



CONTRAT COLLECTIF
A ADHESION FACULTATIVE

AMPLI-FAMILLE

VALANT NOTICE D'INFORMATION

N° 0014

Janvier 2017

Garanties :

- Décès
- Invalidité
- Indemnités journalières
- Hospitalisation
- Rente de conjoint
- Rente d'éducation
- Conjoint collaborateur

Les présentes conditions générales constituent la notice d'information contractuelle.

Elles reprennent les dispositions du contrat collectif AMPLI-FAMILLE 0014 de durée annuelle à tacite reconduction, souscrit par AMPLI Association, Association régie par la Loi de 1901, auprès de la mutuelle AMPLI n° SIREN 349 729 350, régie par le Livre II du code de la Mutualité (27 bd Berthier - 75858 Paris cedex 17)

TABLE DES MATIERES

TITRE I DISPOSITIONS GENERALES

- Article AF 1 Objet de la garantie
- Article AF 2 Définitions générales
- Article AF 3 Bénéficiaire
- Article AF 4 Étendue territoriale
- Article AF 5 Déchéance
- Article AF 6 Changement de garantie
- Article AF 7 Changement intervenant dans la situation de l'assuré
- Article AF 8 Paiement et restitution des prestations indûment perçues
- Article AF 9 Nullité du contrat en cas de fausse déclaration
- Article AF 10 Subrogation
- Article AF 11 Prescription
- Article AF 12 Durée de validité des chèques émis en paiement de prestations
- Article AF 13 Informatique & Libertés
- Article AF 14 Langue des documents transmis

TITRE II ADHESION & DUREE DE GARANTIE

- Article AF 15 Adhésion
- Article AF 16 Profession de l'adhérent
- Article AF 17 Age à l'adhésion
- Article AF 18 État de santé
- Article AF 19 Acceptation du risque et prise d'effet de la garantie
- Article AF 20 Délais d'attente à l'adhésion
- Article AF 21 Renonciation, réclamation et médiation
- Article AF 22 Durée et fin de garantie
- Article AF 23 Risques non indemnisés

TITRE III DESCRIPTION DES GARANTIES

- Article AF 24 Garanties professionnelles : décès et rente invalidité
- Article AF 25 Garanties indemnités journalières
- Article AF 26 Garantie hospitalisation
- Article AF 27 Garantie rente éducation
- Article AF 28 Garantie rente de conjoint
- Article AF 29 Définition de l'invalidité permanente
- Article AF 30 Définition de la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)
- Article AF 31 Définition de l'incapacité temporaire totale de travail (ITT)
- Article AF 32 Définition du revenu professionnel quotidien moyen
- Article AF 33 Caractère indemnitaire des indemnités journalières et de la rente invalidité

TITRE IV COTISATIONS

- Article AF 34 Caractère annuel des cotisations et fractionnement
- Article AF 35 Abattement tarifaire pour les jeunes professionnels
- Article AF 36 Non-paiement des cotisations

TABLE DES MATIERES

TITRE V PRESTATIONS

- Article AF 37** Versement des prestations
- Article AF 38** Décès et PTIA
- Article AF 39** Rente invalidité : calcul de la rente
- Article AF 40** Rente invalidité : date d'effet de la rente
- Article AF 41** Indemnités journalières : nombre maximum de jours indemnisés
- Article AF 42** Indemnités journalières : possibilité de prendre un remplaçant
- Article AF 43** Indemnités journalières : nouvelles maladies survenant au cours d'une affection, dites maladies intercurrentes
- Article AF 44** Indemnités journalières : rechutes et maladies chroniques
- Article AF 45** Rente éducation et rente de conjoint : versement de la rente
- Article AF 46** Rente de conjoint, garantie décès versée sous forme de rente, rente invalidité : revalorisation de la rente

TITRE VI FORMALITES EN CAS DE SINISTRE

- Article AF 47** Garanties invalidité et PTIA
- Article AF 48** Garantie décès toutes causes
- Article AF 49** Indemnités journalières : déclaration de l'arrêt de travail
- Article AF 50** Indemnités journalières : pièces à fournir en cours d'incapacité
- Article AF 51** Rente invalidité et indemnités journalières : justificatifs de revenu
- Article AF 52** Garantie hospitalisation
- Article AF 53** Contrôle médical et expertise

TITRE VII DISPOSITIONS REGISSANT LES RELATIONS ENTRE AMPLI MUTUELLE ET LE SOUSCRIPTEUR

- Article AF 54** Prise d'effet et durée du contrat entre AMPLI Mutuelle et le souscripteur
- Article AF 55** Résiliation du contrat collectif
- Article AF 56** Modification du contrat collectif
- Article AF 57** Cessation d'activité d'AMPLI Association

TITRE I DISPOSITIONS GENERALES

Article AF 1 Objet de la Garantie

Le présent contrat est un contrat collectif d'assurance à adhésion facultative souscrit par AMPLI Association, Association loi 1901, auprès d'AMPLI Mutuelle régie par le livre II du code de la Mutualité. Le souscripteur et l'assureur sont soumis à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR - 61 rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09).

Conformément aux statuts de la Mutuelle, tout adhérent ayant souscrit une garantie AMPLI bénéficie de l'action de solidarité et d'entraide du fonds d'action sociale de la Mutuelle, après examen du dossier, qui accorde des aides notamment en cas de décès, de perte totale et irréversible d'autonomie, en cas de naissance ou d'adoption d'enfants, ou encore en cas de mariage.

Ce fonds est constitué à partir d'un abondement annuel dont le montant est voté en Conseil d'Administration.

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

Le présent contrat relève des branches :

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

Article AF 2 Définitions générales

Adhérent, membre participant ou assuré : personne physique sur laquelle repose la réalisation du risque.

Accident : par accident, il faut entendre toute atteinte corporelle subie par l'adhérent et non intentionnelle de sa part, ou de la part du bénéficiaire, et provenant de l'action soudaine et non prévisible d'une cause extérieure.

Collaborateur libéral : est le membre non salarié de certaines professions libérales qui, dans le cadre d'un contrat de collaboration libérale, exerce auprès d'un autre professionnel, personne physique ou personne morale, la même profession. Le contrat de collaboration se distingue du contrat de travail dans la mesure où il n'existe pas de lien de subordination entre le praticien et son collaborateur.

Conjoint collaborateur : conjoint marié ou pacsé participant effectivement à l'activité du professionnel sans aucune rémunération salariale affilié à une Caisse de retraite de travailleurs non-salariés.

Délai d'attente : période durant laquelle la garantie souscrite n'est pas en vigueur ; le point de départ de cette période étant la date d'effet de l'adhésion telle qu'elle est définie dans le présent contrat.

Mutuelle (la) : désigne AMPLI Mutuelle régie par le code de la Mutualité.

Souscripteur : personne morale qui souscrit auprès d'AMPLI Mutuelle des contrats pour faire bénéficier ses membres des garanties de la Mutuelle.

Rechute : la rechute correspond aux suites et conséquences, d'une pathologie initiale, ou d'un accident.

Règlement / contrat : désigne le présent contrat collectif qui définit les dispositions générales des garanties AMPLI-FAMILLE ainsi que les garanties optionnelles.

Article AF 3 Bénéficiaire

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

Il peut être :

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

En l'absence de désignation d'un bénéficiaire pour la garantie décès, la clause bénéficiaire est la suivante : le conjoint survivant de l'adhérent non séparé de corps par jugement définitif, à défaut, ses enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, à part égale ou, à défaut, ses héritiers en proportion de leurs parts héréditaires.

Concernant la garantie décès, l'adhérent peut choisir de désigner le bénéficiaire ultérieurement par avenant au contrat. Cette désignation peut être effectuée par acte sous seing privé ou par acte authentique.

L'adhérent peut modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée. Cependant, la désignation du bénéficiaire devient irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire.

Article AF 4 Étendue territoriale

a. Décès, rente de conjoint et rente éducation :

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

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

b. Incapacité de travail et invalidité :

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

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

Toutes les prestations sont payées en France métropolitaine.

Article AF 5 Déchéance

Pour le règlement des prestations, le bénéficiaire doit adresser sous peine de déchéance les pièces justificatives dans un délai maximum à compter de la date d'arrêt total et temporaire de travail, de décès ou de PTIA :

- d'un an en cas de décès,
- de 6 mois en cas de PTIA,
- de 15 jours en cas d'incapacité (et 5 jours en cas de rechute),
- de 30 jours en cas d'invalidité permanente (ce délai est réduit à 5 jours si l'adhérent se trouve en arrêt de travail).

Ces déchéances sont applicables dès lors que la Mutuelle peut prouver l'existence d'un préjudice pour l'appréciation du sinistre.

Article AF 6 Changement de garantie

Toute augmentation de niveau de garantie de même nature ou changement de garantie en cours de contrat par l'adhérent est considéré comme une nouvelle souscription de garantie devant remplir les conditions de souscription y afférentes. Durant le nouveau délai d'attente à l'adhésion, l'adhérent reste garanti pour le montant des prestations des garanties antérieurement souscrites auprès d'AMPLI Mutuelle.

Article AF 7 Changement intervenant dans la situation de l'assuré

L'adhérent doit informer AMPLI Mutuelle, dans les 30 jours qui suivent tout changement de statut, de situation, de domicile (par défaut, les courriers adressés au dernier domicile connu produiront tous leurs effets) ainsi qu'en cas de changement ou de cessation d'activité professionnelle.

Article AF 8 Paiement et restitution des prestations indûment perçues

Les prestations définies au présent Règlement sont versées soit par virement bancaire sur le compte du bénéficiaire, soit par chèque, par AMPLI Mutuelle en son siège.

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

Article AF 9 Nullité du contrat en cas de fausse déclaration

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

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

Article AF 10 Subrogation

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

Article AF 11 Prescription

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

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait du membre participant, que du jour où la mutuelle ou l'union en a eu connaissance ;
- 2° En cas de réalisation du risque, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action du participant, du bénéficiaire ou de l'ayant droit contre la mutuelle ou l'union a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre le membre participant ou l'ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

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

Pour les contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant.

Article AF 12 Durée de validité des chèques émis en paiement de prestations

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

Article AF 13 Informatique & Libertés

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion des présentes garanties. Le membre participant peut demander communication ou rectification de toute information le concernant qui figurerait sur les fichiers d'AMPLI Mutuelle, de ses mandataires et réassureurs.

Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant à AMPLI Mutuelle, à l'adresse de son siège social.

Article AF 14 Langue des documents transmis

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

TITRE II ADHESION & DUREE DE GARANTIE

Article AF 15 Adhésion

Les personnes physiques suivantes peuvent adhérer à AMPLI-FAMILLE et bénéficier de l'ensemble des garanties :

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

Le conjoint collaborateur d'un professionnel libéral ou indépendant peut souscrire sur présentation de justificatifs de son affiliation à une Caisse de retraite de Travailleurs non-salariés :

- les garanties protection professionnelle Décès et Invalidité ;
- les garanties indemnités journalières de moyenne durée ou de longue durée, sans pouvoir les cumuler ;
- la garantie hospitalisation ;
- la garantie rente éducation.

Les personnes inactives ou sans emploi ne peuvent souscrire les garanties AMPLI-FAMILLE à l'exception de la garantie Hospitalisation.

Article AF 16 Profession de l'adhérent

Les professions des adhérents sont segmentées en 4 classes de risques professionnels (sauf pour la garantie hospitalisation), le conjoint collaborateur relève de la même classe que le professionnel exerçant :

- Classe 1-a : les professionnels libéraux affiliés à une caisse de retraite de profession libérale, à l'exception des agents commerciaux, et les salariés cadres relevant des mêmes professions ;
- Classe 1-b : les kinésithérapeutes, infirmiers, sages-femmes affiliés à une caisse de retraite de profession libérale ainsi que les salariés cadres relevant des mêmes professions ;
- Classe 2 : les artisans, les commerçants, les agents commerciaux et les salariés cadres et non-cadres exerçant une profession sédentaire (< 20.000 km par an) ne comportant pas de travail manuel ou un travail manuel occasionnel peu important et ne présentant pas un caractère de dangerosité.
À titre d'exemples (liste non exhaustive) : antiquaires, horlogers, hôteliers, assistantes sociales, libraires, disquaires, informaticiens, buralistes, opticiens, éditeurs, maroquins, marchands de biens, écrivains publics, boulangers, pâtisseries, esthéticiennes...
- Classe 3 : les artisans, les commerçants, les agents commerciaux et les salariés cadres et non-cadres exerçant une profession non sédentaire (> 20.000 km par an) comportant des déplacements fréquents ou un travail manuel important avec utilisation d'outillage et/ou manipulation de marchandises présentant un caractère de dangerosité particulier.
À titre d'exemples (liste non exhaustive) : ajusteurs, bouchers charcutiers, charpentiers, carrossiers, ébénistes, électriciens, garagistes, entrepreneurs de bâtiments, maçons, peintres en bâtiments, marbriers, plombiers, chauffeurs routiers, transporteurs routiers, céramistes, ébénistes, électriciens, forgerons, fraiseurs, meuniers, poseurs d'antennes, ramoneurs, souffleurs de verre, scieurs, soudeurs, tailleurs de pierres, terrassiers, verriers, vitriers ...

Les personnes pratiquant un sport à titre professionnel ou l'un des métiers suivants, jugés dangereux ne peuvent bénéficier des garanties de prévoyance :

Travaux forestiers, convoyeurs de fonds, travaux en hauteur du BTP (plus de 10 mètres), travail de la mine ou souterrains ou de galeries, guide de haute montagne, moniteur de ski, marin pêcheur, surveillance armée, maintien de l'ordre, pompier professionnel, sportif professionnel (y compris les sports avec usage d'un véhicule à moteur), artificier, usage d'explosifs, artiste de cinéma ou de télévision, intermittent du spectacle, professionnel du cirque.

Article AF 17 Age à l'adhésion

Pour souscrire les garanties AMPLI-FAMILLE du présent contrat, il faut être âgé au minimum de 18 ans et avoir moins de 60 ans. Pour la garantie hospitalisation l'adhésion doit se faire avant le 65^{ème} anniversaire.

Article AF 18 État de santé

Le candidat désireux de souscrire les garanties AMPLI-FAMILLE doit remplir un questionnaire médical avec possibilité d'examens médicaux complémentaires selon le montant des garanties souscrites. Il devra également fournir tous renseignements sur ses maladies antérieures accidents ou malformations, motifs de réforme ou de pension qui pourront justifier d'éventuelles réserves d'ordre médical ou des majorations de cotisation. Les réserves ou les majorations de cotisation peuvent être temporaires ou définitives. Elles sont prononcées souverainement par AMPLI Mutuelle après avis d'un ou de plusieurs médecins conseils désignés par elle.

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

Article AF 19 Acceptation du risque et prise d'effet de la garantie

Toute personne remplissant les conditions pour bénéficier d'une garantie définie dans le présent Règlement doit remplir un bulletin d'adhésion.

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

L'adhésion à la garantie n'est effective qu'après paiement de la première cotisation. **Aucun paiement anticipé de cotisation ne préjuge d'une adhésion définitive.**

Toute personne en arrêt de travail ne peut faire aucune augmentation de garantie ou souscription de nouvelles garanties à AMPLI Mutuelle.

Article AF 20 Délais d'attente à l'adhésion

En cas d'accident : les garanties souscrites débutent dès le premier jour de la date de prise d'effet de l'adhésion.

En cas de maladie : la garantie définie au présent Règlement prend effet 3 mois après la date de prise d'effet de l'adhésion. Ce délai est porté à 12 mois pour la garantie en cas de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA).

Cas spécifiques :

- Le délai d'attente de 12 mois, à compter de la date d'effet de la garantie, est applicable en cas d'affection neuropsychiatrique.
- Ce délai d'attente est de 24 mois en ce qui concerne le syndrome de déficit immunitaire acquis et les affections qui y sont liées.

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

Les adhérents antérieurement adhérents à un régime équivalent souscrit auprès d'autres organismes ne sont pas contraints à un délai d'attente, à condition :

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

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

Article AF 21

Renonciation, réclamation et médiation

L'adhérent a la possibilité de renoncer aux garanties souscrites par lettre recommandée avec avis de réception adressée à AMPLI Mutuelle Service Adhésions (27 bd Berthier – 75858 Paris Cedex 17), dans le délai de 30 jours à compter du moment où l'adhérent a été informé de la prise d'effet de la garantie. La renonciation entraîne le remboursement de l'intégralité des cotisations versées sans aucune retenue possible.

La lettre de renonciation peut être rédigée comme suit :

« Je vous prie de prendre note de ma renonciation à ma demande d'adhésion aux garanties du plan AMPLI-FAMILLE que j'ai signée et je vous demande de me rembourser dans les trente jours de la présente l'intégralité de mon versement ».

Par ailleurs, en cas de contestation ou de mécontentement vous pouvez écrire au Service Réclamation au siège de la Mutuelle. Votre réclamation sera traitée dans les 10 jours à compter de la réception du courrier ou au plus tard dans les deux mois si votre demande nécessite une analyse approfondie.

Si aucun accord n'a pu être trouvé, vous pourrez saisir le service de la médiation de la FNIM (Fédération Nationale Indépendante des Mutuelles), dont AMPLI Mutuelle est adhérente, à l'adresse suivante :

Médiateur FNIM, 4 avenue de l'Opéra, 75001 PARIS

La charte de la Médiation de la FNIM est disponible sur le site www.fnim.fr

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

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

Article AF 22

Durée et fin de garantie

Les garanties AMPLI-FAMILLE sont annuelles et se renouvellent par tacite reconduction au **1^{er} janvier de chaque année civile**.

Toutes les garanties du présent règlement cessent de façon générale :

- à la date d'effet de la résiliation du contrat par le souscripteur ou par la Mutuelle,

- au jour où l'adhérent quitte la personne morale souscriptrice du contrat,
- en cas d'exclusion de l'adhérent pour non-paiement des cotisations,
- **au 1^{er} jour du mois au cours duquel l'adhérent atteint 65 ans ;**
- **au 1^{er} jour du mois au cours duquel l'adhérent atteint 60 ans pour la PTIA,**
- à la date de renouvellement des garanties à zéro heure en cas de résiliation des garanties auprès de la mutuelle par l'assuré par lettre recommandée au moins deux mois avant cette date.

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

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

Pour la garantie hospitalisation, la garantie cesse au 1^{er} jour du mois au cours duquel l'adhérent atteint 80 ans.

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

Article AF 23

Risques non indemnisés

I – Exclusions communes aux garanties définies au présent Règlement.

Ne sont pas garantis les sinistres résultant :

- a. de maladies ou d'accidents non déclarés à l'adhésion s'ils sont survenus antérieurement à l'adhésion ;
- b. du fait volontaire ou intentionnel de l'adhérent, tel que le suicide pendant la première année qui suit l'adhésion du participant, tentative de suicide, mutilations, usage de stupéfiants non ordonnés médicalement, alcoolisme aigu ou chronique ;
- c. de guerre civile ou étrangère, d'émeute, de rixe sauf légitime défense, d'actes de terrorisme dans lesquels l'adhérent a pris une part active, étant précisé que le cas d'assistance à personne en danger est garanti ;
- d. des effets directs ou indirects provenant de la transmutation des noyaux d'atomes ou de la radioactivité, sauf en cas de traitements thérapeutiques ;
- e. des tremblements de terre, d'éruptions volcaniques, d'inondation, de raz de marée et autres cataclysmes ;
- f. d'accident de navigation aérienne, sauf si l'adhérent se trouvait à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité, conduit par un pilote possédant un brevet pour l'appareil utilisé ;
- g. d'accident du fait d'acrobaties, exhibitions, tentative de records, essais d'engins ;
- h. de la pratique de sports exercés à titre professionnel ou amateur dans le cadre de compétitions quelle que soit la discipline ;
- i. de la pratique de sports dangereux tels que : le bobsleigh, le skeleton, le saut à élastique, la plongée sous-marine avec scaphandre ou équipement autonome, les sports aériens de toute nature, la spéléologie, la pratique de l'escalade ou de courses en hautes montagnes, le ski hors-piste ;
- j. de traitements ou opérations chirurgicales à but esthétique ;
- k. d'un accident de la route dès lors que la responsabilité de l'adhérent est engagée du fait d'un taux d'alcoolémie ou d'absorption de stupéfiants prohibés au regard de la législation du code de la route.

II – Exclusions spécifiques à la garantie incapacité de travail, invalidité permanente et la garantie hospitalisation

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

- a. une tentative de suicide ;
- b. une grossesse, accouchements, fausses couches et de façon générale, de toutes incapacités ou hospitalisations liées à une grossesse ou à une interruption volontaire de grossesse ; la période de repos pré ou post natale légale au sens de la Sécurité Sociale reste en tout état de cause exclue ;
- c. une asthénie, une tétanie, une spasmophilie ou troubles du sommeil sans cause organique ;
- d. de cervicalgies, lombalgies, dorsalgies et toutes autres rachialgies sans cause organique ;

- e. un syndrome d'épuisement professionnel, un « burn-out », une affection psychiatrique, psychique ou neuropsychique y compris les états dépressifs (quelle que soit leur nature) survenus postérieurement à l'adhésion, sauf si cette affection a nécessité une hospitalisation de plus de 21 jours continus (hormis les hospitalisations de jour) ou si l'assuré a été placé par jugement sous tutelle ou curatelle à la suite d'une affection citée dans la présente clause. Néanmoins, concernant les indemnités journalières, l'indemnisation au titre d'une pathologie visée au présent alinéa sera limitée au maximum à 365 jours sur la durée du contrat ;
- f. une fibromyalgie ;
- g. une cure de désintoxication ou de rajeunissement.

**TITRE III
DESCRIPTION DES GARANTIES**

**Article AF 24
Garanties professionnelles : décès et rente invalidité**

Les garanties professionnelles se composent d'une garantie décès avec doublement en cas d'accident et une garantie invalidité.

Le conjoint collaborateur a la possibilité de souscrire les garanties obligatoires protection professionnelle Décès et Invalidité dans la limite de la moitié du plan 1.

Protection professionnelle pour l'adhérent exerçant

L'adhérent peut choisir de souscrire jusqu'à six fois le plan standard dans la limite, pour la rente invalidité, de 50% du revenu annuel déclaré auprès de la Mutuelle.

Niveau de garantie	Plan standard
1/ Garantie décès ou PTIA par maladie	50 000 €
avec doublement des prestations en cas d'accident	100 000 €
2/ Rente invalidité annuelle (IPT, IPP)	5 000 €

Protection professionnelle pour le conjoint collaborateur

1/ Garantie décès ou PTIA par maladie	25 000 €
avec doublement des prestations en cas d'accident	50 000 €
2/ Rente invalidité annuelle (IPT, IPP)	2 500 €

La modification du plan initialement souscrit fera l'objet d'un nouveau contrat.

1 - Garantie décès toutes causes et perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) :

En cas de décès avant 65 ans ou PTIA « consolidée » avant 60 ans, la prestation décès déterminée lors de l'adhésion est versée, soit en une seule fois soit en rente temporaire viagère (de 5 à 10 ans) selon l'option choisie par l'adhérent, au profit du bénéficiaire désigné ou de l'adhérent en cas de PTIA. Cette rente est revalorisée selon les mêmes modalités que la rente de conjoint.

En cas de décès avant 65 ans ou PTIA « consolidée » avant 60 ans par accident, la prestation décès est doublée en cas d'accident à condition que le décès ou la reconnaissance de la PTIA des suites de l'accident survienne dans un délai maximum de 12 mois après cet accident.

Si le contrat est souscrit dans le cadre de la loi Madelin, la garantie décès sera obligatoirement versée sous forme de rente temporaire viagère d'une durée de 5 à 10 ans.

2 - Garantie invalidité permanente totale ou partielle :

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

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

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

Article AF 25

Garanties indemnités journalières

Les garanties indemnités journalières peuvent être souscrites :

- conjointement avec le plan décès-invalidité,
- indépendamment du plan décès-invalidité.

Un tarif différent est appliqué aux garanties indemnités journalières selon qu'elles sont souscrites conjointement ou indépendamment du plan décès-invalidité.

Elles cessent au 1^{er} jour du mois au cours duquel l'adhérent atteint 65 ans.

1 - Adhérent principal en exercice

L'adhérent remplissant les conditions d'adhésion, en exercice, peut souscrire au choix les garanties optionnelles suivantes :

Indemnités journalières	Franchise	Fin de garantie
Indemnités journalières courtes (incapacité temporaire totale) professionnel exerçant	14 jours	au 30 ^{ème} jour d'arrêt
Indemnités journalières relais (incapacité temporaire totale) Professionnel exerçant	14 jours	au 90 ^{ème} jour d'arrêt
Indemnités journalières intermédiaires (incapacité temporaire totale) professionnel exerçant	30 jours	au 90 ^{ème} jour d'arrêt
Indemnités journalières - moyenne durée (incapacité temporaire totale) Professionnel exerçant	14, 30 ou 90 jours	au 365 ^{ème} jour d'arrêt
Indemnités journalières - longue durée (incapacité temporaire totale) Professionnel exerçant	14, 30, 90 ou 365 jours	au 1095 ^{ème} jour d'arrêt

Les franchises de 14, 30 et 90 jours sont ramenées respectivement à 3, 14 et 30 jours en cas d'accident.

Le montant des indemnités journalières souscrites peut être revalorisé annuellement sur décision du Conseil d'Administration.

2 - Conjoint collaborateur

Le conjoint collaborateur peut uniquement souscrire aux garanties indemnités journalières de moyenne durée ou de longue durée dans certaines conditions et limites sans pouvoir les cumuler.

Indemnités journalières	Franchise	Fin de garantie
Indemnités journalières - moyenne durée (incapacité temporaire totale) conjoint collaborateur	30 ou 90 jours	au 365 ^{ème} jour d'arrêt
Indemnités journalières - longue durée (incapacité temporaire totale) conjoint collaborateur	30, 90 ou 365 jours	au 1 095 ^{ème} jour d'arrêt

Article AF 26

Garantie hospitalisation

La garantie hospitalisation permet le versement d'une indemnité journalière, dont le montant est indiqué sur le bulletin d'adhésion, en cas d'hospitalisation pour accident ou maladie **hors convalescence** dans un établissement hospitalier ou dans une clinique. Les prestations sont versées sous forme d'indemnités journalières pour toutes journées d'hospitalisation dans un établissement hospitalier ou à domicile **consécutives** supérieures à 3 jours **pour un même sinistre**, à partir du quatrième jour d'hospitalisation jusqu'à la fin de l'hospitalisation ou, au plus tard, jusqu'à la fin du 365^{ème} jour d'hospitalisation (soit au maximum 362 jours consécutifs indemnisés).

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

Cette garantie peut être souscrite par toute personne sans condition de profession indépendamment des autres garanties AMPLI-FAMILLE.

Article AF 27
Garantie rente éducation

L'adhérent peut souscrire une ou plusieurs unités de rente au bénéfice d'un ou de plusieurs enfants selon son choix dans la limite de 15 unités de rente.

En cas de décès de l'adhérent, la rente annuelle souscrite est versée trimestriellement à chaque enfant bénéficiaire désigné sur la demande d'adhésion.

L'enfant est la personne désignée comme telle dans le bulletin d'adhésion, quelle que soit la nature du lien avec l'adhérent ; l'enfant doit être né au plus quarante ans (date à date) après l'adhérent. Les cotisations sont majorées de **15%** pour chaque année de différence d'âge supplémentaire dans une limite maximale de cinq ans de différence supplémentaire. Un même adhérent peut demander à ce que plusieurs enfants soient garantis sous réserve d'acceptation de la Mutuelle.

Cette rente, progressive en fonction de l'âge de l'enfant, est versée dans les conditions suivantes au bénéficiaire ou à son représentant légal si le bénéficiaire est mineur :

- Jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel le bénéficiaire atteint l'âge de 18 ans sans condition ;
- Jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel le bénéficiaire atteint l'âge de 25 ans sous condition de poursuivre des études secondaires, supérieures ou professionnelles ; d'être en apprentissage ; d'être employé dans un Centre d'Aide par le Travail en tant que travailleur handicapé.

Cette garantie peut être souscrite indépendamment des autres garanties d'AMPLI-FAMILLE.

Article AF 28
Garantie rente de conjoint

En cas de décès de l'adhérent, AMPLI Mutuelle verse une rente trimestrielle, dont le montant est indiqué sur le certificat d'adhésion, au conjoint bénéficiaire désigné sur la demande d'adhésion.

Le conjoint est toute personne désignée comme telle dans le bulletin d'adhésion de l'adhérent(e). Lorsque l'adhérent est plus âgé que le bénéficiaire, la différence d'âge entre l'adhérent et le conjoint doit être au maximum de dix ans. Les cotisations sont majorées de **10%** par année de différence supplémentaire pour la rente viagère et de **15%** pour la rente temporaire dans une limite maximale de cinq ans de différence supplémentaire. Un adhérent ne peut garantir qu'un seul conjoint.

Cette rente est versée dans les conditions qui varient selon l'option choisie :

1. le conjoint bénéficiaire peut, si cette option a été retenue, recevoir une rente viagère dont le montant est choisi lors

de l'adhésion. Cette rente est versée jusqu'au décès du bénéficiaire.

2. le conjoint bénéficiaire peut, si cette option a été retenue, recevoir une rente temporaire dont le montant est choisi lors de l'adhésion. Cette rente est versée jusqu'à son décès ou au plus jusqu'à la fin du trimestre civil au cours duquel le bénéficiaire atteint l'âge de 60 ans.

Cette garantie peut être souscrite indépendamment des autres garanties d'AMPLI-FAMILLE.

Article AF 29
Définition de l'invalidité permanente

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

- **Professions libérales et salariés de santé (médecins, chirurgiens-dentistes, vétérinaires, pharmaciens et auxiliaires médicaux)**

L'invalidité de l'adhérent est appréciée uniquement selon un critère professionnel, c'est-à-dire l'incapacité permanente et totale d'exercer la profession habituelle déclarée à l'adhésion.

- **Autres professions ainsi que le conjoint collaborateur :**
L'invalidité est déterminée selon un critère professionnel et fonctionnel.

L'invalidité fonctionnelle, physique ou mentale, est appréciée de 0% à 100% en dehors de toute considération professionnelle à partir du barème du Concours Médical le plus récent. L'invalidité professionnelle est également appréciée de 0% à 100% d'après le taux et la nature de l'incapacité, en tenant compte de la façon dont la profession était exercée antérieurement à la maladie ou l'accident, des conditions normales de son exercice et des possibilités restantes de reclassement dans une profession socialement équivalente et des possibilités de rééducation.

Le taux d'invalidité retenu par AMPLI Mutuelle est déterminé par référence au tableau ci-dessous, le taux doit être égal ou supérieur à 33% pour bénéficier de la rente d'invalidité :

Taux d'incapacité Professionnelle (P)	Taux d'incapacité Fonctionnelle (F)								
	1 à 20	21 à 30	31 à 40	41 à 50	51 à 60	61 à 70	71 à 80	81 à 90	91 à 100
1 à 10				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
11 à 20			31,75	36,84	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
21 à 30		30	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
31 à 40		33,02	40	46,42	52,41	58,09	63,50	68,68	73,68
41 à 50		35,57	43,09	50	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
51 à 60	28,84	37,80	45,79	53,13	60	66,49	72,68	78,62	84,34
61 à 70	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70	76,52	82,77	88,79
71 à 80	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80	86,53	92,83
81 à 90	33,02	43,27	52,41	60,82	68,68	76,12	83,20	90	96,55
91 à 100	34,20	44,81	54,29	63	71,14	78,84	86,18	93,22	100

Article AF 30 Définition de la perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

L'adhérent est considéré en perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) lorsque les trois conditions suivantes sont cumulativement remplies :

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

La perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) est assimilée au décès.

Article AF 31 Définition de l'incapacité temporaire totale de travail (ITT)

L'incapacité temporaire totale (ITT) de travail donnant droit à indemnités journalières se définit comme l'incapacité temporaire complète et continue de l'adhérent, résultant d'un accident ou d'une maladie, à exercer l'activité professionnelle définie à l'adhésion.

L'incapacité temporaire partielle et l'incapacité totale définitive de travail ne donnent pas lieu au versement d'indemnités journalières.

Article AF 32 Définition du revenu professionnel quotidien moyen

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

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

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

Pour le salarié, le revenu professionnel quotidien moyen est constitué du total des « salaires et assimilés » figurant sur la déclaration 2042 de l'année en cours ou de celle précédant le sinistre, divisé par 365.

Article AF 33 Caractère indemnitaire des indemnités journalières et de la rente invalidité

Les indemnités journalières, la garantie hospitalisation et la rente invalidité servies par AMPLI Mutuelle ont un caractère indemnitaire : elles doivent compenser une perte de revenus. **Elles ne peuvent être supérieures au revenu professionnel quotidien moyen, tel que défini au présent règlement, précédant l'arrêt de travail.**

Dès lors, le montant des indemnités journalières et de la rente invalidité servi par AMPLI Mutuelle sera réduit à due concurrence si le cumul des indemnités journalières et, éventuellement, des rentes servies par la Mutuelle et par une autre société de prévoyance ou d'assurance, ou par tout autre organisme privé ou public, donne lieu à la perception par l'assuré d'une somme supérieure à son revenu professionnel quotidien moyen.

Les prestations des garanties indemnités journalières (moyenne et longue durée) et hospitalisation souscrites par le conjoint collaborateur sont forfaitaires et ne sont pas calculées en fonction du revenu professionnel de l'assuré.

TITRE IV COTISATIONS

Article AF 34 Caractère annuel des cotisations, fractionnement et frais d'impayés

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

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

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

Des frais d'impayés seront appliqués à chaque incident de paiement. Le montant de ces frais est fixé annuellement par le Conseil d'Administration de la Mutuelle.

Les cotisations restent également dues par l'adhérent en cas d'incapacité temporaire totale de travail ou d'invalidité.

Article AF 35 Abattement tarifaire pour les jeunes professionnels

Un abattement de cotisations de 25 % pendant deux ans est accordé aux professionnels de moins de 45 ans sur toute souscription d'une garantie AMPLI-FAMILLE dans les 18 mois qui suivent :

- leur installation professionnelle ou l'acte de cession en cas de reprise d'entreprise,
- la signature du contrat de collaboration libérale ou de remplacement,
- la délivrance du diplôme,
- la signature du contrat de travail.

Les intéressés devront fournir les justificatifs soit :

- d'affiliation à une caisse de retraite de professions libérales ou indépendantes,
- d'inscription au registre du commerce ou au répertoire des métiers,
- du contrat de collaboration ou de remplacement
- des formalités administratives justifiant leur installation professionnelle (bail professionnel, KBis etc...)

L'abattement de cotisations ne peut bénéficier à l'adhérent concerné qu'une seule fois. Il ne pourra pas en bénéficier à chaque changement de statut professionnel même s'il remplit toujours les conditions exigées.

Article AF 36 Non paiement des cotisations

Le membre participant qui ne paie pas sa cotisation dans les dix jours de son échéance peut être exclu.

L'exclusion ne peut intervenir que dans un délai de quarante jours à compter de la notification de la mise en demeure conformément à l'article L. 221-8 du Code de la mutualité.

L'exclusion ne peut faire obstacle, le cas échéant, au versement des prestations acquises en contrepartie des cotisations versées antérieurement par le débiteur de cotisations.

TITRE V PRESTATIONS

Article AF 37 Versement des prestations

Toutes les prestations du présent règlement sont réglées par la Mutuelle en France métropolitaine aux personnes suivantes **dès lors que les formalités nécessaires sont accomplies** :

- à l'adhérent pour la rente invalidité, les indemnités journalières, la garantie hospitalisation et en cas de PTIA,
- au bénéficiaire désigné par l'assuré pour la garantie décès,
- au tuteur ou curateur de l'adhérent si ce dernier est sous tutelle ou curatelle pour toutes les garanties hors décès,
- à l'enfant désigné par l'adhérent pour la rente éducation,
- au conjoint désigné par l'adhérent pour la rente de conjoint.

Article AF 38 Décès et PTIA

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

Article AF 39 Rente invalidité : calcul de la rente

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

Le montant de la rente est calculé par application du taux d'invalidité au moment de la première prestation. Lorsque le taux d'invalidité est inférieur à 33%, il n'est servi aucune rente à l'assuré.

Le versement de la rente débute lorsque le taux d'invalidité atteint 33%, la rente servie étant alors égale à 50% de la rente souscrite. Au-delà du taux de 33% et jusqu'au taux de 66%, une rente partielle est servie par application de la formule $R = \frac{3n}{2}$ dans laquelle R représente le montant de la rente souscrite, n représente le taux d'invalidité compris entre 33% et 66%.

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

Lorsque le taux d'invalidité est égal ou supérieur à 66 %, la rente est servie à taux plein. Dans ce cas, l'adhérent est exonéré de cotisation au titre de la présente garantie.

Les prestations versées par AMPLI Mutuelle peuvent être révisées à la hausse ou à la baisse pendant toute la durée du service de la rente, si le taux d'invalidité se trouve modifié.

Article AF 40 Rente invalidité : date d'effet de la rente et durée de versement

Les rentes sont servies directement à l'assuré bénéficiaire par AMPLI Mutuelle trimestriellement à terme échu le 1^{er} jour de chaque trimestre civil.

Le service de la rente cesse :

- à la date de guérison ;
- à la date d'effet de la retraite d'un régime de base de la sécurité Sociale ;
- à l'échéance suivant le décès de l'assuré ;
- au plus tard, à la fin du trimestre civil au cours duquel l'assuré atteint l'âge de 65 ans ;
- lorsqu'à la suite d'un contrôle médical exercé en cours de prestation, le taux d'invalidité de l'adhérent se révèle consolidé à un niveau inférieur au taux minimum prévu par la garantie souscrite.

Article AF 41 Indemnités journalières : montant et nombre maximum de jours indemnisés

Les indemnités journalières sont mises en paiement après un délai de franchise fixé à l'adhésion tant que dure l'incapacité temporaire totale de travail et ce jusqu'au terme de la période d'indemnisation choisie par l'adhérent ou jusqu'au 1^{er} jour du mois au cours duquel l'adhérent atteint 65 ans si celui-ci intervient pendant la période d'indemnisation ou jusqu'à la date de reconnaissance de l'invalidité permanente totale.

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

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

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

Article AF 42
Indemnités journalières :
possibilité de prendre un remplaçant

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

Article AF 43
Indemnités journalières :
nouvelles maladies survenant au cours
d'une affection, dites maladies intercurrentes

Pour l'indemnité journalière définie au présent Règlement, les maladies intercurrentes survenant au cours d'une période d'arrêt de travail permettent la prolongation du versement des indemnités journalières jusqu'à la guérison ou à la fin de la période d'indemnisation au titre de l'arrêt de travail initial, sans ouvrir de nouveaux droits.

Il en sera de même d'un accident survenant au cours d'un arrêt de travail consécutif à une maladie.

Si une maladie intercurrente correspond à une pathologie dont les droits ont déjà été précédemment épuisés, le versement d'indemnités journalières ne pourra être effectué qu'au titre de la pathologie initiale uniquement.

Article AF 44
Indemnités journalières :
rechutes et maladies chroniques

En cas de rechute moins d'une année après la reprise de travail, les délais de franchise (14, 30, 90 ou 365 jours) prévus au présent Règlement suivant les indemnités journalières choisies, et qui interviennent entre le premier jour d'arrêt de travail et le premier jour d'indemnisation, ne sont pas appliqués, à condition d'avoir procédé à une déclaration dans les cinq jours qui suivent la constatation de la rechute.

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

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

Article AF 45
Garantie décès, rente éducation
et rente de conjoint : versement de la rente

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

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

Le service de la rente cesse dans les conditions spécifiées dans le présent règlement pour chacune de ces garanties.

Article AF 46
Rente du conjoint, rente invalidité
et garantie décès versée sous forme de rente :
revalorisation de la rente

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

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

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

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

TITRE VI
FORMALITES EN CAS DE SINISTRE

Article AF 47
Garanties invalidité et PTIA

Une déclaration de l'invalidité, accompagnée d'un certificat médical détaillé du médecin traitant, doit être adressée sous pli confidentiel au médecin conseil d'AMPLI Mutuelle, sous peine de forclusion, dans un délai de 30 jours suivant la date de la reconnaissance médicale de l'invalidité (ou 5 jours si l'adhérent se trouve déjà en arrêt de travail), sauf empêchement en cas de force majeure apprécié par la Mutuelle, afin qu'un contrôle médical puisse être exercé en temps voulu. Ce délai est de 6 mois pour l'état de PTIA.

Le certificat médical détaillé du médecin traitant doit préciser s'il s'agit d'un accident ou d'une maladie et comporter :

- a) en cas de maladie :
- la nature de la maladie et du traitement suivi ;
 - la date d'interruption de l'activité professionnelle ;
 - la date de reconnaissance médicale de l'invalidité ou de l'état de PTIA ;
 - le taux d'invalidité professionnelle et fonctionnelle.
- b) en cas d'accident, il faut de plus une déclaration concernant :
- la date et les circonstances de l'accident et ses conséquences ;
 - le constat d'accident ou le rapport de police judiciaire ou de gendarmerie le cas échéant ;
 - le nom et les coordonnées du tiers responsable et de son assureur.

Qu'il s'agisse de maladie ou d'accident, la déclaration devra en outre être accompagnée du compte rendu d'hospitalisation si elle a eu lieu.

Par ailleurs concernant la garantie invalidité, tout adhérent en arrêt de travail doit transmettre sa déclaration de revenus de l'année en cours ou à défaut celle de l'année précédant l'arrêt de travail avec son dernier avis d'imposition.

Article AF 48 Garantie décès toutes causes

En cas de décès, le bénéficiaire doit adresser, sous peine de forclusion, une demande accompagnée des pièces nécessaires, à AMPLI Mutuelle, dans un délai maximum d'un an à compter du décès.

Ces pièces comportent :

1. un extrait de l'acte de décès ;
2. un certificat médical, adressé sous pli confidentiel au médecin conseil d'AMPLI Mutuelle, indiquant si le décès est dû à une cause naturelle, un suicide ou un accident. Dans ces deux derniers cas, un rapport émanant de la police ou de la gendarmerie sera exigé.

Article AF 49 Indemnités journalières : déclaration de l'arrêt de travail

Une déclaration d'arrêt de travail accompagnée d'un certificat médical détaillé du médecin traitant doit être adressée, sous pli confidentiel au médecin conseil d'AMPLI Mutuelle, sous peine de forclusion, dès le début de la maladie ou de l'accident, dans un délai de 15 jours, (sauf empêchement, en cas de force majeure, apprécié par la Mutuelle), afin qu'un contrôle médical puisse être exercé en temps voulu.

Le certificat médical détaillé du médecin traitant doit préciser s'il s'agit d'un accident ou d'une maladie et comporter :

- a) En cas de maladie :
 - la nature de la maladie et du traitement suivi ;
 - la date d'interruption de l'activité professionnelle ;
 - la date de reconnaissance médicale de l'incapacité totale temporaire.
- b) En cas d'accident, il faut de plus une déclaration concernant :
 - la date et les circonstances de l'accident et ses conséquences ;
 - le constat d'accident ou le rapport de police judiciaire ou de gendarmerie le cas échéant ;
 - le nom et les coordonnées du tiers responsable et de son assureur.

Qu'il s'agisse de maladie ou d'accident, la déclaration devra, en outre, être accompagnée des comptes rendus suivants : hospitalisation, opératoire, paraclinique et de consultation, si les cas se présentent.

A la suite de l'étude du dossier par le Médecin-Conseil de la Commission Médicale, des pièces complémentaires peuvent être réclamées à l'assuré qui devra les retourner dans un délai de 1 mois sous pli confidentiel adressé à son attention.

Dans le cas où la déclaration d'arrêt de travail est faite après la reprise du travail, rendant de ce fait impossible tout contrôle médical, aucun paiement n'incombe à AMPLI Mutuelle. Lorsque la déclaration d'arrêt de travail est réalisée au-delà du 15ème jour mais avant la reprise d'activité, le début de l'arrêt de travail sera considéré comme partant du jour de réception de la déclaration.

Par ailleurs tout adhérent en arrêt de travail doit transmettre sa déclaration de revenus de l'année en cours ou à défaut celle de l'année précédant l'arrêt de travail avec son dernier avis d'imposition.

Article AF 50 Indemnités journalières : pièces à fournir en cours d'incapacité

L'adhérent devra faire parvenir à AMPLI Mutuelle tous documents d'ordre médical qui lui seraient réclamés et nécessaires

à l'appréciation de son dossier, en les adressant sous pli confidentiel au médecin-conseil d'AMPLI Mutuelle. Tous les documents médicaux transmis au Médecin-Conseil doivent être rédigés en langue française et datés pour être recevables.

D'autre part, l'adhérent devra adresser à AMPLI Mutuelle une attestation sur l'honneur, le 25 de chaque mois, certifiant qu'il n'a accompli aucun acte professionnel pendant la période d'arrêt de travail et qu'il est toujours en possession de son outil de travail. Il doit par ailleurs se soumettre au repos nécessaire à sa guérison.

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

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

L'adhérent, en arrêt de travail, qui reprend ses activités professionnelles à une date antérieure à celle pour laquelle il est indemnisé, doit en informer AMPLI Mutuelle, dans **un délai de 5 jours**.

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

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

S'il y a lieu, la déclaration devra être accompagnée des justificatifs de règlements de prestations incapacité des régimes obligatoires ou facultatifs. L'adhérent devra attester sur l'honneur n'en omettre aucun.

Article AF 51 Rente invalidité et indemnités journalières : justificatifs de revenu

Le professionnel libéral exerçant à titre individuel ou assujéti à l'impôt sur le revenu, doit transmettre la déclaration 2035 de l'année en cours ou à défaut celle précédant l'arrêt de travail.

Le gérant ou dirigeant de société doit fournir son dernier avis d'impôts sur le revenu disponible, sa déclaration de revenus (2042 et 2065) et sa déclaration commune des revenus des professions indépendantes de l'année en cours, ou à défaut celle précédant l'arrêt de travail.

Les personnes assujéties à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéficiaires industriels et commerciaux doivent transmettre leur déclaration fiscale et leur déclaration commune de revenus des professions indépendantes de l'année en cours ou à défaut celle précédant l'arrêt de travail.

Le salarié doit fournir son dernier avis d'impôts sur le revenu disponible, sa déclaration de revenus (2042) de l'année en cours, ou à défaut celle précédant l'arrêt de travail.

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

Article AF 52 Garantie hospitalisation

Qu'il s'agisse de maladie ou d'accident, une déclaration de sinistre accompagnée d'un certificat médical détaillant la maladie et un bulletin d'hospitalisation en établissement hospitalier ou à domicile devront être transmis, sous pli confidentiel, au médecin conseil d'AMPLI Mutuelle dès le début de la maladie ou de l'accident, **dans un délai de 5 jours, sous peine de forclusion** (sauf empêchement, en cas de force majeure, apprécié par AMPLI Mutuelle).

Article AF 53 Contrôle médical et expertise

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

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

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

Les honoraires du troisième médecin expert, dont l'adhérent doit faire l'avance, resteront à sa charge si sa contestation n'est pas admise ; ils seront pris en charge par AMPLI Mutuelle dans le cas contraire. En revanche, les frais de déplacement pour se rendre sur le lieu de l'arbitrage (aller et retour) resteront à la charge de l'adhérent.

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

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

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

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

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

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

TITRE VII DISPOSITIONS REGISSANT LES RELATIONS ENTRE AMPLI MUTUELLE ET LE SOUSCRIPTEUR

Article AF 54 Prise d'effet et durée du contrat entre AMPLI Mutuelle et le souscripteur

Le contrat collectif souscrit par AMPLI Association auprès d'AMPLI Mutuelle est annuel. Il vient à échéance le 31 décembre de chaque année. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année, après révision éventuelle de la cotisation.

Article AF 55 Résiliation du contrat collectif

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

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

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

En cas de résiliation du contrat collectif par l'une ou l'autre partie, la Mutuelle s'engage à maintenir aux assurés des garanties équivalentes à celles dont ils bénéficiaient à la date de résiliation. Les assurés demeurent membres participants de droit à la mutuelle.

Article AF 56 Modification du contrat collectif

a. Par le souscripteur AMPLI Association :

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

b. Par AMPLI Mutuelle :

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

recommandée avec avis de réception au moins deux mois avant la prise d'effet des modifications.

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

Article AF 57
Cessation d'activité d'AMPLI Association

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



27, Bld. BERTHIER - 75858 PARIS CEDEX 17 - TÉL. 01 44 15 20 00
e-mail: infos@ampli.fr - site: www.ampli.fr
SIREN 349.729.350

RÉGIE PAR LE LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITÉ
Soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution
(ACPR - 61 rue Taitbout, 75436 Paris cedex 09)
