de 4 heures consécutives,
 - la livraison des médicaments ou du matériel médical prescrits ; le coût des médicaments et les frais de location restant à la charge de l'adhérent.

Pour avoir droit à ces prestations, la demande doit être faite au plus tard dans les 8 jours qui suivent le retour de l'hôpital et après accord préalable d'AGIPI ou de l'organisme gestionnaire choisi par AGIPI.

■ **Article 33 - Délai d'attente**

Il n'y a pas de délai d'attente sauf :

- pour l'allocation naissance : 10 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion,
- pour les consultations neuro-psychiatriques : 12 mois à partir de la date d'effet de l'adhésion.

Toutefois, ces délais peuvent être abrogés à la demande de l'assuré si l'adhésion à la convention remplace, sans qu'il y ait eu interruption de garantie dans le temps, un contrat à adhésion individuelle facultative souscrit personnellement par l'assuré auprès d'un autre assureur comportant des garanties similaires et si la résiliation de ce contrat était le fait de l'assuré. L'abrogation du délai d'attente des garanties souscrites à AGIPI s'exerce dans la limite des garanties précédemment souscrites.

■ **Article 34 - Subrogation**

AGIPI qui a payé une indemnité au titre des frais de santé se substitue à l'adhérent ou à ses ayants droits dans leurs droits et actions de recours contre tout responsable conformément à l'article L 121-12 du Code des assurances et jusqu'à concurrence de cette indemnité.

Cotisations

■ Article 35 - Age de l'assuré

L'âge se calcule par différence entre l'année d'échéance et l'année de naissance, quel que soit le mois de naissance de l'assuré.

En cas d'erreur sur l'âge de l'assuré, si l'âge réel se situe en dehors des limites fixées par la présente convention, les garanties sont nulles et les cotisations perçues sont restituées. En revanche, si l'âge réel de l'assuré se situe dans les limites prévues par la présente convention, les garanties assurées sont réduites ou le surplus de cotisation remboursé, conformément aux dispositions de l'article L 132-26 du Code des assurances.

■ Article 36 - Cotisations de la garantie capital décès viager

Les cotisations sont fixées en fonction de l'âge de l'assuré à la souscription, de la durée de paiement choisie, et du capital garanti.

La cotisation annuelle initiale en euros tenant compte d'un fractionnement mensuel s'obtient en multipliant le capital souscrit par le pourcentage figurant dans le tableau ci-dessous.

Au moment de la souscription, ces montants peuvent être modifiés pour tenir compte de l'état de santé de l'assuré.

Age	Durée de paiement																viager
	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	
30	8,824%	8,075%	7,452%	6,925%	6,473%	6,082%	5,741%	5,440%	5,172%	4,933%	4,719%	4,525%	4,349%	4,189%	4,043%	3,908%	2,232%
31	8,929%	8,172%	7,541%	7,008%	6,552%	6,156%	5,811%	5,506%	5,236%	4,994%	4,777%	4,582%	4,404%	4,242%	4,094%	3,958%	2,290%
32	9,036%	8,270%	7,632%	7,093%	6,631%	6,231%	5,882%	5,574%	5,301%	5,056%	4,837%	4,639%	4,460%	4,296%	4,147%	4,010%	2,350%
33	9,144%	8,369%	7,724%	7,179%	6,712%	6,307%	5,954%	5,643%	5,366%	5,120%	4,898%	4,698%	4,517%	4,351%	4,200%	4,062%	2,413%
34	9,254%	8,470%	7,818%	7,266%	6,794%	6,385%	6,027%	5,713%	5,433%	5,184%	4,960%	4,758%	4,575%	4,408%	4,255%	4,116%	2,478%
35	9,365%	8,572%	7,912%	7,355%	6,877%	6,463%	6,102%	5,784%	5,502%	5,250%	5,023%	4,819%	4,634%	4,465%	4,312%	4,170%	2,545%
36	9,478%	8,676%	8,008%	7,444%	6,961%	6,543%	6,178%	5,857%	5,571%	5,317%	5,088%	4,882%	4,695%	4,524%	4,369%	4,227%	2,616%
37	9,592%	8,781%	8,106%	7,535%	7,047%	6,625%	6,255%	5,930%	5,642%	5,385%	5,154%	4,945%	4,757%	4,585%	4,428%	4,284%	2,689%
38	9,707%	8,888%	8,205%	7,628%	7,134%	6,707%	6,334%	6,006%	5,714%	5,454%	5,221%	5,011%	4,820%	4,647%	4,488%	4,344%	2,766%
39	9,825%	8,996%	8,305%	7,722%	7,223%	6,792%	6,415%	6,083%	5,788%	5,526%	5,290%	5,077%	4,885%	4,710%	4,550%	4,405%	2,846%
40	9,944%	9,105%	8,408%	7,818%	7,314%	6,877%	6,496%	6,161%	5,864%	5,598%	5,360%	5,146%	4,952%	4,775%	4,614%	4,467%	2,930%
41	10,065%	9,217%	8,512%	7,916%	7,406%	6,965%	6,580%	6,241%	5,941%	5,673%	5,432%	5,216%	5,020%	4,842%	4,680%	4,532%	3,017%
42	10,187%	9,331%	8,618%	8,015%	7,500%	7,054%	6,665%	6,323%	6,019%	5,749%	5,506%	5,288%	5,090%	4,911%	4,748%	4,599%	3,108%
43	10,312%	9,446%	8,725%	8,116%	7,596%	7,145%	6,752%	6,406%	6,100%	5,827%	5,582%	5,362%	5,163%	4,982%	4,818%	4,668%	3,204%
44	10,439%	9,563%	8,835%	8,220%	7,693%	7,238%	6,841%	6,492%	6,183%	5,907%	5,660%	5,438%	5,238%	5,056%	4,891%	4,740%	3,304%
45	10,568%	9,683%	8,946%	8,325%	7,793%	7,333%	6,932%	6,580%	6,268%	5,990%	5,741%	5,517%	5,315%	5,132%	4,966%	4,814%	3,409%
46	10,699%	9,804%	9,060%	8,432%	7,895%	7,430%	7,026%	6,670%	6,355%	6,075%	5,824%	5,599%	5,395%	5,211%	5,044%	4,892%	3,519%
47	10,832%	9,928%	9,176%	8,541%	7,999%	7,530%	7,121%	6,762%	6,445%	6,162%	5,910%	5,683%	5,478%	5,293%	5,126%	4,973%	3,634%
48	10,968%	10,054%	9,294%	8,653%	8,105%	7,632%	7,220%	6,858%	6,538%	6,253%	5,999%	5,770%	5,565%	5,379%	5,210%	5,058%	3,756%
49	11,106%	10,183%	9,415%	8,768%	8,215%	7,737%	7,321%	6,956%	6,633%	6,347%	6,091%	5,861%	5,655%	5,468%	5,299%	5,146%	3,883%
50	11,244%	10,311%	9,537%	8,883%	8,325%	7,843%	7,424%	7,056%	6,731%	6,442%	6,185%	5,954%	5,747%	5,560%	5,391%	5,238%	4,016%
51	11,384%	10,443%	9,660%	9,001%	8,437%	7,952%	7,529%	7,159%	6,832%	6,541%	6,283%	6,051%	5,843%	5,656%	5,487%	5,335%	4,156%
52	11,527%	10,576%	9,787%	9,121%	8,553%	8,064%	7,638%	7,265%	6,936%	6,644%	6,385%	6,153%	5,944%	5,757%	5,589%	5,437%	4,303%
53	11,672%	10,713%	9,916%	9,245%	8,673%	8,179%	7,751%	7,375%	7,045%	6,752%	6,491%	6,259%	6,050%	5,864%	5,696%	5,544%	4,458%
54	11,824%	10,856%	10,052%	9,375%	8,798%	8,302%	7,870%	7,493%	7,160%	6,866%	6,605%	6,372%	6,164%	5,978%	5,810%	5,660%	4,623%
55	11,979%	11,003%	10,192%	9,510%	8,929%	8,428%	7,994%	7,615%	7,281%	6,986%	6,725%	6,492%	6,284%	6,098%	5,932%	5,784%	4,796%
56	12,139%	11,154%	10,337%	9,649%	9,064%	8,560%	8,124%	7,743%	7,408%	7,113%	6,851%	6,618%	6,411%	6,227%	6,062%		4,980%
57	12,303%	11,310%	10,486%	9,793%	9,204%	8,698%	8,259%	7,877%	7,541%	7,246%	6,984%	6,752%	6,547%	6,363%			5,175%
58	12,472%	11,470%	10,641%	9,943%	9,351%	8,842%	8,401%	8,018%	7,682%	7,386%	7,126%	6,895%	6,690%				5,380%
59	12,646%	11,637%	10,801%	10,100%	9,504%	8,993%	8,551%	8,167%	7,831%	7,536%	7,276%	7,047%					5,598%
60	12,826%	11,809%	10,968%	10,263%	9,664%	9,151%	8,708%	8,324%	7,988%	7,694%	7,436%						5,829%
61	13,012%	11,989%	11,143%	10,433%	9,832%	9,318%	8,875%	8,490%	8,156%	7,863%							6,074%
62	13,205%	12,176%	11,325%	10,613%	10,009%	9,494%	9,051%	8,668%	8,335%								6,335%
63	13,407%	12,371%	11,516%	10,801%	10,197%	9,681%	9,239%	8,857%									6,611%
64	13,616%	12,575%	11,717%	11,000%	10,395%	9,880%	9,439%										6,906%
65	13,836%	12,790%	11,929%	11,211%	10,606%	10,092%											7,219%
66	14,066%	13,016%	12,153%	11,435%	10,831%												7,553%
67	14,308%	13,255%	12,391%	11,673%													7,910%
68	14,563%	13,509%	12,645%														8,290%
69	14,834%	13,779%															8,697%
70	15,121%																9,132%

■ Article 37 - Cotisations de prévoyance et de perte d'autonomie

A. Base forfaitaire de référence

Les cotisations des garanties de prévoyance, hors garantie capital décès viager, et les cotisations de la garantie relais autonomie sont calculées par référence à une base forfaitaire, qui est réactualisée régulièrement par accord entre AGIPI et l'assureur pour tenir compte de l'évolution du coût de la vie. Les garanties correspondantes sont revalorisées dans les mêmes proportions. Les taux de cotisations évoluent chaque fois que l'assuré change de tranche d'âge comme indiqué à l'article 37 D.

Les cotisations peuvent, en outre, par accord entre AGIPI et l'assureur, être révisées au 1^{er} janvier de chaque année en fonction des résultats d'une catégorie homogène d'adhérents à la convention ou pour tenir compte des évolutions réglementaires et fiscales.

B. Calcul des garanties

Pour chaque garantie, l'adhérent a la faculté de souscrire différentes classes de garanties. Les prestations assurées évoluent d'année en année, en fonction de la base forfaitaire de référence fixée à 33 000 € au 1^{er} janvier 2014. Les prestations de la classe 1 de chaque garantie sont au 1^{er} janvier 2014 les suivantes :

— Capital décès et Rente viagère temporaire (capital constitutif) ..	: 33 000 €
— Capital supplémentaire en cas de décès par accident	: 66 000 €
— Rente éducation	: 110,00 € par mois jusqu'à 11 ans
.....	: 137,50 € par mois de 12 à 17 ans
.....	: 165,00 € par mois de 18 à 26 ans
Rente éducation : IJ en cas d'hospitalisation (*)	: 22,60 € par jour
Rente éducation : capital en cas de PTIA (*)	: 33 000 €
— Pension de conjoint	: 220,00 € par mois jusqu'au 65 ^{ème} anniversaire du bénéficiaire
.....	: 110,00 € par mois du 65 ^{ème} anniversaire au décès du bénéficiaire
— Indemnités perte de revenu	: 22,60 € par jour
— Complément régime professionnel	: 22,60 € par jour
— Remboursement des frais professionnels (plafond journalier d'indemnisation)	: 45,20 € par jour
— Rente invalidité	: 687,50 € par mois
— Capital invalidité	: 33 000 €
— Capital maladies graves	: 16 500 €
— Relais autonomie	: 687,50 € par mois à partir du 65 ^{ème} anniversaire de l'assuré

Les autres classes de garanties représentent des multiples de la classe 1.

La classe 1 est le minimum assurable.

Le montant des garanties choisies par l'adhérent est indiqué sur les conditions particulières d'adhésion établies à la souscription, puis annuellement sur chaque appel de cotisation.

(*) Dans le cadre de la rente éducation, les prestations "IJ en cas d'hospitalisation" et "Capital en cas de PTIA" s'exercent dans la limite de 10 classes de garanties par enfant bénéficiaire, quel que soit le nombre de parents assurés et quel que soit le nombre d'adhésions souscrites.

C. Cotisations de la garantie relais autonomie

Les cotisations de la garantie relais autonomie sont fixées en fonction de l'âge de l'assuré et du niveau de garantie choisi. Outre les effets de l'indexation annuelle des garanties et du tarif, la cotisation change à partir de l'année des 65 ans de l'assuré.

Tarif annuel en fonction de l'âge à la souscription, tenant compte d'un paiement mensuel sur 12 mois

Prestation versée à partir de 65 ans en cas de perte d'autonomie totale (*)	Cotisation annuelle (*) payable jusqu'à l'âge de 65 ans, pour une souscription à l'âge de :				Cotisation annuelle à partir de 65 ans (*)
	jusqu'à 45 ans	46-50 ans	51-55 ans	56-60 ans	Cotisation viagère
687,50 €	77,00 €	110,00 €	154,00 €	286,00 €	616,00 €
1 375,00 €	176,00 €	231,00 €	341,00 €	627,00 €	1 210,00 €
2 062,50 €	297,00 €	396,00 €	572,00 €	1 067,00 €	1 760,00 €

(*) Cotisations et prestations en vigueur au 1^{er} janvier 2014, sous réserve de l'indexation annuelle : ces montants évoluent au 1^{er} janvier de chaque année, en fonction notamment de la base de garantie du contrat Cap.

La garantie relais autonomie bénéficie d'un encadrement particulier des révisions tarifaires : dans le cas où une perte technique serait observée sur cette garantie, le barème des cotisations pourra être révisé selon la procédure suivante : l'assureur et AGIPI examineront le suivi des données générales relatives au risque et l'incidence de la déformation de ces données sur le calcul des cotisations.

Compte tenu de l'ensemble de ces informations, le tarif applicable aux personnes déjà assurées pourra alors être révisé. Toutefois, aucune révision annuelle du taux de cotisation ne pourra être supérieure à 5 %. Si l'assuré n'accepte pas le taux de la cotisation résultant de la procédure définie ci-dessus, il a la possibilité de continuer à verser la prime calculée au taux antérieur. Le montant de la garantie relais autonomie subit alors une diminution proportionnelle. Il est mis fin aux garanties de services ou d'assistance.

D. Cotisations des garanties de prévoyance autres que la garantie capital décès viager et la garantie relais autonomie

Les cotisations sont fixées en fonction de la profession, de l'âge de l'assuré et des garanties choisies.

Groupes professionnels

Les assurés sont répartis en 7 groupes professionnels pour tenir compte des écarts de risques entre catégories professionnelles.

Groupe A Administrateurs judiciaires, architectes, avocats, commissaires aux comptes, commissaires-priseurs, experts-comptables, géomètres, greffiers des tribunaux de commerce, huissiers de justice, magistrats, mandataires judiciaires, notaires.

Groupe B Professions libérales dans les secteurs suivants : architecte d'intérieur sans travail manuel, conseil en entreprise, conseil en diagnostic immobilier, conseil en informatique.

Professions libérales dans les secteurs suivants : édition, ingénierie, traduction, dont l'activité ne comporte **pas de travail manuel**.

Chefs d'entreprise de plus de 10 salariés, dont l'activité ne comporte **pas de travail manuel**.

Salariés cadres sans travail manuel.

Groupe C Agents commerciaux, agents généraux et experts en assurance, agents immobiliers, agents de voyages, étioopathes, journalistes, kinésithérapeutes, naturopathes, psychanalystes, psychologues et autres professions de conseil non énumérées dans le groupe B.

Chefs d'entreprise, artisans et commerçants dont l'activité ne comporte **pas de travail manuel ou un travail manuel peu dangereux, dans les secteurs suivants :** antiquaires, bijoutiers-joailliers, cavistes, coiffeurs, commerçants de détail en vêtements, en chaussures, en informatique et téléphonie, en maroquinerie, en parfumerie, en électroménager, en jouets, en papeterie, en articles de sports, épiciers, esthéticiennes, fleuristes, graphistes, herboristes, horlogers, libraires, organisateurs d'événementiels, photographes, prothésistes.

Groupe D Commerçants de détail non énumérés dans le groupe C, dont l'activité ne comporte **pas de travail manuel, ou un travail manuel peu dangereux**.

Chefs d'entreprise, artisans et commerçants dans les secteurs suivants : bouchers, boulangers, buralistes, cafetiers, charcutiers, chauffeurs de taxi, décorateurs d'intérieur, encadreur, fourreurs, hôteliers, imprimeurs, installateurs électriques, pâtisseries, paysagistes sans élagage, quincailliers, serruriers, toiletteurs, traiteurs.

Groupe E Chefs d'entreprise, artisans, commerçants dans les secteurs suivants : ambulanciers, moniteurs d'auto-école, transporteurs routiers, VRP...

Chefs d'entreprise, artisans, commerçants dont l'activité comporte du **travail manuel :** blanchisseurs, brocanteurs, carreleurs, carrossiers, charpentiers, chaudronniers, chauffagistes, cordonniers, ébénistes, entrepreneurs du bâtiment, ferronniers, garagistes, gérants de station-service, horticulteurs, jardiniers, maraîchers, marbriers, menuisiers, miroitiers, peintres en bâtiment, pépiniéristes, plâtriers, plombiers zingueurs, poissonniers, restaurateurs, teinturiers, vitriers...

Exploitants agricoles et viticoles.

Groupe F Employés administratifs, commerciaux, enseignants ou employés dont l'activité ne comporte **pas de travail manuel ou un travail manuel peu dangereux**.

Employés des secteurs du groupe C.

Groupe G Cadres, employés et ouvriers dont l'activité comporte du **travail manuel**.

Taux de cotisation - taux progressif

Les cotisations annuelles correspondant à la classe 1 de chaque garantie sont calculées en multipliant la base forfaitaire par un taux de cotisation établi en fonction de l'âge de l'assuré, du groupe professionnel, et s'il est fumeur ou non-fumeur. Ce taux peut être modifié en fonction de l'état de santé, des conditions d'exercice professionnel et des activités sportives de l'assuré.

Les taux de cotisations sont fixés par périodes quinquennales et évoluent chaque fois que l'assuré change de tranche d'âge.

Les cotisations dues au titre des autres classes sont, sauf pour la garantie rente invalidité au delà de la classe 5, des multiples de la cotisation de la classe 1. Pour la garantie rente invalidité, à partir de la classe 5, la cotisation de chaque classe supplémentaire est augmentée de 5 % par rapport à celle de la classe précédente. Pour cette même garantie, le tarif est diminué de 15 % si l'adhérent choisit d'arrêter cette garantie au 60^{ème} anniversaire de l'assuré.

Tarif non-fumeur

Le tarif non-fumeur pour les garanties décès temporaire, rente éducation et pension de conjoint est inférieur de 20 % à celui du tarif de base, et de 5 % pour la garantie capital décès viager.

Un assuré est éligible à ce tarif s'il est non-fumeur et s'il n'a pas fumé au cours des deux dernières années.

Au 1^{er} janvier 2014, les taux de cotisations sont les suivants :

Garanties en cas de décès	-31	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75
Capital décès ou Rente viagère temporaire (1) (2)										
A, B et C	0,090%	0,135%	0,225%	0,269%	0,359%	0,628%	0,987%	1,481%	2,514%	4,489%
D et E	0,153%	0,189%	0,251%	0,315%	0,458%	0,799%	1,239%	1,877%	3,188%	5,702%
F et G	0,171%	0,225%	0,287%	0,351%	0,458%	0,799%	1,239%	1,877%	3,188%	5,702%
Capital supplémentaire en cas de décès par accident										
A, B et C	0,189%	0,189%	0,189%	0,189%	0,189%	0,189%	0,189%	0,189%		
D, E, F et G	0,252%	0,252%	0,252%	0,252%	0,252%	0,252%	0,252%	0,252%		
Pension de conjoint (1) (2)										
A, B et C	0,281%	0,323%	0,383%	0,426%	0,570%	0,766%	1,378%	1,548%	1,703%	2,896%
D, E, F et G	0,332%	0,365%	0,442%	0,493%	0,663%	0,893%	1,590%	1,795%	1,974%	3,677%
Rente éducation (1)										
A, B et C	0,095%	0,095%	0,142%	0,142%	0,142%	0,189%	0,189%	0,189%	0,317%	0,317%
D, E, F et G	0,151%	0,151%	0,189%	0,189%	0,189%	0,236%	0,236%	0,236%	0,403%	0,403%
Garanties en cas d'incapacité	-31	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75
Indemnités perte de revenu										
A et B	0,147%	0,189%	0,231%	0,241%	0,273%	0,315%	0,357%	0,441%	0,507%	
C	0,326%	0,399%	0,430%	0,462%	0,504%	0,567%	0,651%	0,819%	0,942%	
D	0,336%	0,410%	0,452%	0,514%	0,651%	0,746%	0,850%	1,071%	1,232%	
E	0,399%	0,483%	0,588%	0,682%	0,861%	0,998%	1,145%	1,439%	1,655%	
F	0,430%	0,514%	0,567%	0,598%	0,651%	0,746%	0,850%	1,071%	1,232%	
G	0,567%	0,693%	0,766%	0,808%	0,861%	0,998%	1,145%	1,439%	1,655%	
Complément régime professionnel										
A	0,053%	0,073%	0,084%	0,095%	0,105%	0,115%	0,137%	0,168%		
Remboursement des frais professionnels										
A et B	0,273%	0,368%	0,430%	0,472%	0,504%	0,588%	0,672%	0,840%	0,966%	
C	0,567%	0,682%	0,756%	0,808%	0,882%	1,008%	1,155%	1,449%	1,666%	
D	0,746%	0,892%	0,987%	1,050%	1,134%	1,323%	1,501%	1,880%	2,162%	
E	1,008%	1,218%	1,344%	1,417%	1,512%	1,753%	2,016%	2,520%	2,898%	
Garanties en cas d'invalidité	-31	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75
Rente d'invalidité										
A	0,168%	0,221%	0,252%	0,273%	0,294%	0,399%	0,472%	0,504%		
A barèmes spécifiques	0,179%	0,241%	0,294%	0,315%	0,357%	0,452%	0,536%	0,567%		
B	0,210%	0,273%	0,315%	0,347%	0,368%	0,504%	0,588%	0,630%		
C	0,357%	0,420%	0,462%	0,483%	0,525%	0,620%	0,693%	0,872%		
D	0,368%	0,452%	0,483%	0,556%	0,662%	0,756%	0,872%	1,050%		
E	0,388%	0,494%	0,578%	0,693%	0,840%	0,976%	1,103%	1,323%		
F	0,441%	0,514%	0,588%	0,620%	0,662%	0,756%	0,872%	1,050%		
G	0,556%	0,662%	0,724%	0,777%	0,840%	0,976%	1,103%	1,323%		
Rente invalidité à complément viager										
A	0,410%	0,494%	0,536%	0,556%	0,588%	0,662%	0,704%	0,504%		
A barèmes spécifiques	0,514%	0,609%	0,672%	0,714%	0,766%	0,808%	0,840%	0,567%		
B	0,514%	0,620%	0,672%	0,693%	0,735%	0,830%	0,882%	0,630%		
C	0,620%	0,714%	0,766%	0,777%	0,830%	0,892%	0,934%	0,872%		
D	0,898%	1,010%	1,027%	1,132%	1,274%	1,289%	1,301%	1,050%		
E	0,947%	1,104%	1,229%	1,411%	1,600%	1,619%	1,645%	1,323%		
F	1,076%	1,149%	1,251%	1,263%	1,274%	1,289%	1,301%	1,050%		
G	1,357%	1,480%	1,540%	1,583%	1,600%	1,619%	1,645%	1,323%		
Capital invalidité										
A et B	0,168%	0,189%	0,199%	0,210%	0,241%	0,263%	0,315%			
A barèmes spécifiques	0,227%	0,252%	0,265%	0,302%	0,340%	0,365%	0,410%			
C	0,179%	0,199%	0,210%	0,221%	0,252%	0,273%	0,336%			
D et F	0,305%	0,326%	0,336%	0,378%	0,410%	0,441%	0,525%			
E et G	0,472%	0,494%	0,504%	0,546%	0,588%	0,620%	0,735%			
Capital invalidité accident seul										
A et B	0,157%	0,157%	0,157%	0,157%	0,157%	0,157%	0,157%			
A barèmes spécifiques	0,189%	0,189%	0,189%	0,189%	0,189%	0,189%	0,189%			
C	0,168%	0,168%	0,168%	0,168%	0,168%	0,168%	0,168%			
D et F	0,263%	0,263%	0,263%	0,263%	0,263%	0,263%	0,263%			
E et G	0,420%	0,420%	0,420%	0,420%	0,420%	0,420%	0,420%			
Garanties en cas de maladie grave	-31	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71-75
Capital maladies graves										
A, B, C, D, E, F et G	0,105%	0,189%	0,315%	0,504%	0,788%	1,103%	1,428%			

(1) Taux de cotisation de base pour un assuré ne bénéficiant pas de réduction non-fumeur.

(2) Pour les garanties Capital décès, Rente viagère temporaire et Pension de conjoint, à partir de l'âge de 51 ans le tarif évolue annuellement. Le tarif indiqué ci-dessus est celui du milieu de la classe d'âge.

Tarif de la rente d'invalidité option Cap 25

Si l'adhérent choisit cette option, la cotisation annuelle de base de la rente invalidité est majorée de 20 %.

Aménagement des franchises

Les taux de cotisations des garanties indemnités perte de revenu et indemnités de remboursement des frais professionnels s'appliquent lorsque l'adhérent choisit les franchises standards.

Lorsque l'adhérent opte pour des franchises différentes, les cotisations afférentes sont modifiées comme suit :

Majoration ou réduction par rapport au tarif standard

Franchise souscrite			Majoration ou réduction par rapport au tarif standard	
Hospitalisation	Accident	Maladie	Indemnités perte de revenu et remboursement des frais professionnels	Complément au régime professionnel
0 nuit (1)	7 jours	7 jours	+120,00 %	+320,00 %
1 nuit (2)	3 jours	15 jours	+110,00 %	+300,00 %
1 nuit (2)	3 jours	30 jours	+ 45,00 %	+110,00 %
3 nuits (3)	3 jours	15 jours	+ 87,50 %	+230,00 %
3 nuits (3)	3 jours	30 jours	+ 35,00 %	+100,00 %
7 jours	7 jours	7 jours	+ 87,50 %	+230,00 %
15 jours	15 jours	15 jours	+ 20,00 %	+ 55,00 %
30 jours	30 jours	30 jours	Tarif standard	Tarif standard
60 jours	60 jours	60 jours	- 25,00 %	Sans objet
90 jours	90 jours	90 jours	- 37,50 %	
180 jours	180 jours	180 jours	- 56,25 %	
365 jours	365 jours	365 jours	- 62,50 %	

- (1) Franchise semi-relative : en cas d'hospitalisation, y compris pour une intervention de chirurgie ambulatoire, l'indemnisation intervient au premier jour à condition que la durée de l'arrêt de travail dépasse 7 jours continus.
- (2) Franchise semi-relative : l'indemnisation intervient après la première nuitée, à condition que la durée de l'arrêt de travail dépasse trois jours continus.
- (3) Si la durée de l'hospitalisation est supérieure à 3 jours consécutifs, la franchise maladie est remplacée par la franchise hospitalisation.

Tarif nivelé

Si l'adhérent le souhaite, il peut pour les garanties en cas de décès, opter pour un tarif nivelé (tarif constant pendant toute la durée de l'adhésion). Le montant de sa cotisation annuelle, calculé en fonction de l'âge et de la profession de l'assuré à l'adhésion, de la durée prévue pour celle-ci, et du niveau de garantie choisie, est alors mentionné sur les conditions particulières d'adhésion.

Réduction de fidélité

Pour les assurés âgés de 51 ans et plus, les adhésions ayant au moins dix ans d'ancienneté bénéficient d'une réduction tarifaire de fidélité sur les garanties décès hors garantie capital décès viager. Cette réduction, calculée au 1^{er} janvier de chaque année, est égale à 1 % par année d'ancienneté de l'adhésion.

■ Article 38 - Cotisations des garanties remboursement des frais de santé

A. Montant des cotisations

Lors de la souscription des garanties remboursement des frais de santé, les cotisations sont déterminées en fonction de l'âge de l'assuré et des autres membres de la famille assurée, du régime obligatoire de référence et de la formule de garanties choisie (TM+, Confort ou Privilège).

Par la suite, les cotisations évoluent à chaque échéance principale (fixée au 1^{er} janvier) en fonction de l'âge des bénéficiaires et/ou en fonction d'une éventuelle révision technique (voir article 38 B).

Le tarif annuel en euros au 1^{er} janvier 2014 tient compte d'un paiement mensuel sur 12 mois.

Professions des groupes A, B, C, D, E, F et G

Régime TNS, Régime général de la Sécurité Sociale et Régime Social des Indépendants (RSI)

	Age de l'assuré										
	Jusqu'à 20	21 – 30	31 – 35	36 – 40	41 – 45	46 – 50	51 – 55	56 – 60	61 – 65	66 – 70	71 ans et +
TM+	432,30	452,25	569,71	668,54	731,86	731,86	769,84	807,82	847,51	975,24	975,24
Confort	599,42	661,24	796,10	959,05	1 007,77	1 007,77	1 056,48	1 110,83	1 165,12	1 341,22	1 341,22
Privilège	960,40	1 000,22	1 270,74	1 539,17	1 616,76	1 616,76	1 696,43	1 780,29	1 868,40	2 149,38	2 149,38

Régime Alsace-Moselle

	Age de l'assuré										
	Jusqu'à 20	21 – 30	31 – 35	36 – 40	41 – 45	46 – 50	51 – 55	56 – 60	61 – 65	66 – 70	71 ans et +
TM+	168,28	177,81	222,33	262,46	286,52	286,52	300,36	315,89	331,43	381,45	381,45
Confort	282,87	310,97	374,66	451,44	473,93	473,93	498,27	522,63	548,86	631,27	631,27
Privilège	538,91	561,99	712,98	863,96	905,89	905,89	949,94	998,15	1 046,39	1 205,77	1 205,77

Les cotisations annuelles par bénéficiaire incluent la taxe pour le financement de la CMU ainsi que la taxe d'assurance.

Aménagements des cotisations pour les enfants

- Réduction tarifaire de 10 % pour les enfants de moins de 10 ans.
- Gratuité des cotisations pour les 3^{ème} et 4^{ème} enfants assurés (dans l'ordre des naissances) jusqu'au 1^{er} janvier de l'année de leur 26^{ème} anniversaire (sans limite d'âge pour un enfant handicapé).

B. Révision des cotisations et prestations

Les cotisations et garanties peuvent, par accord entre AGIPI et l'assureur, être révisées au 1^{er} janvier de chaque année en fonction des résultats techniques d'une catégorie homogène d'adhérents à la convention.

Elles peuvent également être revues à la hausse ou à la baisse suite à une modification du niveau de remboursement du régime obligatoire ou pour tenir compte des évolutions réglementaires et fiscales. Cette modification prend effet à la même date que la modification intervenue pour le régime obligatoire ; elle est appelée ou remboursée, soit immédiatement, soit à la prochaine échéance de cotisation due par l'adhérent.

■ Article 39 - Modalités de paiement des cotisations

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

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

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

Gestion des prestations

■ Article 40 - Revalorisation des prestations en cours de service

D'un commun accord entre AGIPI et l'assureur dans le cadre du Comité de Suivi des Rentes, toutes les prestations de prévoyance sous forme d'indemnités journalières, de rentes ou de pensions, en cours depuis un an au moins au 31 décembre d'un exercice, sont revalorisées au 1^{er} avril suivant en tenant compte de l'évolution du coût de la vie et de l'évolution du point AGIRC.

Les capitaux constitutifs correspondant à la majoration des indemnités journalières, des rentes d'invalidité, des rentes en cas de perte d'autonomie, des rentes d'éducation et des pensions de conjoint sont prélevés directement sur le fonds de valorisation.

Toute revalorisation est acquise à titre définitif.

Le montant du capital assuré en cas de décès ultérieur du conjoint, du partenaire pacsé ou du concubin, évolue au 1^{er} janvier de chaque année dans la même proportion que la base forfaitaire de référence.

■ Article 41 - Modalités d'obtention des prestations

A. En cas de décès

Les pièces suivantes, nécessaires au paiement des différentes prestations, doivent être adressées à AGIPI. En cas de décès de l'assuré :

- les conditions particulières d'adhésion,
- un acte de décès,
- un extrait d'acte de naissance de l'assuré si le bénéficiaire est le partenaire pacsé,
- un certificat médical précisant la nature du décès,
- si le décès résulte d'un accident ou s'il s'agit d'une mort non naturelle, une copie du rapport de police ou de gendarmerie, ou tout autre document justificatif,
- une attestation fiscale justifiant des enfants à charge,
- une photocopie d'un justificatif d'identité et les attestations sur l'honneur des bénéficiaires (attestation établie suite à la publication du décret n° 2000-1277 du 26 décembre 2000 supprimant la fiche d'état civil),
- ainsi que tout document exigé par la législation en vigueur au jour du décès.

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

En cas de décès ultérieur du conjoint, du partenaire pacsé ou du concubin, les pièces à fournir sont les mêmes que celles exigées au décès de l'assuré, complétées par un extrait de délibération du conseil de famille s'il a été constitué ou à défaut par le Juge des tutelles ayant nommé les tuteurs et subrogés-tuteurs des enfants mineurs.

B. En cas d'incapacité de travail, d'invalidité, de perte d'autonomie ou de maladies graves

◆ Demande de prestations en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité

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

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

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

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

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

◆ Demande de prestations en cas de perte d'autonomie

Les pièces suivantes, nécessaires au paiement des prestations, doivent être adressées à AGIPI, par lettre recommandée :

- si l'assuré bénéficie de l'assistance constante d'une tierce personne, les pièces administratives justifiant son attribution,
- si l'assuré justifie d'une hospitalisation de long séjour ou d'hébergement en section de cure médicale, ou d'un séjour permanent en établissement psychiatrique, une attestation signée du médecin-chef de cet établissement le certifiant,
- si l'assuré est maintenu à domicile et s'il bénéficie des prestations d'un service de soins ou d'hospitalisation à domicile, une attestation médicale justifiant d'une perte d'autonomie telle que définie dans l'article 27.

Les pièces médicales sont adressées au médecin conseil au siège d'AGIPI.

◆ Demande de prestations en cas de maladies graves

La déclaration de maladie grave doit être accompagnée d'un certificat médical détaillé, établi par un médecin spécialiste ayant constaté la maladie et posant un diagnostic précis et détaillé de la maladie grave, et indiquant notamment :

- l'historique détaillé de la maladie,
- la date des premiers symptômes, avec les preuves anatomopathologiques s'il y a lieu,
- les comptes rendus d'hospitalisation en rapport avec l'affection, les comptes rendus des bilans effectués.

Les pièces médicales sont adressées au médecin conseil au siège d'AGIPI.

◆ *Contrôle*

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

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

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

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

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

En cas de perte d'autonomie, l'assuré ou son représentant légal doit apporter la preuve de sa perte d'autonomie, fournir à ce titre au médecin conseil d'AGIPI tous les éléments du dossier médical permettant d'apprécier son état et se soumettre, le cas échéant, aux examens de contrôle effectués par le médecin délégué par AGIPI.

L'assuré ou son représentant légal doit également déclarer à AGIPI, dès sa constatation, toute amélioration ou aggravation de l'état de perte d'autonomie tel que défini à l'article 27. Un nouveau dossier médical sera constitué et, le cas échéant, le versement de la rente sera réduit, suspendu ou augmenté.

De son côté, AGIPI se réserve le droit de demander à l'assuré ou à son représentant légal à tout moment et pendant toute la durée du service de la rente, de justifier de la permanence de l'état de perte d'autonomie.

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

◆ *Expertise amiable*

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

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

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

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

C. Maintien du service des rentes

Pour permettre le maintien des prestations qui leur sont dues, les bénéficiaires de rente d'invalidité, de rente éducation, de pension de conjoint ou de relais autonomie doivent fournir, au mois de janvier de chaque année, un certificat de vie.

D. Modalités de versement de la valeur de rachat pour la garantie capital décès viager

Pour toute demande de rachat, l'adhérent doit adresser au siège administratif d'AGIPI :

- l'original de la demande signée par lui,
- la justification de son état civil (copie de la carte nationale d'identité, du passeport),
- tout document exigé par la législation en vigueur au moment de la demande de rachat total,
- un relevé d'identité bancaire (RIB) en cas de règlement par virement bancaire.

Lorsque l'adhésion fait l'objet d'une cession en garantie ou d'une mise en gage, une autorisation écrite du cessionnaire ou du créancier gagiste est demandée.

Tout règlement est effectué dans un délai maximum de dix jours ouvrés suivant la réception au siège administratif d'AGIPI de la demande de l'adhérent et des éléments énoncés ci-dessus. Le versement de la valeur de rachat met fin à la garantie.

E. Formalités pour les remboursements en frais de santé

Si l'adhérent bénéficie de la télétransmission, les décomptes de remboursements sont transmis directement par l'organisme d'assurance maladie à l'organisme gestionnaire choisi par AGIPI (la mention "double transmis à votre organisme complémentaire" apparaît sur les décomptes).

Si l'adhérent ne bénéficie pas de la télétransmission, ce dernier doit transmettre, dans les trois mois qui suivent le remboursement effectué par le régime obligatoire, à l'organisme gestionnaire choisi par AGIPI :

- les décomptes originaux de remboursement du régime obligatoire,
- la facture détaillée de l'opticien en cas de frais d'optique,
- éventuellement, une feuille de soins avec le montant des frais exposés, si ceux-ci ne figurent pas sur le décompte original du régime obligatoire.

Pour l'allocation de naissance, l'adhérent doit adresser une photocopie de son livret de famille ou de l'acte de naissance. la valeur de rachat met fin à la garantie.

F. Obligation de l'adhérent lors de la demande de prestations

Les garanties cessent de plein droit en cas de fausse déclaration ou de faux documents sur la nature, les causes, les circonstances et les conséquences de la maladie ou de l'accident.

Les prestations indûment versées devront être remboursées par l'assuré.

Gestion technique et paritaire de la convention

■ *Article 42 - Fonds de valorisation*

Il est créé un fonds de valorisation, alimenté par :

- une dotation égale à 5 % des cotisations hors taxes encaissées dans l'exercice au titre de l'invalidité, de la perte d'autonomie et du décès pour la partie affectée à la garantie de rentes,
- un intérêt au taux annuel de 2 % sur le solde du fonds au 1^{er} janvier après prélèvement éventuel des sommes nécessaires à la valorisation des prestations,
- les prélèvements éventuels sur la réserve de participation,
- le résultat de la gestion financière des provisions mathématiques des rentes éducation et pensions de conjoint en cours.

Ce résultat est obtenu comme suit : les provisions mathématiques des rentes et pensions en cours de service sont versées dans un fonds de placement, constitué par des valeurs choisies conformément à la réglementation en vigueur (obligations, actions, valeurs immobilières et liquidités).

A la fin de chaque année, le résultat de la gestion financière est constitué par l'ensemble :

- des revenus des obligations, actions et liquidités,
- du solde entre bénéfices et pertes, sur ventes et remboursements de valeurs, calculé par rapport à la valeur d'entrée dans le fonds de placement, net de frais d'achat et de vente.

Viennent en déduction les frais de gestion financière évalués forfaitairement à 5 % des bénéfices résultant du calcul ci-dessus, ainsi que les intérêts dont tient compte le tarif des rentes.

Le rapport entre la totalité des bénéfices attribués et la valeur du fonds à la fin de l'année constitue le taux de rendement de l'année.

Le montant obtenu par l'application de ce taux de rendement aux provisions mathématiques des pensions et rentes en cours est affecté au fonds de valorisation, sur lequel sont ensuite prélevés les capitaux constitutifs relatifs à la majoration des rentes et pensions.

■ Article 43 - Comptes de participation

Trois comptes de participation sont établis par AGIPI à la fin de chaque exercice :

A. Garanties de prévoyance

Au crédit

- un montant égal à 75 % des cotisations nettes de taxes hors cotisations des garanties de remboursement des frais de santé,
- les provisions pour sinistres à régler au 31 décembre de l'exercice précédent,
- les provisions mathématiques des garanties décès viagères au 31 décembre de l'exercice précédent,
- le montant de la participation aux bénéfices financiers attribuée au titre de l'exercice aux provisions mathématiques des garanties décès viagères,
- l'impact positif d'une modification réglementaire du taux technique ou de la table utilisés pour les capitaux décès viagers,
- les intérêts techniques crédités au cours de l'exercice,
- le montant des prélèvements effectués sur le fonds de valorisation au cours de l'exercice,
- le montant des prélèvements éventuellement effectués sur la réserve de participation au 31 décembre de l'année précédente,
- le montant des prélèvements effectués sur la réserve de stabilité.

Au débit

- le montant total des prestations payées au cours de l'exercice écoulé,
- les provisions pour sinistres à régler au 31 décembre de l'exercice,
- les provisions mathématiques des garanties décès viagères au 31 décembre de l'exercice,
- le solde débiteur éventuel au 31 décembre de l'exercice précédent,
- l'impact négatif d'une modification réglementaire du taux technique ou de la table utilisés pour les capitaux décès viagers,
- le montant des cotisations affectées au fonds de valorisation,
- le montant des cotisations affectées à la réserve de stabilité,
- le montant des cotisations affectées à la dotation à l'association.

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

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

B. Garanties de remboursement des frais de santé

Au crédit

- un montant égal à 68 % des cotisations nettes de taxes des garanties de remboursement des frais de santé,
- les provisions pour sinistres à régler au 31 décembre de l'année précédente,
- le montant des prélèvements éventuellement effectués sur la réserve de participation au 31 décembre de l'année précédente.

Au débit

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

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

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

C. Garanties perte d'autonomie

Au crédit

- un montant égal à 75 % des cotisations, nettes des éventuelles taxes,
- les provisions pour sinistres au 31 décembre de l'année précédente,
- les provisions pour risques croissants calculées au 31 décembre de l'exercice précédent,
- le montant des prélèvements, effectués sur le fonds de valorisation, correspondant aux capitaux constitutifs des valorisations des rentes en cours,
- le montant des prélèvements effectués sur le fonds de valorisation nécessaires à l'indexation des garanties,
- l'intégralité des produits financiers obtenus par la gestion financière de la demi-somme des provisions pour sinistres et pour risques croissants à l'ouverture et à la clôture de l'exercice, déduction faite des frais de gestion financière fixés à 5 % des produits obtenus.

Au débit

- le solde débiteur éventuel au 31 décembre de l'exercice précédent après apurement par la réserve de participation,
- le montant total des prestations payées au cours de l'exercice écoulé,
- les provisions pour sinistres au 31 décembre de l'exercice,
- les provisions pour risques croissants au 31 décembre de l'exercice,
- le montant des cotisations affectées au fonds de valorisation et d'ajustement des garanties relais autonomie,
- la dotation à l'association.

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

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

■ Article 44 - Réserve de participation

Cette réserve est alimentée par 30 % des soldes créditeurs des comptes de participation.

Il s'y ajoute un intérêt calculé au taux annuel de 2 % sur le montant de la réserve au 1^{er} janvier de l'exercice.

Il est prélevé sur cette réserve de participation les sommes éventuellement nécessaires à l'apurement des soldes débiteurs des comptes de participation, et à l'alimentation du fonds de valorisation en cas d'insuffisance éventuelle de celui-ci, et le cas échéant à l'alimentation des provisions en cas de modification des méthodes de provisionnement.

■ Article 45 - Réserve de stabilité

Il est créé une réserve de stabilité alimentée à la fin de chaque exercice par :

- pour toutes les adhésions comportant des garanties en cas de décès à tarif nivelé, par la différence, si elle est positive, entre la cotisation payée par l'adhérent et celle qu'il aurait payée la même année pour une adhésion d'une durée de un an,
- par un intérêt au taux annuel de 2 % sur le solde de la réserve au 1^{er} janvier précédent.

Il est prélevé sur cette réserve, pour toutes les adhésions comportant des garanties en cas de décès à tarif nivelé, la différence, si elle est négative, entre la cotisation payée par l'adhérent et celle qu'il aurait payée la même année pour une adhésion d'une durée de un an.

■ Article 46 - Gestion administrative

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

■ Article 47 - Dotation à l'association

Pour permettre à AGIPI de faire face à ses obligations à l'égard de ses adhérents, une dotation égale à 3 % de l'ensemble des cotisations encaissées hors taxes est affectée à l'association à chaque fin de mois.

■ **Article 48 - Comptes techniques**

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

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

■ **Article 49 - Comité de Gestion Paritaire**

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

Il a pour objet :

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

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

■ **Article 50 - Comité Médical d'Evaluation**

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

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

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

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

■ **Article 51 - Comité de Suivi des Rentes**

Le Comité de Suivi des Rentes est composé à parts égales de représentants d'AGIPI et des sociétés d'assurance.

Il a pour objet :

- d'examiner les résultats de la gestion financière des provisions mathématiques constituées au titre des rentes en cours de service,
- d'examiner les résultats techniques de ces rentes,
- de déterminer le taux de revalorisation des rentes en cours de service,
- de vérifier en permanence le niveau des provisions constituées et les engagements contractés vis à vis des adhérents et des bénéficiaires de rentes.

Chaque réunion du Comité de Suivi des Rentes doit être précédée de l'envoi par les sociétés d'assurance à AGIPI des comptes de résultats techniques et financiers des rentes en cours de service.

Annexe - Tableau des garanties remboursement des frais de santé

Les garanties remboursement des frais de santé du Cap s'inscrivent dans le dispositif des contrats dits "responsables". De ce fait, la convention ne prend pas en charge la participation forfaitaire de 1€, la majoration du ticket modérateur, les dépassements d'honoraires hors parcours de soins ni les franchises médicales (0,50 € par boîte de médicament ou tout autre conditionnement, 0,50 € par acte effectué par un auxiliaire médical, 2 € sur les transports effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi). La convention Cap ne couvre aucun "reste à charge" de l'assuré dont la couverture ne serait pas autorisée en application des dispositions légales et réglementaires relatives aux couvertures d'assurance maladie complémentaires dites "responsables", et de leurs éventuelles évolutions.

Tous les pourcentages sont exprimés en fonction de la base de remboursement du régime obligatoire ou du tarif de convention et intègrent les remboursements de votre régime obligatoire d'assurance maladie.

Bonification des garanties

Pour les trois formules de garantie santé TM+, Confort et Privilège d'au moins un an d'ancienneté, **les remboursements exprimés en pourcentage augmentent de 10 points** au 1^{er} janvier de chaque année sans dépasser 50 points de bonification. La bonification de garantie s'applique depuis le 1^{er} janvier 2009 aux garanties exprimées en pourcentage sur tous les postes de soins, excepté la pharmacie et les médicaments pour sevrage tabagique.

	TM +	Confort	Privilège
HOSPITALISATION			
Hospitalisation d'au moins 24 heures			
Soins et honoraires	115%	275%	400%
Frais de séjour en établissement conventionné	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour en établissement non conventionné	115%	165%	300%
Forfait journalier hospitalier et participation hospitalière (forfait 18 €)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière			
Dans la limite de 30 jours par année civile et par bénéficiaire (y compris maternité et ambulatoire)	50 €/jour	70 €/jour	100 €/jour
Lit accompagnant (enfants de moins de 12 ans)			
Dans la limite de 15 jours par année civile	26 €/jour	43 €/jour	52 €/jour
Assistance Hospitalisation AGIPI *			
Location de téléviseur, présence d'un proche, aide-ménagère, répétiteur scolaire,...	Include	Include	Include
Hospitalisation en ambulatoire			
Soins et honoraires	115%	165%	300%
Frais de séjour en établissement conventionné	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Frais de séjour en établissement non conventionné	115%	165%	300%
Participation hospitalière (forfait 18 €)	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Chambre particulière	50 €/jour	70 €/jour	100 €/jour
Hospitalisation à domicile			
Remboursement sur base régime obligatoire	115%	165%	300%
Assistance Hospitalisation AGIPI *			
Mise à disposition de matériel médical (prise en charge des frais de livraison)	Include	Include	Include
Transport sanitaire			
Remboursement sur base régime obligatoire	115%	165%	300%
Assistance Hospitalisation AGIPI *			
Envoi d'une ambulance sur prescription médicale	Include	Include	Include

SOINS COURANTS

Consultations et soins

Consultations et visites généralistes et spécialistes (délai d'attente de 12 mois pour les consultations neuro-psy)	115%	165%	300%
Honoraires médicaux, auxiliaires, analyses, radiologie	115%	165%	300%
Médecine douce (ostéopathie, chiropraxie, acupuncture, podologie)			
Plafond par année civile pour chaque bénéficiaire	62 € (30 € maximum par acte)	124 € (35 € maximum par acte)	218 € (40 € maximum par acte)
Cures thermales prises en charge par le régime obligatoire			
Plafond par année civile pour chaque bénéficiaire de moins de 66 ans	100 €	200 €	400 €

	TM +	Confort	Privilège
NAISSANCE - ADOPTION			
Naissance (une allocation par enfant, subordonnée à l'inscription de celui-ci à la garantie remboursement des frais de santé du Cap)			
Forfait (délai d'attente de 10 mois) Ce forfait est doublé en cas de naissance gémellaire	100 €	200 €	400 €
Adoption (une allocation par enfant, subordonnée à l'inscription de celui-ci à la garantie remboursement des frais de santé du Cap)			
Forfait (délai d'attente de 10 mois)	100 €	200 €	400 €

PHARMACIE ET PETIT APPAREILLAGE			
Pharmacie			
Médicaments, petits appareillages	100%	100%	100%
Plafond pilules contraceptives non prises en charge (par année civile et par bénéficiaire)	32 €	63 €	95 €
Assistance Pharmacie AGIPI *			
Livraison de médicaments (suite à immobilisation)	Include	Include	Include
Appareils auditifs/prothèses autres que dentaires			
Remboursement sur base régime obligatoire	115%	165%	300%

DENTAIRE			
Consultations et soins dentaires Par acte et par bénéficiaire			
Remboursement sur base régime obligatoire	115%	165%	300%
Prothèses dentaires, implants non pris en charge par le régime obligatoire, bridge, appareils amovibles Par acte et par bénéficiaire			
Remboursement sur base régime obligatoire	115%	165%	300%
Complément de remboursement AGIPI	+ 100 €	+ 200 €	+ 352 €
Plafond annuel de remboursement de 1 ^{ère} année	400 €	800 €	1 250 €
Plafond annuel de remboursement de 2 ^{ème} année	800 €	1 600 €	2 500 €
Plafond annuel de remboursement de 3 ^{ème} année et suivantes	1 000 €	2 000 €	4 000 €
Orthodontie Par acte et par bénéficiaire			
Remboursement sur base régime obligatoire	115%	165%	300%
Complément de remboursement AGIPI	+ 100 €	+ 200 €	+ 352 €

OPTIQUE			
Lunettes (montures et verres) Un équipement optique renouvelable après une année civile sans remboursement ou en cas de changement du défaut visuel (sur prescription médicale)			
Monture + verres unifocaux (y compris remboursement du régime obligatoire)	100 €	250 €	350 €
Monture + verres multifocaux ou progressifs (y compris remboursement du régime obligatoire)	140 €	350 €	500 €
Bonus AGIPI : supplément après deux années civiles consécutives sans remboursement	+ 40 €	+ 70 €	+ 100 €
Lentilles de contact prescrites souples ou rigides remboursées ou non par le régime obligatoire Par année civile et par bénéficiaire			
Remboursement AGIPI	75 €	150 €	250 €
Opération par laser de la myopie et de l'hypermétropie Plafond unique dans la vie de l'adhésion par bénéficiaire			
Plafond annuel de remboursement de 1 ^{ère} année	62 €/œil	100 €/œil	170 €/œil
Plafond annuel de remboursement de 2 ^{ème} année et suivantes	186 €/œil	300 €/œil	510 €/œil

PREVENTION			
Sevrage tabagique Plafond unique dans la vie de l'adhésion par bénéficiaire			
Consultations	115%	165%	300%
Médicaments	90% Frais réels	90% Frais réels	90% Frais réels
Plafond de remboursement	106 €	216 €	377 €
Vaccins non remboursés par le régime obligatoire			
Une fois par année civile et par bénéficiaire	Frais réels	Frais réels	Frais réels
Scellement des sillons			
Dentaire, enfants de moins de 14 ans	115%	165%	300%

* Prestations sous conditions disponibles sur simple appel à AGIPI Services au 01 55 92 23 03.

Pour chacune des garanties Assistance en cas d'hospitalisation ou d'immobilisation, la prise en charge financière est limitée à une intervention par bénéficiaire et par année civile.



réinventons / notre métier

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

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

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

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

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

Entreprises régies par le Code des assurances



La force de l'association

siège social et administratif

12, avenue Pierre Mendès France - CS 10144

67312 SCHILTIGHEIM Cedex

Tél. 03 90 23 90 00

www.agipi.com

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