



Institution de Prévoyance agréée par le Ministère chargé de la Sécurité sociale sous le n° 930
(régie par les titres III et V du livre IX du Code de la Sécurité Sociale)

RÈGLEMENT GÉNÉRAL ET RÈGLEMENTS PARTICULIERS DE L'INSTITUTION

Modifications adoptées par
l'Assemblée Générale Extraordinaire du 22 juin 2016

12, rue Massue - 94684 VINCENNES CEDEX

SOMMAIRE

Définitions préalables	P.4
-------------------------------	-----

REGLEMENT DE L'INSTITUTION

TITRE I - Généralités - Adhésion

Article 1 - OBJET	P. 8
Article 2 - REVISION	P. 8
Article 3 - MESURES D'APPLICATION	P. 8
Article 4 - DUREE	P. 8
Article 5 - ADHESION	P. 9
Article 6 - MODIFICATION DES CONDITIONS APPLICABLES A L'ADHESION	P. 10
Article 7 - RECLAMATIONS - MEDIATION	P. 10
Article 8 - PRESCRIPTION	P. 11

TITRE II - Membres Participants

Article 1 - GROUPE BENEFICIAIRE	P. 13
Article 2 - POINT DE DEPART DE LA GARANTIE	P. 13
Article 3 - CESSATION DES GARANTIES	P. 13
Article 4 - MAINTIEN DES GARANTIES	P. 14
Article 5 - ASSIETTE DES GARANTIES	P. 16

TITRE III - Cotisations

Article 1 - TAUX ET MONTANT DES COTISATIONS	P. 18
Article 2 - PAIEMENT DES COTISATIONS	P. 18
Article 3 - NON-PAIEMENT DES COTISATIONS	P. 19

TITRE IV - Dispositions financières

Article 1 - FONDS SOCIAL	P. 20
Article 2 - COMPTES DE RESULTAT / COMMUNICATION SUR LES FRAIS	P. 20
Article 3 - RELATION ADMINISTRATIVE AVEC LES BENEFICIAIRES	P. 20
Article 4 - CONTROLE DE L'INSTITUTION	P. 21
Article 5 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	P. 21

REGLEMENTS PARTICULIERS

I - Garanties en cas de décès

Article 1 - STRUCTURE ET OBJET	P. 23
Article 2 - DEFINITION DES PERSONNES A CHARGE	P. 23
Article 3 - BENEFICIAIRES EN CAS DE DECES	P. 23
Article 4 - VERSEMENT D'UN CAPITAL EN CAS DE DECES D'UN MEMBRE PARTICIPANT	P. 24
Article 5 - PAIEMENT ANTICIPE DU CAPITAL EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (D'INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE)	P. 24
Article 6 - VERSEMENT D'UN CAPITAL SUPPLEMENTAIRE EN CAS DE DECES ACCIDENTEL	P. 25
Article 7 - VERSEMENT D'UN CAPITAL EN CAS DE DECES DU CONJOINT : GARANTIE « DOUBLE EFFET »	P. 25
Article 8 - PREDECES DU CONJOINT OU D'UN ENFANT A CHARGE	P. 26
Article 9 - RENTES EDUCATION ET RENTES DE CONJOINT	P. 26
Article 10 - ALLOCATIONS OBSEQUES ET NAISSANCE	P. 27
Article 11 - CESSATION DES PRESTATIONS	P. 27
Article 12 - RISQUES EXCLUS	P. 27
Article 13 - REGLEMENT DES SOMMES DUES	P. 28
Article 14 - BASE DE REGLEMENT	P. 29
Article 15 - SUBROGATION	P. 29

II - Garanties en cas d'Incapacité de Travail ou d'Invalidité

Article 1 - OBJET	P. 31
Article 2 - DEFINITION DE LA GARANTIE	P. 31
Article 3 - INCAPACITE TEMPORAIRE	P. 31
Article 4 - INVALIDITE	P. 32
Article 5 - ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE	P. 33
Article 6 - RISQUES GARANTIS ET RISQUES EXCLUS	P. 33
Article 7 - DECLARATION ET CONTROLE DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL	P. 34
Article 8 - REGLEMENT DES PRESTATIONS	P. 34
Article 9 - CESSATION DE LA GARANTIE	P. 35
Article 10 - CESSATION DU SERVICE DES PRESTATIONS	P. 35
Article 11 - EXONERATION DES COTISATIONS	P. 35
Article 12 - SUBROGATION	P. 35

III - Garanties Maladie - Accident – Maternité

Article 1 - OBJET	P. 37
Article 2 - DEFINITION DE LA GARANTIE	P. 37
Article 3 - DEFINITION DES BENEFICIAIRES	P. 38
Article 4 - PRESTATIONS	P. 38
Article 5 - ETENDUE TERRITORIALE	P. 39
Article 6 - RISQUES GARANTIS ET RISQUES EXCLUS	P. 40
Article 7 - REGLEMENT DES PRESTATIONS	P. 40
Article 8 - CESSATION DE LA GARANTIE ET DU SERVICE DES PRESTATIONS	P. 42
Article 9 - MAINTIEN D'UNE COUVERTURE AUX RETRAITES, ANCIENS SALARIES ET AYANTS DROIT	P. 42
Article 10 - SUBROGATION	P. 42
Article 11 - ASSURANCES CUMULATIVES	P. 42

IV - Garanties Indemnités de départ à la Retraite

Article 1 - STRUCTURE	P. 44
Article 2 - OBJET	P. 44
Article 3 - SOUSCRIPTION	P. 44
Article 4 - PRESTATIONS	P. 44
Article 5 - REGLEMENT DES SOMMES DUES	P. 44
Article 6 - FINANCEMENT	P. 45
Article 7 - COMPTES DE RESULTATS ET FONDS DE REGULATION	P. 45
Article 8 - CESSATION DES PRESTATIONS	P. 45

QUELQUES DÉFINITIONS PRÉALABLES

Accident

Toute atteinte à l'intégrité physique, non intentionnelle et provenant de l'action fortuite, soudaine, violente et imprévisible d'une cause extérieure au Bénéficiaire.

Acte de mise en place (article L911.1 du Code de la Sécurité sociale) :

Convention ou accord collectif ou projet d'accord soumis au vote de la majorité du personnel ou décision unilatérale de l'employeur à l'origine de la mise en place du Régime complémentaire santé et/ou prévoyance au sein de l'Entreprise.

Ayant droit

Personne pouvant bénéficier des Garanties en raison de ses liens familiaux avec un Membre Participant.

Base de remboursement (BR)

Tarif servant de référence au Régime Obligatoire pour déterminer le montant de son remboursement. On parle de :

- **Tarif de convention** (TC) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé conventionné avec le Régime Obligatoire. Il s'agit d'un tarif fixé par une convention signée entre le Régime Obligatoire et les représentants de cette profession.
- **Tarif d'autorité** (TA) lorsque les actes sont effectués par un professionnel de santé non conventionné avec le Régime Obligatoire. Il s'agit d'un tarif forfaitaire qui sert de Base de remboursement.
- **Tarif de responsabilité** (TR) pour les médicaments, appareillages et autres biens médicaux.

Bénéficiaire

Participant, ainsi que ses éventuels Ayants droit affiliés à titre obligatoire ou facultatif sous réserve des dispositions prévues par le présent Règlement.

Capacité juridique

Aptitude à avoir des droits et des obligations et à les exercer soi-même (Exemple : capacité d'agir en justice, de conclure un contrat...). Les mineurs (hors mineurs émancipés) ne disposent pas de la capacité d'exercice. Il en est de même pour les majeurs qui bénéficient d'un régime de protection juridique.

Contrat d'Accès aux Soins (C.A.S.)

Il s'agit d'un contrat négocié entre l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux et auquel peuvent adhérer les professionnels de santé de secteur 2 sur la base du volontariat et certains professionnels de santé de secteur 1. Le professionnel de santé adhérent au Contrat d'Accès aux Soins s'engage à :

- ne pas augmenter ses tarifs pendant les 3 années du Contrat d'Accès aux Soins,
- respecter un taux moyen de Dépassement d'honoraires,
- réaliser une part d'activité à tarif opposable égale ou supérieure à celle pratiquée avant son adhésion,
- respecter un taux de dépassement recalculé au maximum égal à 100% du tarif opposable du Régime Obligatoire.

Délai d'attente

C'est le délai durant lequel aucune Garantie n'est due par l'Institution.

Délai de déclaration du sinistre

Délai durant lequel les Bénéficiaires ou le Membre Adhérent doivent déclarer le sinistre pour obtenir une éventuelle prise en charge.

Dépassement d'honoraires

Part des honoraires qui se situe au-delà de la Base de remboursement du Régime Obligatoire et qui n'est jamais remboursée par ce dernier.

Dispense d'affiliation

Faculté pour le salarié et éventuellement ses Ayants droit, de ne pas être affilié au Régime conformément aux dispositions légales ou réglementaires ainsi que celles éventuellement prévues dans l'Acte de mise en place du Régime.

Entreprise ou Membre Adhérent

Personne physique ou morale souscrivant le Régime pour le compte de son personnel et dont le représentant habilité pour la personne morale signe l'adhésion.

Forfait Hospitalier

Somme due pour tout séjour hospitalier d'une durée supérieure à 24h dans un établissement de santé. Il s'agit d'une Participation forfaitaire du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation.

Ce forfait n'est pas remboursé par le Régime Obligatoire.

Certains patients en sont dispensés (personnes hospitalisées à la suite d'un Accident du travail ou pour une Maladie professionnelle, personnes soignées dans le cadre d'une hospitalisation à domicile, femmes au cours des derniers mois de leur grossesse...).

Frais réels

Dépense réellement payée par les Bénéficiaires de la Garantie pour un acte médical donné.

Frais de santé

Sommes versées par les Bénéficiaires au titre des Prestations liées à leur état de santé.

Franchise

Montant forfaitaire que le Régime Obligatoire ne rembourse pas et dont la prise en charge est interdite dans le cadre des contrats responsables (Article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale). Cette Franchise, à la charge du Participant, concerne notamment les frais pharmaceutiques, les auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence.

La Franchise n'est pas remboursée par l'Institution

Garantie

Engagement de l'Institution, en contrepartie d'une cotisation convenue d'avance, à verser une Prestation à l'occasion d'événements faisant jouer les clauses du Régime au cours d'une période déterminée.

Maladie

Toute altération de santé constatée par une autorité médicale et ouvrant droit aux Prestations du Régime Obligatoire.

Médecin ayant adhéré au contrat d'accès aux soins

Médecin ayant adhéré au contrat d'accès aux soins prévu par les conventions nationales mentionnées à l'article L.162-5 du Code de la Sécurité sociale (Conformément à la définition du Contrat d'Accès aux Soins).

Médecin correspondant

Dans le cadre du Parcours de soins coordonnés, le Médecin correspondant est celui vers lequel le Médecin traitant oriente le patient pour avis. Il peut également assurer des soins programmés avec le Médecin traitant ou prendre en charge des séquences de soins spécialisés nécessitées par l'état de santé du patient.

Médecin traitant

Dans le cadre du Parcours de soins coordonnés, le Médecin traitant, choisi par l'Assuré social, est consulté en priorité par ce dernier et le suit tout au long de son parcours de soins. Il oriente le patient, en cas de besoin, vers un autre praticien, le Médecin correspondant.

Membre Participant

Membre du personnel de l'Entreprise relevant de la catégorie de personnel assurée dans le cadre d'un contrat collectif, ancien membre du personnel ayant poursuivi son adhésion dans le cadre d'un contrat individuel.

Niveau de Garantie

Ensemble des Garanties auxquelles une cotisation donne droit.

NOEMIE :

«Norme Ouverte d'Echanges entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs», permettant des échanges informatisés d'informations entre les caisses nationales du Régime Obligatoire et l'Institution.

Parcours de soins coordonnés

Circuit que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné et ne pas supporter de pénalités dans leurs remboursements de frais médicaux.

Passage par un Médecin traitant choisi par le Participant avant d'être orienté vers un autre médecin, sauf en cas d'urgence, d'éloignement du domicile ou lorsqu'un accès direct à un spécialiste est autorisé (ophtalmologue, gynécologue ainsi que, pour les patients âgés de moins de 26 ans, psychiatre et neuropsychiatre). Le parcours de soins concerne les patients à partir de 16 ans.

Participation forfaitaire

Contribution prélevée par le Régime Obligatoire sur ses remboursements (Article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale).

Depuis le 1^{er} septembre 2008, elle concerne les remboursements effectués au titre des actes médicaux réalisés par les médecins et des actes de biologie et de radiologie au profit des Participants sociaux, hormis les consultations des mineurs, des titulaires de la Couverture Maladie Universelle ou de l'Aide Médicale de l'Etat et à partir du 1^{er} jour du 6^{ème} mois de grossesse pour les femmes enceintes (hors actes médicaux réalisés dans le cadre des examens obligatoires).

La Participation forfaitaire n'est pas remboursée par l'Institution.

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

Plafond de référence fixé mensuellement par arrêté publié au journal officiel qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales et des Prestations.

Son évolution est consultable sur www.securite-sociale.fr

Prestation

Exécution de la Garantie par l'Institution.

Prorata temporis

Expression latine signifiant en proportion du temps écoulé pour le calcul des sommes dues.

Régime

Ensemble des Garanties relatifs à la protection complémentaire de l'Entreprise.

Régime Obligatoire (RO)

Régime français d'Assurance Maladie dont dépend le Bénéficiaire à travers la reconnaissance par un organisme dit de Sécurité sociale, y compris le régime local.

Reste à charge

Part des dépenses de santé qui reste à la charge du Participant après le remboursement du Régime Obligatoire. Il est constitué:

- du Ticket modérateur,
- de l'éventuelle Participation forfaitaire ou Franchise, étant rappelé qu'elles ne sont pas prises en charge par l'Institution,
- de l'éventuel dépassement d'honoraires.

Le Contrat couvre tout ou partie du reste à charge.

Secteur conventionné

Ensemble des professionnels de santé ayant adhéré à la convention passée entre leurs représentants et le Régime Obligatoire et pratiquant des tarifs contrôlés.

Secteur non conventionné

L'ensemble des professionnels de santé n'ayant pas adhéré à la convention passée entre leurs représentants et le Régime Obligatoire et pratiquant des tarifs libres. Le remboursement des actes par le Régime Obligatoire est alors effectué sur une base minorée.

Service médical rendu (S.M.R.)

Critère utilisé en santé publique pour classer les médicaments en 5 niveaux en fonction de l'efficacité et de l'utilité des médicaments (majeur, important, modéré, faible, insuffisant) et fixer leur taux de remboursement par le Régime Obligatoire.

Rente temporaire immédiate

Rente versée trimestriellement, à terme échu pendant une durée déterminée qui prend effet à la date prévue au règlement pour ouvrir droit aux Prestations.

Terme échu

Délai au terme duquel le règlement est effectué.

Ticket modérateur (TM)

Différence entre la Base de remboursement et le montant remboursé par le Régime Obligatoire (avant application sur celui-ci de la participation forfaitaire d'un euro ou d'une franchise).

RÈGLEMENT DE L'INSTITUTION

TITRE I

Généralités - Adhésion

Sauf dérogation expresse prévue sur le bulletin d'adhésion, l'ensemble des dispositions du règlement s'applique aux Régimes souscrits conformément aux dispositions du présent document

Article 1- OBJET

L'Association de Prévoyance Générale Interprofessionnelle des Salariés (ci-après l'APGIS ou l'Institution) est une Institution de Prévoyance régie par les titres III et V du livre IX du Code de la Sécurité sociale dont le siège social est situé 12, rue Massue 94684 VINCENNES CEDEX.

Le présent Règlement est établi conformément au 1^{er} alinéa de l'article 37 des Statuts et définit les modalités de fonctionnement des Régimes de prévoyance institués par l'APGIS et auxquels adhère:

- le « **Membre Adhérent** » défini comme étant l'Entreprise
- ou par bulletin d'adhésion le « **Membre Participant** » défini comme étant :
 - les salariés au sens des articles L311-2 et L311-3 du Code de la Sécurité sociale,
 - le personnel salarié des professions agricoles visé aux articles L722-20 et L751-1 du Code rural et de la pêche maritime,
 - le personnel statutaire des établissements publics administratifs couvert par le régime général de la Sécurité sociale
 - les anciens salariés.

La signature d'un bulletin d'adhésion par l'Entreprise emporte son adhésion aux dispositions des Statuts et du présent Règlement.

Les dispositions du Règlement ne s'appliquent pas en cas de souscription d'un contrat collectif par l'Entreprise. Les Garanties, leurs modalités d'application et les conditions tarifaires seront définies exclusivement par ce contrat.

Article 2 - RÉVISION

Le présent Règlement peut être révisé dans les conditions fixées par l'article 35 des Statuts de l'Institution.

Les modifications prennent effet, après approbation de l'Assemblée Générale et sauf dispositions contraires, le 1^{er} janvier de l'exercice suivant celui au cours duquel elles interviennent.

Elles sont constatées par avenant au présent Règlement ou au bulletin d'adhésion sauf dans les cas prévus par l'article L932-3 4^{ème} alinéa du Code de la Sécurité Sociale.

Article 3 - MESURES D'APPLICATION

Le Conseil d'Administration de l'Institution, dans les conditions fixées par ses Statuts, prend toutes mesures nécessaires à l'exécution du présent Règlement.

Article 4 - DURÉE

L'adhésion de l'Entreprise prend effet à la date indiquée sur le bulletin d'adhésion, **sous réserve que, signé par l'Institution, il soit retourné contresigné par le Membre Adhérent.**

L'adhésion est conclue pour une première période expirant le 31 décembre de l'année de sa prise d'effet; elle se renouvelle ensuite annuellement, par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier.

L'Institution ou le Membre Adhérent peuvent dénoncer l'adhésion par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception en respectant un préavis de deux mois avant le 31 décembre de l'année en cours.

L'adhésion au Règlement peut également prendre fin à l'initiative de l'Institution :

- **en cas de non-paiement des cotisations ;**
- **dans les trois mois qui suivent le jugement de sauvegarde, redressement ou liquidation judiciaire de l'Entreprise.**

Lorsque l'adhésion à l'Institution résulte d'une obligation prévue par une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel, la dénonciation ou la radiation se fait conformément aux dispositions prévues par la convention ou l'accord.

En cas de procédure de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire du Membre Adhérent, la Garantie subsiste pendant la période qui s'écoule entre la date de cessation des paiements et la date de résiliation de l'adhésion. L'administrateur ou le débiteur autorisé par le juge commissaire ou le liquidateur selon le cas, et l'Institution de Prévoyance conservent le droit de résilier l'adhésion pendant un délai de trois mois à compter de la date du jugement de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire. La portion de cotisation afférente au temps pendant lequel l'Institution de Prévoyance ne couvre plus le risque est restituée au débiteur.

Article 5 - ADHÉSION

5.1. Formalités d'adhésion

L'engagement réciproque du Membre Adhérent et de l'APGIS résulte de la signature du bulletin d'adhésion au Règlement.

Avant cette signature, l'Institution de Prévoyance remet obligatoirement au Membre Adhérent le Règlement correspondant et la proposition de bulletin d'adhésion à celui-ci ainsi que les annexes respectives.

Le souscripteur personne morale ou physique présente à l'APGIS un original ou une copie certifiée conforme de tout acte ou extrait du registre officiel constatant sa dénomination, sa forme juridique et son siège social datant de moins de 3 mois ainsi qu'un document attestant de l'identité de son représentant (carte nationale d'identité, passeport ou permis de conduire). Cependant les modalités de vérification, de l'identité d'un adhérent étant considérées comme satisfaites dès lors que le paiement de leur première cotisation s'effectue sur le débit d'un compte ouvert à leur nom auprès d'un établissement de crédit lui-même tenu à l'obligation d'identification.

De même, avant la signature du bulletin d'adhésion, le Souscripteur répond exactement aux questions de l'APGIS relatives notamment à la nature des activités de l'Entreprise, au groupe qu'elle envisage de garantir, à son importance ou à ses caractéristiques sociodémographiques, à la nature des Garanties qu'il envisage de souscrire, au caractère collectif ou individuel, obligatoire ou facultatif des Garanties.

L'APGIS, sauf dans les cas précisés à l'article L932-3 4^{ème} alinéa du Code de la Sécurité sociale, remet à l'Entreprise, au groupe d'Entreprises ou au Membre Participant le Règlement ou les documents concernant les Garanties qu'il envisage de souscrire.

Les Garanties adoptées par le Membre Adhérent s'appliquent obligatoirement ou non à l'ensemble des personnes appelées à bénéficier du Régime.

Ce choix est indiqué sur le bulletin d'adhésion.

Dans la première hypothèse, les opérations seront collectives à adhésion obligatoire ; dans la seconde hypothèse, les opérations seront collectives à adhésion facultative.

La catégorie de personnel concernée par l'adhésion doit être définie par rapport à des critères objectifs.

Lorsque le Bénéficiaire (salarié, ancien salarié, Ayant droit) adhère à titre individuel, l'opération sera qualifiée d'individuelle.

L'APGIS est inscrite sur la liste des organismes participant au dispositif CMU-C.

5.2. Régularisation de l'adhésion

Lorsque l'adhésion et l'affiliation des personnes appelées à en bénéficier sont intervenues dans le cadre d'opérations collectives, l'APGIS adresse au Membre Adhérent une notice qui définit les Garanties souscrites et leurs modalités d'entrée en vigueur, les formalités à accomplir en cas de réalisation du risque.

La remise de la notice d'information au Membre Adhérent est constatée par une mention signée et datée par le Membre Adhérent par laquelle celui-ci reconnaît avoir reçu au préalable les documents.

Cette notice rappelle également le contenu des clauses édictant des nullités, des déchéances ou des exclusions ou limitations de Garanties.

Le Membre Adhérent s'engage à remettre, à tous les Membres Participants auxquels les Garanties sont applicables, la notice d'information fournie par l'Institution. La preuve de la remise de la notice lui incombe.

En cas d'opération individuelle, l'APGIS a l'obligation de remettre la notice au Membre participant.

Article 6 - MODIFICATION DES CONDITIONS APPLICABLES À L'ADHÉSION

Ultérieurement, le Membre Adhérent, le Membre Participant (en cas d'adhésion individuelle) ou dans le cas d'un accord de branche, les organisations syndicales signataires peuvent demander à modifier les Garanties ou leurs modalités d'application qui avaient précédemment été adoptées dans le cadre d'opérations collectives.

En cas de changement, l'APGIS notifiera les modifications prises en compte, par le biais d'un avenant au bulletin d'adhésion. Une mise à jour de la notice sera également communiquée au Membre Adhérent en remplacement de la notice existante ou directement au Membre Participant en cas d'adhésion individuelle. Le Membre Adhérent s'engage à communiquer cette information à chaque Membre Participant.

De même, l'APGIS notifiera au Membre Adhérent par un avenant les éventuelles modifications apportées au présent Règlement conformément aux dispositions prévues à l'article 2 « Révision », notamment en cas d'évolution législative ou réglementaire.

Si l'adhésion de l'Entreprise à l'APGIS ne relève pas d'une obligation conventionnelle, en cas de refus de ces modifications, le Membre Adhérent peut dénoncer son adhésion avant le renouvellement annuel le plus proche par l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception.

Cette décision est assimilée à une démission du Membre Adhérent, auquel ne peut être opposé le délai de préavis de deux mois prévu à l'article 4 du présent Règlement s'il n'est pas en mesure de le respecter.

En cas d'acceptation ou d'absence de réponse de la part du Membre Adhérent avant la date d'effet des modifications mentionnées dans la lettre avenant, le changement de taux ou, éventuellement, des Garanties, est applicable de plein droit à la date prévue.

En cas d'opération individuelle, le Membre Participant a la faculté de dénoncer son acceptation des modifications du bulletin d'adhésion dans un délai de 30 jours à compter de cette date. La renonciation entraînera la restitution par l'Institution de l'intégralité des sommes versées par le Membre Participant dans un délai maximal de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produiront de plein droit intérêts au taux légal majoré de moitié durant 2 mois, puis à l'expiration de ce délai de 2 mois, au double du taux légal.

Article 7 - RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

7.1. Litige entre l'APGIS et le Membre Adhérent ou le Bénéficiaire

En cas de difficulté relative à l'application du Règlement, les parties s'engagent, avant d'avoir recours à une procédure contentieuse, à formuler par écrit leur point de vue et à se rencontrer pour tenter de résoudre le litige à l'amiable.

7.2. Informations sur le Règlement

Lorsque le Membre Adhérent ou le Bénéficiaire souhaite obtenir des précisions sur les clauses et conditions d'application du Règlement, il peut s'adresser en priorité à son interlocuteur habituel chez le Membre Adhérent et à défaut à l'APGIS.

7.3. Réclamations

Si les réponses apportées ne le satisfont pas, le Membre Adhérent ou le Bénéficiaire peut formuler des observations au sujet du Règlement à :

**APGIS - Service
Réclamation
TSA 20303
94685 Vincennes Cedex**

Le service réclamation, accusera réception du courrier dans un délai de 10 jours à compter de la réception de la réclamation.

Le Service réclamation dispose ensuite d'un délai de 2 mois pour apporter une réponse au Membre Adhérent ou au Bénéficiaire à compter de la réception du courrier.

L'Institution informe l'Adhérent des circonstances particulières, dûment justifiées, qui l'empêcheraient de répondre dans les délais impartis.

7.4. Médiation

En cas d'échec de la procédure de résolution de litige à l'amiable, le Membre Adhérent ou le Bénéficiaire peut saisir le médiateur de l'Institution à l'adresse suivante :

**MÉDIATEUR
CTIP
10, rue Cambacérès
75008 Paris**

Un protocole de médiation a été établi à cet effet. Il peut être consulté via le lien Internet www.ctip.asso.fr. Il peut être communiqué sur simple demande.

En cas d'échec de ces démarches, le Membre Adhérent ou le Bénéficiaire conserve l'intégralité de ses droits à agir en justice.

Article 8 - PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions de l'article L932-13 du Code de la Sécurité sociale, les dispositions suivantes s'appliquent:

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent Règlement sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, l'absence de transmission de la déclaration d'arrêt de travail, ainsi que des pièces justificatives dans un délai de cinq (5) ans pour l'incapacité entraîne la déchéance de tout droit à la Garantie.

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les Garanties en cas de décès, le Bénéficiaire n'est pas le salarié et, dans les opérations relatives à la couverture d'un risque Accident, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé. En tout état de cause, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès de l'Assuré.

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 l'Institution 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 Membre Participant ou de l'Ayant droit contre l'Institution 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 interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'Institution au Membre Adhérent ou pour les opérations collectives ou opérations individuelles sans précompte de cotisation au Membre Participant, en ce qui concerne l'action en paiement de la cotisation, et par le Membre Participant, ou l'Ayant droit, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au Règlement ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

TITRE II

Membres Participants

Article 1 - GROUPE BÉNÉFICIAIRE

Lorsque l'opération est collective à adhésion obligatoire, chaque Membre Adhérent s'engage à demander l'affiliation de tous les salariés destinés à bénéficier du Régime dans l'Entreprise.

Ainsi, le Régime garantit à titre obligatoire **les salariés sous contrat de travail en cours et inscrits aux effectifs de l'Entreprise**, sous réserve de satisfaire à l'éventuel délai d'ancienneté prévu par l'Acte de mise en place du Régime.

Sont également Bénéficiaires du Régime **les salariés dont le contrat de travail est suspendu**, quelle que soit la cause de la suspension, à condition qu'ils bénéficient pendant cette période d'un maintien de salaire, total ou partiel, ou d'indemnités journalières complémentaires financées au moins en partie par le Membre Adhérent.

Lorsque l'opération est collective à adhésion facultative, chaque Membre Adhérent s'engage à affilier les membres de la catégorie de personnel concernée qui le souhaitent.

Lorsque le Membre Adhérent met en place un Régime complémentaire Frais de santé, celui-ci peut prévoir l'adhésion des ayants droit du salarié.

Dans ce cas, leur adhésion est, au choix du Membre Adhérent :

- **Obligatoire**; dans ce cas, tous les Ayants droit des Membres Participants, actuels et futurs, doivent, sous réserve des dispenses d'affiliation, obligatoirement être affiliés au Régime.
- **Facultative** ; dans ce cas, chaque Membre Participant peut choisir d'affilier ou non ses Ayants droit au Régime.

Le choix du Membre Adhérent est précisé dans l'Acte de mise en place du Régime.

Le Membre Adhérent doit fournir en annexe au bulletin d'adhésion la liste des personnes à garantir (Nom, Prénom(s), date de naissance, numéro de Sécurité sociale, adresse), et l'indication du montant annuel approximatif de leurs salaires ou traitements. Cette indication n'est pas destinée à servir de base aux Garanties, mais doit seulement permettre à l'Institution d'évaluer l'ordre de grandeur des sommes qu'elle aura à garantir.

Article 2 - POINT DE DÉPART DE LA GARANTIE

En cas d'opération collective à adhésion obligatoire, la Garantie est effective, pour chaque membre du personnel appartenant à la catégorie affiliée dès l'adhésion de son employeur au Régime ou dès qu'il entre dans cette catégorie, sous réserve de l'éventuelle condition d'ancienneté prévue par l'Acte de mise en place.

En cas d'adhésion individuelle ou facultative, la Garantie est effective dès la demande d'adhésion du salarié au Régime sous réserve de l'éventuel Délai d'attente ou de l'éventuelle condition d'ancienneté prévus par l'Acte de mise en place.

Article 3 - CESSATION DES GARANTIES

Le Membre Participant cesse obligatoirement d'être garanti dès le jour où il cesse d'appartenir au groupe défini à l'article 1 du Titre II, soit par suite d'un changement d'emploi, soit par suite d'une rupture du contrat de travail (démission, rupture conventionnelle, licenciement, départ ou mise à la retraite), ou par suite d'une suspension de contrat de travail non indemnisée par l'employeur, en cas de non-paiement des cotisations. S'il devient ancien salarié d'un Membre Adhérent, notamment lorsqu'il part à la retraite, il peut

devenir Membre Participant au titre d'une opération individuelle et à ce titre, bénéficiaire des garanties souscrites dans ce cadre.

Article 4 – MAINTIEN DES GARANTIES

4.1 Suspension du contrat de travail

Les Garanties sont maintenues en cas de suspension du contrat de travail du Membre Participant pour cause de maternité, Maladie ou Accident (professionnel ou non professionnel) pour la durée de cette suspension, dans les mêmes conditions que pour celles appliquées aux salariés en activité effective.

Ce maintien est assuré exclusivement pour la période au titre de laquelle le salarié bénéficie d'un maintien total ou partiel de salaire ou d'indemnités journalières.

Les Garanties sont suspendues de plein droit dans tous les autres cas de suspension du contrat de travail (notamment congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental d'éducation s'il n'est pas rémunéré, congé sans solde).

4.2 Rupture ou fin de contrat de travail ouvrant droit à la portabilité

Règles applicables jusqu'au 31 mai 2014 pour les Garanties Maladie, Accident, maternité et jusqu'au 31 mai 2015 pour les Garanties décès, incapacité de travail ou invalidité.

Les Garanties décès, incapacité de travail ou invalidité, Maladie, Accident, maternité si elles ont été souscrites sont maintenues au profit des anciens Membres Participants pris en charge par l'assurance chômage dans les conditions déterminées par le Membre Adhérent et l'APGIS et ce en application des dispositions de l'article 14 de l'accord national interprofessionnel du 11 janvier 2008 et modifiées par son avenant n°3 du 18 mai 2009.

Les modalités retenues, si elles n'ont pas été définies lors de l'adhésion, font l'objet d'un avenant et sont rattachées dans la notice d'information.

Bénéficiaire de ce maintien les anciens salariés justifiant cumulativement :

- De la rupture (**hors licenciement pour faute lourde**) ou de la fin de leur contrat de travail postérieurement à la date d'effet du Règlement,
- De l'ouverture de leurs droits à couverture chez le Membre Adhérent avant la rupture ou la fin de leur contrat de travail,
- De l'ouverture de leurs droits à Pôle emploi.

A défaut de renonciation expresse de l'ancien salarié notifiée par écrit au Membre Adhérent dans les 10 jours suivant la date de cessation du contrat de travail, le dispositif de portabilité entre en application à la date de cessation du contrat de travail.

Les Garanties maintenues sont celles décrites dans le présent Règlement ou dans le bulletin d'adhésion et suivront s'il y a lieu l'évolution des Garanties des salariés actifs de l'Entreprise.

L'ancien salarié doit, pour bénéficier du maintien des Garanties, retourner à son ancien employeur le bulletin de demande de maintien des Garanties complété, daté et signé, accompagné du justificatif de sa prise en charge par l'assurance chômage (attestation Pôle Emploi).

Le maintien des Garanties cesse :

- à la date de fin de prise en charge par le régime d'assurance chômage,
- à la date de reprise d'une activité professionnelle par l'ancien salarié,
- dès lors que l'ancien salarié bénéficie d'une pension de retraite servie par un Régime Obligatoire de base d'assurance vieillesse,
- à l'expiration de la durée de maintien des Garanties (qui ne peut excéder 9 mois),
- en cas de non renouvellement ou de résiliation du contrat quel qu'en soit le motif.

L'ancien salarié est tenu d'informer son ancien employeur de tout événement entraînant la fermeture de ses droits à Pôle emploi (reprise d'emploi, radiation...).

Règles applicables à compter du 1^{er} juin 2014 pour les Garanties Maladie, Accident, maternité et à compter du 1er juin 2015 pour les Garanties décès, incapacité de travail ou invalidité.

Pour toute cessation du contrat de travail intervenant à compter du 1er Juin 2014 (Garanties Maladie, Accident, maternité) ou pour toute cessation du contrat de travail intervenant à compter du 1er Juin 2015 (Garanties décès, incapacité de travail ou invalidité), les Garanties sont maintenues, conformément aux dispositions prévues par l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale pris en application de la Loi de Sécurisation de l'Emploi du 14 juin 2013, au profit des anciens salariés pris en charge par le régime d'assurance chômage.

Le dispositif de portabilité entre en application à la date de cessation du contrat de travail sous réserve que le salarié ait fourni le justificatif de sa prise en charge par l'assurance chômage (attestation Pôle Emploi).

L'ancien salarié éligible à la portabilité bénéficie d'une prise en charge pour une durée égale à celle de son dernier contrat de travail, ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur.

Cette durée est appréciée en mois et le cas échéant, arrondie au nombre supérieur, **dans la limite de 12 mois.**

Cette durée n'est pas prolongée en cas de suspension du versement des allocations chômage pour Maladie ou autre motif.

Bénéficient de ce maintien les salariés ayant quitté l'Entreprise et justifiant cumulativement :

- de la cessation du contrat de travail (**non consécutive à une faute lourde**) postérieurement à la date d'effet du Règlement,
- de l'ouverture de leurs droits à remboursements complémentaires chez le Membre Adhérent avant la cessation de leur contrat de travail,
- de la prise en charge par le régime d'assurance chômage (attestation Pôle Emploi). L'ancien salarié devra fournir l'attestation Pôle Emploi à l'Institution. A défaut, aucun remboursement ne sera dû.

Conformément aux dispositions de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale, **le Membre Adhérent signale le maintien des Garanties dans le certificat de travail** et informe l'APGIS de la cessation du contrat de travail.

L'ancien salarié est tenu d'informer l'Institution de tout événement entraînant la fermeture de ses droits à Pôle emploi (reprise d'emploi, radiation...).

Pour les Garanties Maladie, Accident, maternité, les Ayants droit précédemment couverts au titre du Régime collectif bénéficient également du maintien des Garanties et ce tant que l'Assuré principal ouvre droit à la portabilité.

Les Garanties maintenues sont celles définies par le présent Règlement ou dans le bulletin d'adhésion et suivront s'il y a lieu l'évolution des Garanties des salariés actifs de l'Entreprise.

Conformément aux dispositions de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale, le Membre Adhérent Souscripteur informe l'Institution de la cessation du contrat de travail.

Le maintien des Garanties cesse :

- **à la date de fin de prise en charge par le régime d'assurance chômage,**
- **à la date de reprise d'une activité professionnelle par l'ancien salarié,**
- **dès lors que l'ancien salarié bénéficie d'une pension de retraite servie par un régime obligatoire de base d'assurance vieillesse,**
- **à l'expiration de la durée de maintien des Garanties (qui ne peut excéder 12 mois),**
- **en cas de non renouvellement ou de résiliation du contrat quel qu'en soit le motif,**
- **dès lors que les ayants droit de l'ancien salarié ne remplissent plus les conditions (pour les Garanties Maladie, Accident, maternité).**

Conformément aux dispositions de l'article L911-8 du Code de la Sécurité sociale, le maintien de la Garantie est assuré à titre gratuit. Cela signifie qu'aucune cotisation n'est exigée de la part du salarié ayant quitté l'Entreprise. Le financement de la portabilité est financé par un mécanisme de mutualisation et est ainsi inclus dans les cotisations obligatoires des salariés en activité dans l'Entreprise.

4.3 Titulaires d'une rente d'incapacité, d'invalidité, d'une pension de retraite ou d'un revenu de remplacement; décès du Membre Participant

Par ailleurs, en cas d'opération collective à adhésion obligatoire, les retraités, anciens Membres Participant et ayants-droit désignés par l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 peuvent bénéficier du maintien de la couverture Maladie, Accident, maternité dans les conditions prévues à l'article 9 du Titre III des Règlements Particuliers.

Si les anciens membres participant concernés sont pris en charge par l'assurance chômage et bénéficient de la portabilité, ils bénéficieront du maintien de la couverture Maladie, Accident, maternité, dans les conditions visées à l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 aux termes de la période de portabilité.

4.4 Maintien de la Garantie décès du Membre Participant en incapacité ou invalidité en cas de rupture du contrat de travail

Les Garanties décès sont maintenues au Membre Participant en arrêt de travail ou en invalidité, y compris **après rupture de son contrat de travail**, aussi longtemps qu'il perçoit de la Sécurité sociale ou de tout autre Régime Obligatoire des indemnités journalières ou une rente d'invalidité ou une rente d'Accident du travail.

Cette Garantie est maintenue tant que le Membre Participant n'est pas admis au bénéfice **d'une pension de retraite à taux plein**.

4.5 Maintien des Prestations en cas de résiliation du bulletin d'adhésion au Règlement

Maintien des Prestations du Membre Participant en Incapacité / Invalidité :

La résiliation de l'adhésion au Règlement est sans effet sur le maintien des Garanties Incapacité – Invalidité – Décès, et tant que le Membre Participant justifie de son état d'incapacité de travail ou d'invalidité auprès de l'Institution et jusqu'à :

- la date de reprise d'activité ou lorsque cesse le versement des indemnités journalières ou de la rente d'invalidité servie par le Régime Obligatoire,
- la reprise d'une fonction rémunérée,
- la date de son décès,
- et au plus tard, la date de liquidation de la pension de vieillesse du Régime Obligatoire.

Dans ce cas, la base des prestations cesse d'être revalorisée.

Maintien individuel de la couverture prévoyance :

Sauf dispositions prévues au paragraphe précédent, les Garanties prennent fin de plein droit à la date d'effet de la résiliation de l'adhésion au présent Règlement, pour tous les Membres Participants affiliés au Régime.

Si le Régime n'est pas remplacé par un autre contrat avec un assureur, les Membres Participants disposent de la faculté de solliciter une adhésion à titre individuel auprès de l'Institution.

Dans ce cas, l'ancien salarié sera informé des nouvelles modalités tarifaires et des risques couverts.

Cette adhésion est possible, sous réserve :

- que le Membre Participant en fasse la demande avant la fin du délai de préavis prévu en cas de résiliation de l'adhésion au Règlement (2 mois) ;
- qu'il s'acquitte auprès de l'Institution de la totalité de la cotisation.

Article 5 - ASSIETTE DES GARANTIES

Les Garanties définies ci-après peuvent être fondées sur :

1 - Les salaires ou traitements réels déclarés par le Membre Adhérent sur les états prévus à l'article 2.1 du Titre III, ou à travers les flux D.S.N.

Le salaire ou traitement pris en considération pour chaque Membre Participant est la rémunération brute servant de base à la déclaration des traitements ou salaires fournis chaque année

par l'employeur à la Direction générale des finances publiques en vue de l'établissement des impôts sur le revenu. Sur cette rémunération brute, doivent être opérés les abattements pour frais professionnels prévus pour le versement des cotisations du régime général de la Sécurité sociale ou de tout autre Régime Obligatoire.

Selon les Garanties retenues, les cotisations et les Garanties portent sur l'une ou sur plusieurs des tranches de salaire ou traitement ci-dessous définies,

- *1^{ère} tranche* : limitée au plafond annuel du régime général de la Sécurité sociale ;
- *2^{ème} tranche* : comprise entre ledit plafond et le plafond de la Convention Collective Nationale de Retraite et de Prévoyance des Cadres du 14 mars 1947 ;
- *3^{ème} tranche* : comprise entre le plafond de la Convention précitée et deux fois ce même plafond.

2 - Le montant du plafond annuel des sommes soumises à cotisations au titre du régime général de la Sécurité sociale.

3 - Toutes sommes forfaitaires fixées d'un commun accord au moment de l'adhésion, dans la limite supérieure de deux fois le plafond fixé par la Convention Collective Nationale de Retraite et de Prévoyance des Cadres du 14 mars 1947.

Le Membre Adhérent s'engage à mettre à la disposition de l'APGIS, afin de permettre un contrôle éventuel, tout document justifiant les déclarations qui lui sont faites.

TITRE III

Cotisations

Article 1 - TAUX ET MONTANT DES COTISATIONS

Les taux des cotisations sont précisés au bulletin d'adhésion.

Article 2 - PAIEMENT DES COTISATIONS

2.1 - Opérations collectives avec précompte des cotisations

En cas d'opérations collectives avec précompte des cotisations et sauf dispositions particulières, les cotisations sont payées à la fin de chaque trimestre **par le Membre Adhérent qui est seul responsable de leur versement.**

1) Etats trimestriels

A l'appui du paiement des cotisations se rapportant aux trois premiers mois, le Membre Adhérent adresse un état établi par ses soins sur des imprimés qui lui sont fournis ou par voie électronique. Cet état indique la masse globale des sommes servant de base aux Garanties pour le trimestre et le montant de la prime correspondante

Le Membre Adhérent doit mentionner, sur l'état, la liste nominative des Membres Participants nouvellement inscrits ou radiés au cours du trimestre considéré.

Ces états peuvent être remplacés par la transmission des mêmes informations via la D.S.N.

Pour le personnel nouvellement inscrit, la cotisation est due à compter du 1^{er} jour du mois civil de la date d'entrée dans le groupe et signalé par le Membre Adhérent.

Pour le personnel radié, la cotisation est due jusqu'au dernier jour du mois civil où il cesse d'appartenir au groupe.

2) Etats annuels

A la fin de chaque année civile, l'employeur adresse à l'APGIS un état nominatif des Membres Participants en indiquant :

D'une part

- leur année de naissance,
- les dates des entrées et des radiations,
- les montants des salaires ou traitements annuels ou des sommes servant de base aux Garanties, cet état pouvant être remplacé par l'envoi de la Déclaration Annuelle des Données Sociales (DADS) ou la Déclaration Unifiée de Cotisations Sociales (DUCS).

D'autre part

- les montants des cotisations annuelles correspondantes.

Le Membre Adhérent règle les cotisations déterminées sur l'état annuel après en avoir déduit les sommes déjà versées au titre des trois premiers trimestres civils.

2.2 - Opérations individuelles ou opérations collectives sans précompte

En cas d'opérations individuelles ou collectives sans précompte, les cotisations sont appelées directement auprès des Membres Participants et versées à leur échéance.

Article 3 - NON-PAIEMENT DES COTISATIONS

3.1 - Opérations collectives avec précompte

En cas de retard dans le paiement des cotisations, l'Institution peut, par simple lettre de rappel, imposer au Membre Adhérent, une majoration de 1% par mois de retard, calculée sur les cotisations afférentes à la période faisant l'objet du retard.

En cas de non-paiement des cotisations, dans les 10 jours de leur échéance, le Membre Adhérent est mis en demeure par lettre recommandée adressée par l'Institution à en acquitter le montant.

Si dans les 30 jours qui suivent la notification, les cotisations ne sont pas versées, l'Institution, d'une part, poursuit les recouvrements par tout moyen de droit, et, d'autre part, suspend, conformément à l'article L.932-9 du Code de la Sécurité sociale, le paiement des Prestations jusqu'à régularisation, sous réserve des dispositions de maintien prévues à l'article 4 du Titre II.

L'Institution peut décider de la radiation du Membre Adhérent 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours suivant la réception de la lettre recommandée.

Lorsque l'adhésion à l'Institution résulte d'une obligation prévue dans une convention de branche ou un accord professionnel ou interprofessionnel, l'Institution ne peut faire usage des précédentes dispositions relatives à la suspension de la Garantie et à la dénonciation de l'adhésion de l'Entreprise ou à la résiliation du contrat.

3.2 - Opérations individuelles ou facultatives sans précompte

En cas de non-paiement dans **les 10 jours** de l'échéance, le Bénéficiaire peut être exclu de la Garantie. Cette exclusion n'interviendra qu'au terme d'un délai de **40 jours** à compter de l'envoi de la lettre recommandée de mise en demeure.

TITRE IV

Dispositions financières

Article 1- FONDS SOCIAL

Il est créé au sein de l'Institution un fonds social destiné, soit à des interventions collectives professionnelles ou interprofessionnelles, soit à des secours exceptionnels à des Membres Participants actifs ou Bénéficiaires de Prestations, ou à des personnes ayant été à leur charge et dont la situation apparaît matériellement digne d'intérêt.

Le fonds social est alimenté par décision du Conseil d'Administration de l'Institution.

Le Conseil d'Administration peut constituer un comité formé paritairement de Membres Adhérents et de Membres Participants ayant pour objet de valider l'utilisation des ressources du fonds social de l'Institution. En l'absence de comité spécifique, le Conseil d'Administration valide les dépenses ou l'affectation du fonds social.

Il est possible de créer un fonds social spécifique à l'adhésion d'une Entreprise ou d'un groupe d'Entreprises. Dans ce cas, le fonctionnement du fonds social est organisé sur le bulletin d'adhésion.

Ne sont pas régis par ces dispositions les fonds d'action sociale créés au sein des branches professionnelles en application de l'article L 912-1 du code de la sécurité sociale dans le cadre du haut degré de solidarité.

Article 2 - COMPTES DE RESULTAT / COMMUNICATION SUR LES FRAIS

Les états financiers sont arrêtés conformément aux dispositions comptables qui s'imposent aux Institutions de prévoyance.

Conformément aux dispositions de l'article 15 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 dite « Loi Evin », un rapport sur les comptes de tous contrats conclus avec l'Institution est établi chaque année.

Enfin, selon l'arrêté du 17 avril 2012 une communication détaillant le montant des frais est établie chaque année pour tous contrats santé souscrits avec l'Institution.

Article 3 - RELATION ADMINISTRATIVE AVEC LES BÉNÉFICIAIRES

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, les données à caractère personnel concernant l'Entreprise adhérente et les Bénéficiaires sont utilisées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du Contrat.

Ces informations peuvent aussi faire l'objet :

- de traitements à des fins de gestion commerciale des clients et des prospects, sauf opposition de leur part,
- de traitements de contrôle interne,
- de traitements spécifiques et d'informations aux autorités compétentes dans le cadre des dispositions législatives et réglementaires en vigueur et notamment, celles relatives à la lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme,
- de traitements de lutte contre la fraude à l'assurance qui peuvent entraîner une inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude.

Les données sont destinées à l'Institution responsable des traitements, et pourront être transmises, dans les limites de leurs habilitations, aux entités, mandataires et partenaires qui lui sont contractuellement ou statutairement liés et à des organismes professionnels.

L'Entreprise adhérente et les Bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de rectification, de suppression et d'opposition pour motifs légitimes, en s'adressant par courrier à :

**APGIS - Service Informatique et Libertés
TSA 20303
94685 Vincennes Cedex**

L'Entreprise adhérente et les Bénéficiaires sont informés qu'ils sont susceptibles de recevoir un appel de l'un des conseillers de l'Institution, cet appel pouvant faire l'objet d'une double écoute et d'un enregistrement à des fins d'amélioration du service proposé et de formations de ses équipes.

L'Entreprise adhérente et les Bénéficiaires peuvent s'opposer à ce traitement en ne donnant pas suite à cet appel.

Article 4 - CONTRÔLE DE L'INSTITUTION

L'APGIS est régie par le code de la Sécurité sociale et soumise au contrôle de l'**ACPR - Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution** - 61, rue Taitbout - 75436 Paris Cedex 09.

Article 5 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME

Les opérations de l'APGIS sont réalisées conformément à la réglementation en vigueur et selon des procédures internes écrites.

L'Institution se réserve le droit de demander tout justificatif sur l'origine des versements conformément aux articles L. 561-1 et suivants du Code monétaire et financier.

Règlements Particuliers

I- GARANTIES EN CAS DE DECES

Article 1 - STRUCTURE ET OBJET

Conformément aux dispositions de l'article 4 des Statuts de l'APGIS, l'Institution met en œuvre des "Garanties en cas de décès" et le versement de capitaux ou de rentes à l'occasion du décès du Membre Participant.

Les diverses Garanties liées au décès peuvent être souscrites séparément ou conjointement. Elles sont fixées au bulletin d'adhésion.

Le bénéfice et le versement des Garanties sont régis par les Statuts, le Règlement de l'Institution et les dispositions ci-après.

Article 2 - DÉFINITION DES PERSONNES A CHARGE

Chaque fois que les Garanties tiennent compte de la situation familiale du Membre Participant, la situation de famille prise en compte est celle existant au moment de l'évènement donnant lieu à la mise en jeu de la Garantie et les personnes prises en compte pour le calcul du capital décès sont définies comme étant :

Le Conjoint défini, sauf dispositions particulières, comme l'époux ou l'épouse du Membre Participant non divorcé ni séparé de corps judiciairement. Le partenaire de PACS est assimilé au conjoint.

Lorsque le montant du capital garanti dépend de la situation et des charges de famille du Membre Participant, on entend par personnes à charge, au sens fiscal : **ses enfants ou ceux de son conjoint ou les enfants qu'ils ont adoptés ou recueillis durant leur union** :

- sont âgés **de moins de 25 ans**, s'ils poursuivent des études et sont régulièrement inscrits au régime de la Sécurité sociale des étudiants,
- quel que soit leur âge s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité d'un taux supérieur à 80% ou dont l'état nécessite l'assistance d'une tierce personne.

Toutefois, l'enfant né moins de 300 jours après le décès ou la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie (invalidité absolue et définitive) du Membre Participant est pris en considération.

Pour l'application de ces dispositions, l'âge de l'ayant-droit est calculé par différence entre le millésime de l'année en cours et le millésime de l'année de sa naissance.

Article 3 - BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE DÉCÈS

Lorsque le Membre Participant remplit le bulletin individuel d'affiliation, il doit indiquer les bénéficiaires du capital décès.

Il a alors deux possibilités :

- choisir la désignation type ou désignation contractuelle : dans ce cas, le capital décès versé par l'Institution sera attribué selon l'ordre défini par la liste définie ci-dessous.
- effectuer une désignation expresse de bénéficiaire(s) ou désignation particulière : à l'aide du document prévu à cet effet, le Membre Participant doit indiquer la ou les personnes qu'il souhaite désigner en tant que bénéficiaires.

Désignation type ou désignation contractuelle:

Le capital garanti en cas de décès est versé, par ordre de préférence :

- au conjoint non séparé de corps, à défaut au partenaire lié par un pacte civil de solidarité ;
- à défaut, aux descendants du Membre Participant par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant à ses propres descendants, ou à ses frères et sœurs s'il n'a pas de descendants ;
- à défaut, aux ascendants du Membre Participant par parts égales entre eux ;
- à défaut, à ses héritiers.

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

Désignation expresse de bénéficiaire(s) ou désignation particulière :

A tout moment, hors présence d'un bénéficiaire acceptant, le Membre Participant a la faculté de faire une désignation différente de l'ordre ci-dessus au moyen de l'imprimé prévu à cet effet, disponible auprès de l'Institution ou du service des Ressources Humaines du Membre Adhérent.

Ce choix peut prendre la forme d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique.

Toutefois, la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par avenant signé du Membre Participant, du bénéficiaire et de l'APGIS, ou par acte authentique ou sous seing privé signé du Membre Participant et du bénéficiaire.

Dans ce cas, elle n'a d'effet à l'égard de l'Institution que lorsqu'elle lui a été notifiée par écrit.

Lorsque le Membre Participant a désigné plusieurs bénéficiaires et que l'un d'eux décède, le capital est versé aux autres bénéficiaires survivants au prorata de leurs parts respectives.

Toutefois, la désignation particulière n'est pas appliquée (en conséquence de quoi la désignation type s'applique) dans les cas ci-après :

- prédécès du bénéficiaire ou de la totalité des bénéficiaires désignés,
- décès, au cours d'un même événement et sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, du Membre Participant et du bénéficiaire ou de la totalité des bénéficiaires que vous avez désignés,
- dans les cas de révocation de plein droit prévus par le Code civil.
- refus du capital par le bénéficiaire désigné ; sa part sera alors versée selon l'ordre prévu par la désignation type.

Par dérogation à ce qui précède et nonobstant toute autre désignation, lorsque le montant du capital est déterminé en tenant compte des personnes à charge, la majoration de capital correspondante ne saurait profiter qu'aux personnes prises en considération pour le calcul de ces majorations.

Si le bénéficiaire, désigné par le Membre Participant ou contractuellement, assume effectivement la charge des personnes prises en considération pour le calcul des majorations, le capital est globalement attribué à la personne ainsi désignée à titre de bénéficiaire unique.

Si le bénéficiaire désigné n'assume pas effectivement la charge desdites personnes, l'Institution verse au bénéficiaire désigné un capital dont le montant est limité au seul capital décès, hors majoration.

Le reliquat est réparti entre les personnes à charge par égales parts entre elles et versé à leur représentant en cas d'incapacité.

Les désignations de Bénéficiaires précédentes établies auprès d'assureurs précédents deviennent caduques à la date de mise en place du Régime au sein de l'Entreprise.

Si le Membre Participant souhaite déroger à la désignation type prévue ci-dessus, il devra adresser une nouvelle désignation particulière de bénéficiaire(s).

Article 4 - VERSEMENT D'UN CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS D'UN MEMBRE PARTICIPANT

En cas de décès d'un Membre Participant, l'Institution verse au bénéficiaire déterminé à l'article 3 du présent titre le capital dont le montant est fixé au bulletin d'adhésion.

Article 5 - PAIEMENT ANTICIPÉ DU CAPITAL EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (D'INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE)

S'il est établi qu'un Membre Participant est atteint, de perte totale irréversible d'autonomie, il a droit dans les conditions indiquées au paiement anticipé, du capital prévu à l'article 4 du présent titre.

Dans ce cas, le capital prévu en cas de décès du Membre Participant y compris les majorations pour enfant à charge peut lui être versé par anticipation et sur demande, en cas de perte totale et irréversible d'autonomie telle que définie ci-dessous.

Est considéré comme étant atteint de perte totale irréversible d'autonomie tout Membre Participant qui est classé par la Sécurité sociale ou tout autre Régime Obligatoire dans la 3ème catégorie d'invalides (invalide incapable d'exercer une activité professionnelle et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie) ou, en cas d'Accident du travail ou de Maladie professionnelle, s'il est atteint d'une incapacité permanente à 100% avec majoration pour assistance d'une tierce personne, reconnue par la Sécurité sociale ou tout autre Régime Obligatoire.

En cas de Maladie ou d'Accident pouvant entraîner une perte totale irréversible d'autonomie, l'adhérent doit en faire la déclaration à l'APGIS **dans un délai de six mois**. Si ce délai de déclaration n'est pas respecté, il est considéré que la perte totale et irréversible d'autonomie est fixée à la date de déclaration, sauf cas de force majeure dont la preuve reste à la charge de l'adhérent.

L'Institution se réserve le droit de se livrer à toute enquête et de soumettre l'intéressé à toute expertise médicale qu'elle juge utile pour apprécier son état d'invalidité.

Le montant du capital prévu au présent article est déterminé à la date à laquelle la perte totale irréversible d'autonomie a été déclarée à l'Institution. Il est tenu compte de la situation et des charges de famille du Membre Participant à cette date, dûment justifiées comme le précise l'article 2.

Le règlement du capital s'effectue en une seule fois, après avoir reconnu l'état de perte totale irréversible d'autonomie du Membre Participant.

Lorsque le capital décès a été versé par anticipation dans les conditions fixées aux alinéas précédents, l'intéressé est exclu de la Garantie décès.

Toutefois, dans l'éventualité où il reprendrait une activité, il pourrait être à nouveau garanti sous certaines conditions fixées par l'Institution en fournissant, notamment, un rapport médical établi à ses frais par un médecin agréé par l'APGIS.

Article 6 - VERSEMENT D'UN CAPITAL SUPPLÉMENTAIRE EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL

L'adhésion peut prévoir le versement d'un capital supplémentaire en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive consécutive à un Accident, à condition que le décès ou l'invalidité **surviennent au cours des douze mois qui suivent l'Accident ou la reconnaissance par la Sécurité sociale ou de tout autre Régime Obligatoire de la perte totale et irréversible d'autonomie.**

En application de l'article 1315 du Code civil, il appartient aux bénéficiaires du capital décès, d'apporter la preuve de l'Accident et de la relation directe de cause à effet entre l'Accident et le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie.

Le montant du capital supplémentaire est fixé au moment de l'adhésion.

Article 7 - VERSEMENT D'UN CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS DU CONJOINT : GARANTIE «DOUBLE EFFET»

L'adhésion peut prévoir la Garantie d'un capital décès portant sur la tête du conjoint lorsque le Membre Participant est précédemment décédé en laissant un ou plusieurs enfants à charge.

Dans ce cas, au moment du décès du Membre Participant, le conjoint est couvert gratuitement pour le risque de décès, pour un capital dont le montant est fixé au moment de l'adhésion.

Cette Garantie conserve ses effets aussi longtemps que le plus jeune des enfants qui était à la charge du Membre Participant au sens de l'article 2, demeure à la charge de son conjoint.

Si le conjoint décède pendant la durée de la Garantie reposant sur sa tête, le capital est versé aux enfants ci-dessus définis, par parts égales entre eux.

Le partenaire de PACS est assimilé au conjoint.

Cette Garantie cesse en tout état de cause en cas de résiliation du Règlement et est versée au plus tard à la date d'attribution de la pension de vieillesse à titre personnel du conjoint du Membre Participant.

Article 8 - PRÉDÉCÈS DU CONJOINT OU D'UN ENFANT À CHARGE

Cette Garantie a pour objet d'assurer le versement immédiat d'un capital en cas de décès :

- du conjoint du Membre Participant, ou de son partenaire de PACS ;
- de ses enfants mineurs ;
- de ses enfants majeurs jusqu'à la date de leur 25^{ème} anniversaire et ne disposant pas de revenus du fait qu'ils poursuivent des études.

Le montant du capital est fixé au bulletin d'adhésion. Il ne peut excéder, pour les enfants de moins de douze ans, les frais engagés par le Membre Participant au titre des obsèques.

Article 9 - RENTES ÉDUCATION ET RENTES DE CONJOINT

L'adhésion peut prévoir, en cas de décès d'un Membre Participant, le versement de rentes, dites "rentes éducation", aux enfants qui sont à sa charge au sens de l'article 2 du présent titre, ou de rentes temporaire et/ou viagère, dites "rentes de conjoint", au bénéfice du conjoint non séparé de corps au moment du décès et non remarié.

a) Rente éducation

Au décès du Membre Participant, le représentant légal de chacun des enfants reçoit de l'APGIS, pour chacun d'eux, un titre de "rente éducation" qui mentionne le montant de la rente et les modalités de son versement.

La rente est versée à l'enfant lui-même s'il jouit de la Capacité juridique ou à son représentant légal dans le cas contraire.

Le montant de la rente versée à chacun des enfants, aussi longtemps que l'enfant qui en bénéficie demeure à charge au sens de l'article 2 du présent titre, est fixé par l'exposé des Garanties retenues.

La rente cesse d'être servie à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant atteint sa majorité, ou, s'il a entrepris des études, au terme desdites études et, dans ce cas, au plus tard à la fin du trimestre civil au cours duquel il atteint son vingt-cinquième anniversaire et en tout état de cause, dès lors qu'il ne répond plus à la définition des enfants à charge.

Sauf stipulation contraire, la rente est revalorisable chaque année, dans les conditions fixées par le Conseil d'Administration, en fonction des résultats du Régime.

b) Rente de conjoint

Au décès du Membre Participant, le conjoint non séparé de corps et non remarié bénéficie :

- **d'une rente viagère ;**
- **et éventuellement d'une rente temporaire** s'il n'a pas droit immédiatement à la pension de réversion du régime de retraite complémentaire. La rente est alors attribuée jusqu'à la date prévue pour l'ouverture des droits à réversion.

L'APGIS remet au conjoint survivant un titre de "rente de conjoint" qui mentionne le montant de la rente viagère et, s'il y a lieu, de la rente temporaire et des modalités de versement.

Le remariage du conjoint bénéficiaire de cette rente entraîne la cessation du service des Prestations.

Le montant de la rente est fixé au bulletin d'adhésion. Selon la formule, les pensions de réversion du régime de retraite complémentaire peuvent ou non s'imputer sur le montant de la rente. L'ensemble des rentes dont bénéficie le conjoint consécutivement au décès du Membre Participant ne peut dépasser la rémunération de ce dernier lorsqu'il était en activité.

Sauf stipulation contraire, la rente est revalorisable chaque année, dans les conditions fixées par le Conseil d'Administration, en fonction des résultats du Régime.

Article 10 – ALLOCATIONS OBSÈQUES ET NAISSANCE

Il peut également être prévu :

- **une Garantie frais d'obsèques** qui a pour objet, en cas de décès, le versement d'une allocation forfaitaire dans les conditions définies au bulletin d'adhésion.
Pour le décès des enfants **de moins de douze ans**, l'allocation versée est limitée aux frais engagés au titre des obsèques,
- **une Garantie maternité ou adoption** qui a pour objet le versement d'une indemnisation à l'occasion de la naissance ou de l'adoption qui couvre tout ou partie des frais exposés restant à charge du Membre Participant.

Article 11 - CESSATION DES PRESTATIONS

Conformément aux dispositions de l'article 3 du Titre III du Règlement de l'Institution en cas de cessation des cotisations, et de résiliation du bulletin d'adhésion, la Garantie définie à l'article précédent (rente de conjoint, rente d'éducation) est maintenue de plein droit à un niveau au moins égal à celui de la dernière Prestation due ou payée avant la résiliation, sans préjudice des révisions prévues à l'adhésion ou dans l'accord négocié avec les partenaires sociaux. Ce maintien s'applique conformément aux dispositions prévues par l'article 7 de la loi du 31 décembre 1989 dite « Loi Evin ».

Article 12 - RISQUES EXCLUS

Ne donnent pas lieu à la Garantie décès et perte totale et irréversible d'autonomie et n'entraînent aucun paiement à la charge de l'Institution les conséquences :

- d'un fait intentionnel du Membre Participant ou du bénéficiaire ;
- du suicide volontaire dans la première année d'assurance, sauf stipulation contraire prévue au Règlement. En cas d'augmentation des Garanties en cours de règlement, le risque du suicide, pour les Garanties supplémentaires, est couvert à compter de la 2ème année qui suit cette augmentation ;
- de faits de guerre, sous réserve des conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre. L'invalidité ayant pour cause un fait de guerre n'est jamais garantie ;
- d'Accident de navigation aérienne, sauf si le Membre Participant se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité et conduit par un pilote possédant un brevet ou une licence non périmée, le pilote pouvant être le Membre Participant lui-même. Les matches, paris, courses, concours, défis, acrobaties aériennes, records, tentatives de records, essais préparatoires et essais de réception sont exclus de la Garantie ;
- de risques aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essai, vols sur prototypes, tentatives de records, sauts effectués avec des parachutes non homologués, vols sur ailes volantes, ULM, montgolfières, aérostats sont exclus de la Garantie.

Ne donnent pas lieu à Garantie supplémentaire en cas de décès par Accident les événements suivants :

- Accidents consécutifs à l'usage par le Membre Participant de stupéfiants non prescrits médicalement ;
- Accidents survenus au Membre Participant en état d'ivresse manifeste, sauf s'il est établi que l'Accident est sans relation avec cet état ;
- Accidents de la circulation, s'il s'est révélé qu'au moment de l'Accident, le Membre Participant avait un taux d'alcoolémie supérieur au taux légal, sauf s'il est établi que l'Accident est sans relation avec cet état.

Les matches, paris, courses, concours, défis, acrobaties aériennes, records, essais préparatoires et essais de réception sont exclus de la Garantie, ainsi que les sauts en parachute qui ne sont pas justifiés par une situation critique de l'appareil.

Article 13 - RÈGLEMENT DES SOMMES DUES

1) En cas de décès

En cas de décès, l'adhérent doit, sans que la liste soit exhaustive, aviser par écrit l'Institution qui lui indique les pièces à produire par le ou les bénéficiaires pour obtenir le règlement ; ces pièces comprennent notamment :

- ☞ La déclaration de décès complétée par l'employeur ;
- ☞ L'extrait d'acte de décès du Membre Participant et, s'il y a lieu, de son conjoint ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité, ou d'une personne à charge ;
- ☞ Le certificat médical indiquant la cause du décès ;
- ☞ L'extrait d'acte de naissance du Membre Participant et en tant que de besoin, l'extrait d'acte de naissance du conjoint ou partenaire lié par un pacte civil de solidarité, ou d'une personne à charge ;
- ☞ Copie de la convention de PACS délivrée par le tribunal d'instance ;
- ☞ Les pièces justificatives de la qualité des personnes susceptibles d'être prises en compte pour le calcul du capital ou le bénéfice de la rente éducation, et notamment :
 - le certificat de scolarité,
 - l'attestation de l'affiliation au régime de la Sécurité sociale des Etudiants,
 - l'attestation du paiement des allocations pour personnes handicapées,
 - les pièces justificatives de la qualité et des droits des bénéficiaires du capital Décès et notamment, le cas échéant, l'acte de notoriété,
 - le certificat médical indiquant si le décès est dû ou non à une cause naturelle.

S'agissant d'un enfant percevant la rente éducation, le bénéficiaire doit fournir :

- ☞ L'attestation de l'affiliation à un Régime Obligatoire de la Sécurité sociale. Cette attestation doit être communiquée de nouveau en cas de changement d'immatriculation ;
- ☞ Un Relevé d'Identité Bancaire ou postal (RIB ou RIP).

Le service des Prestations étant subordonné à la fourniture de la preuve de la qualité d'Ayant droit, l'Institution se réserve le droit de demander toute autre pièce nécessaire à l'appréciation de la situation du bénéficiaire.

2) En cas de perte totale irréversible d'autonomie

Le versement des Prestations est subordonné à la remise de toutes pièces justificatives comprenant notamment :

- ☞ Les certificats médicaux ;
- ☞ La notification de la décision de la Sécurité sociale ou de tout autre Régime Obligatoire attribuant l'allocation pour assistance d'une tierce personne ;
- ☞ Les pièces justificatives visées au chapitre « pièces à fournir en cas de décès » relatives à la qualité des personnes susceptibles d'être prises en considération pour le calcul du capital.

L'Institution se réserve le droit de soumettre le Membre Participant à expertise médicale.

Le capital est versé au Membre Participant ou à son représentant légal s'il ne jouit pas de la Capacité juridique. Toutefois, en cas de décès du Membre Participant avant paiement du capital décès par anticipation, ce dernier est versé aux bénéficiaires désignés.

3) Rentes de conjoint

En plus des pièces prévues au paragraphe 1 qui doivent être produites à l'occasion du décès d'un Membre Participant, le conjoint est tenu d'adresser les pièces suivantes :

- ⇒ Une attestation du régime de retraite complémentaire précisant l'ouverture des droits à Prestation lors de la première demande.

Article 14 - BASE DE RÈGLEMENT

Les Garanties sont calculées pour une catégorie déterminée, sur l'une des assiettes définies à l'article 5 du Titre II du Règlement et fixées au bulletin d'adhésion.

Si les Garanties sont fondées sur les salaires ou traitements, les Prestations sont calculées sur la base de ces salaires ou traitements perçus au cours des 12 mois ayant précédé celui au cours duquel survient l'événement générateur du service des Prestations.

Si cet événement survient moins de douze mois après l'entrée de l'intéressé dans l'Institution, le traitement de base est égal à douze fois la moyenne mensuelle des salaires ou traitements soumis à cotisation pour les mois écoulés entre la date d'entrée et le premier jour du mois au cours duquel s'est produit l'événement.

Article 15 – SUBROGATION

Le Membre Participant ou ses ayants droit, bénéficiaires des Prestations de la présente section, donne subrogation à l'APGIS dans son action contre le tiers responsable dans la limite des Prestations servies.

Règlements Particuliers

II - GARANTIES EN CAS D'INCAPACITE DE TRAVAIL OU D'INVALIDITE

Article 1 – OBJET

Conformément aux dispositions de l'article 4 des Statuts de l'APGIS, l'Institution met en œuvre des "Garanties en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité".

Les diverses Garanties peuvent être souscrites séparément ou conjointement. Elles sont fixées au bulletin d'adhésion.

Le bénéfice et le versement des Garanties sont régis par :

- les Statuts ;
- le Règlement de l'Institution et les dispositions ci-après, sauf dérogation expresse prévue par le bulletin d'adhésion.

Article 2 - DÉFINITION DE LA GARANTIE

L'Institution verse, en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité d'un Membre Participant :

- une indemnité journalière ;
- et/ou une rente d'invalidité ou d'incapacité si le Membre Participant est dans l'impossibilité physique ou mentale, totale ou partielle, d'exercer une activité professionnelle.

Le bulletin d'adhésion précise les Garanties choisies et indique le montant des Prestations prévues.

En aucun cas, les Prestations versées ne peuvent excéder la différence entre le montant total du traitement de base et celui des Prestations allouées par la Sécurité sociale ou de tout autre Régime Obligatoire; les rémunérations perçues au titre d'une activité quelle qu'elle soit étant prises en compte.

Lorsque le montant de l'indemnisation dépend de la situation et des charges de la famille du Membre Participant, on entend par enfant à charge, sauf dérogations prévues au bulletin d'adhésion, les enfants du Membre Participant ou de son conjoint, si ce dernier en a la garde non partagée ou l'a eue jusqu'à leur majorité :

- s'ils sont mineurs ;
- ou si, étant âgés **de moins de 21 ans**, ils sont considérés à la charge du Membre Participant au sens fiscal ;
- ou si étant âgés **de moins de 25 ans**, ils poursuivent des études, au sens admis par l'administration fiscale pour le rattachement au foyer fiscal des parents (poursuite d'études auprès d'un établissement agréé pour donner une instruction générale, technique ou professionnelle, comportant des conditions de travail, d'assiduité et de contrôle normalement exigées pour la préparation de diplômes officiels, ou de carrières publiques ou privées).

Article 3 - INCAPACITÉ TEMPORAIRE

Lorsque, par suite de Maladie ou d'Accident, un Membre Participant est obligé de cesser son travail, l'APGIS garantit le paiement d'une indemnité journalière, à condition que l'incapacité de travail soit toujours complète, à l'expiration d'un certain délai de franchise comportant une suite de journées d'incapacité à partir de la date de la cessation du travail.

La Garantie a pour objet le service :

- d'une indemnité journalière, en cas d'incapacité temporaire de travail du Membre Participant ouvrant droit aux Prestations en espèces de la Sécurité sociale ou de tout autre Régime Obligatoire au titre de l'assurance maladie ;
- d'une rente, en cas d'invalidité permanente du Membre Participant ouvrant droit à pension d'invalidité de la Sécurité sociale ou de tout autre Régime Obligatoire ;
- d'une indemnité journalière ou d'une rente, en cas d'incapacité temporaire ou permanente ouvrant droit aux Prestations de la Sécurité sociale ou de tout autre Régime Obligatoire au titre de la législation sur les Accidents du travail et Maladies professionnelles.

1) Durée de la franchise et montant de l'indemnité journalière

La durée de la franchise et le montant de l'indemnité journalière sont fixés au bulletin d'adhésion.

L'assiette de calcul de l'indemnité journalière est également précisée au bulletin d'adhésion. Il peut s'agir du salaire ou traitement du mois précédent, du salaire ou traitement moyen des 3 derniers mois, du salaire ou traitement moyen du trimestre civil précédent, ou du salaire ou traitement moyen des 12 derniers mois.

2) Durée du service de l'indemnité journalière

Le bulletin d'adhésion, fixe la durée maximale du service de l'indemnité journalière versée par l'Institution, son versement étant subordonné à la perception d'indemnités journalières du régime général de Sécurité sociale ou de tout autre Régime Obligatoire.

En cas de reprise du travail suivie, avant deux mois, d'un nouvel arrêt pour la même cause, l'Institution reprend le versement de l'indemnité journalière calculée sur les mêmes bases, dès que le Membre Participant peut prétendre à nouveau au service des indemnités journalières du régime général de la Sécurité sociale ou de tout autre Régime Obligatoire.

Lorsque le Membre Participant reprend son travail, ou une autre activité, à temps partiel, le service de l'indemnité journalière peut être poursuivi, à condition que la Sécurité sociale ou tout autre Régime Obligatoire maintienne le versement d'une indemnité journalière. Dans ce cas, le montant de l'indemnité journalière est réduit dans le même rapport que celui de l'indemnité journalière de la Sécurité sociale ou de tout autre Régime Obligatoire.

Article 4 – INVALIDITÉ

Lorsqu'un Membre Participant est admis au bénéfice de l'assurance invalidité prévue par le Code de la Sécurité sociale, il a droit, au titre de la présente Garantie, à une rente d'invalidité.

1) Montant de la rente d'invalidité

Le montant de la rente d'invalidité est fixé au bulletin d'adhésion sous réserve des limitations prévues à l'article 6 du présent titre.

Cette rente est servie intégralement si le Membre Participant est classé au titre du régime de la Sécurité sociale dans la 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie d'invalides, sauf application des dispositions de l'article 8 alinéa 3. Elle est servie seulement pour les trois quarts de son montant s'il est classé dans la 1^{ère} catégorie.

Les catégories sont définies de la manière suivante et ce, conformément à l'article L 341-4 du Code de la Sécurité sociale :

1^{ère} catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;

2^{ème} catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;

3^{ème} catégorie : invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Sauf stipulation contraire au bulletin d'adhésion, la rente est revalorisable dans les conditions fixées par le Conseil d'Administration, en fonction des résultats du Régime.

2) Durée du service de la rente

La rente d'invalidité est servie aussi longtemps que le Membre Participant perçoit la pension d'invalidité de la Sécurité sociale ou de tout autre Régime Obligatoire. Lorsque cette dernière est transformée en pension vieillesse, le service de la rente d'invalidité prend fin.

En cas de reprise du travail suivie, avant deux mois, d'un nouvel arrêt de travail pour la même cause, l'Institution reprend le versement de la rente d'invalidité calculée sur les mêmes bases, dès que le Membre Participant peut prétendre à nouveau au service de la pension d'invalidité du régime général de la Sécurité sociale ou de tout autre Régime Obligatoire.

Article 5 - ACCIDENT DU TRAVAIL OU MALADIE PROFESSIONNELLE

Lorsqu'un Membre Participant, postérieurement à son affiliation, est atteint de Maladie ou victime d'un Accident dans des conditions telles qu'il est admis par la Sécurité sociale ou tout autre Régime Obligatoire, au bénéfice du régime d'assurance "Accidents du Travail et Maladies Professionnelles", il peut prétendre au service des Prestations prévues au présent titre, dans les conditions et selon les modalités fixées ci-après.

La cessation du service de l'indemnité journalière prévue à l'article 3 du présent titre et le point de départ de la rente d'invalidité prévue à l'article 4 coïncident respectivement avec la cessation du service de l'indemnité journalière de la Sécurité sociale ou de tout autre Régime Obligatoire et la date d'attribution par celle-ci d'une rente "Accidents du Travail".

1) Incapacité temporaire

L'Institution détermine, en cas d'incapacité temporaire, le montant global des Prestations que le Membre Participant aurait perçues, d'une part au titre du régime général de la Sécurité sociale ou de tout autre Régime Obligatoire, et, d'autre part, au titre de l'assurance "Incapacité de Travail-Invalidité", s'il avait été atteint d'une Maladie ou victime d'un Accident non imputable au travail.

Le montant des indemnités journalières versées par l'Institution est égal à la différence, lorsqu'elle est positive, entre le montant des Prestations globales, calculées comme il est dit à l'alinéa précédent, et le montant des Prestations perçues par le Membre Participant au titre du régime d'assurance "Accidents du Travail et Maladies Professionnelles" de la Sécurité sociale ou de tout autre Régime Obligatoire.

2) Incapacité permanente

Lorsque le Membre Participant perçoit de la Sécurité sociale ou de tout autre Régime Obligatoire :

- une rente d'invalidité égale ou supérieure à **50%** de la rémunération prise en considération par la Sécurité sociale ou tout autre Régime Obligatoire, l'Institution détermine le montant total des Prestations, que le Membre Participant aurait perçues, tant par la Sécurité sociale ou de tout autre Régime Obligatoire que par l'Institution (invalides de la 2ème ou 3ème catégorie si l'état nécessite l'assistance d'une tierce personne). Si le résultat de cette opération est supérieur à la rente annuelle que l'intéressé perçoit de la Sécurité sociale ou de tout autre Régime Obligatoire, l'Institution lui verse la différence ; dans le cas contraire, aucune rente n'est due ;
- une rente d'invalidité égale ou supérieure à **20%**, mais inférieure à **50%** de la rémunération prise en considération par la Sécurité sociale ou tout autre Régime Obligatoire, l'Institution calcule au préalable la rente qui serait due pour une invalidité égale ou supérieure à 50% (cas précédent), puis réduit le montant ainsi déterminé dans le rapport existant entre le taux de la rente servie par la Sécurité sociale ou tout autre Régime Obligatoire et le taux limite de 50%. Si le résultat de cette opération est supérieur à la rente annuelle servie par la Sécurité sociale ou tout autre Régime Obligatoire, l'Institution verse la différence au Membre Participant; dans le cas contraire, aucune rente n'est due.

En tout état de cause, la rente d'invalidité cesse lors de la liquidation de la retraite.

Il est formellement convenu que l'état d'invalidité ne plaçant pas le Membre Participant dans l'un des deux cas ci-dessus définis n'ouvre pas droit aux indemnités.

Article 6 - RISQUES GARANTIS ET RISQUES EXCLUS

Tous les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité sont garantis, sous les réserves énoncées ci-après :

1) Risques exclus

Les conséquences des Maladies ou des Accidents qui sont le fait volontaire du Membre Participant, ou qui résultent de tentative de suicide ou de mutilation volontaire, ne sont pas garanties.

Si le Membre Participant se suicide, c'est-à-dire s'il se donne la mort de manière consciente et volontaire au cours de la 1ère année du contrat.

2) Guerre et émeute

L'incapacité de travail ou l'invalidité résultant d'un fait de guerre, quel qu'il soit, n'est pas garantie.

Sont exclues également les conséquences des faits de guerre civile, d'émeutes, d'insurrections, d'actes de terrorisme, ainsi que le risque d'incapacité de travail ou d'invalidité résultant de la participation du Membre Participant à des rixes, sauf dans le cas où serait établie la situation de légitime défense.

3) Risque atomique et radiations ionisantes.

Article 7 - DÉCLARATION ET CONTRÔLE DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

1) Déclaration

Dès qu'un Membre Participant est atteint d'une Maladie ou victime d'un Accident pouvant entraîner une incapacité de travail ou une invalidité susceptible de faire jouer les Garanties définies au présent titre, l'adhérent doit adresser à l'Institution le document mis à sa disposition.

2) Délai de déclaration

L'adhérent n'a pas à déclarer l'arrêt de travail consécutif à une incapacité de durée inférieure au délai de franchise fixé au moment de l'adhésion.

La déclaration prévue au 1er alinéa du présent article devra être adressée à l'Institution au plus tard 30 jours après la date à laquelle les premières indemnités seront dues par l'APGIS.

Si le délai de 30 jours n'est pas respecté, il est considéré que l'arrêt de travail est fixé à la date de déclaration, qui en tout état de cause, devra parvenir à l'Institution au plus tard trois mois après la date à laquelle les premières indemnités seront dues par l'APGIS, sauf cas de force majeure dont la preuve reste à la charge de l'adhérent.

Dans tous les cas et à toute époque, les médecins et agents délégués par l'Institution ont libre accès auprès du bénéficiaire afin de pouvoir constater son état. Sous peine de perdre tout droit au service des Prestations accordées par le présent Régime, le Membre Participant doit fournir toutes pièces justificatives et se prêter à toute expertise ou examen que l'APGIS juge bon de lui demander.

Article 8 - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

1) Paiement de l'indemnité journalière

Les volets, ou les attestations, prouvant le paiement des indemnités journalières de la Sécurité sociale ou de tout autre Régime Obligatoire doivent être adressés en communication à l'Institution. Cette justification étant fournie, l'APGIS procède au paiement des indemnités journalières par mensualités.

Le paiement est effectué :

- soit directement au Membre Adhérent si le Membre Participant fait partie des effectifs de l'Entreprise, à charge pour lui de reverser éventuellement les indemnités au bénéficiaire ;
- soit à l'intéressé lui-même en cas de rupture du contrat de travail.

2) Paiement de la rente d'invalidité

Le Membre Participant doit adresser en communication à l'Institution :

- la notification d'attribution de pension d'invalidité qui lui a été délivrée par la caisse de Sécurité sociale ou par tout autre Régime Obligatoire,
- les attestations de paiement de la pension d'invalidité par la caisse de Sécurité sociale ou de tout autre Régime Obligatoire lors du règlement.

L'Institution procède au paiement de la rente d'invalidité par trimestre civil à terme échu. Le paiement est effectué directement au Membre Participant après accord du Membre Adhérent.

3) Cumul Prestations-salaire ou traitement

Le cumul des sommes versées par l'Institution, la Sécurité sociale ou tout autre Régime Obligatoire (les sommes versées par la Sécurité sociale ou tout autre Régime Obligatoire étant entendues brutes de CSG/CRDS) et, le cas échéant par l'Entreprise au titre d'une activité professionnelle à temps partiel, ne peut conduire le Membre Participant à percevoir plus de 100 % de la rémunération de base NETTE : le dépassement éventuel réduit d'autant la Prestation garantie.

En cas de rupture du contrat de travail, le cumul des sommes versées par l'Institution, la Sécurité sociale ou tout autre Régime Obligatoire et de tout autre revenu issu d'une activité ou du remplacement d'une activité professionnelle, ne peut excéder les limites définies ci-dessus. Le dépassement éventuel réduit d'autant la Prestation garantie.

Article 9 - CESSATION DE LA GARANTIE

La Garantie Incapacité de Travail – Invalidité cesse, pour tout Membre Participant, dans les conditions fixées à l'article 3 du Titre II et en tout état de cause lorsque l'intéressé ne remplit plus les conditions pour prétendre aux Prestations de Sécurité sociale ou de tout autre Régime Obligatoire ou lorsqu'il ne perçoit plus les Prestations de la Sécurité sociale ou de tout autre Régime Obligatoire (indemnités journalières, pension d'invalidité).

Article 10 - CESSATION DU SERVICE DES PRESTATIONS

Conformément aux dispositions de l'article 3 du Titre III du Règlement de l'Institution en cas de cessation des cotisations, les Prestations versées dans les conditions prévues à l'article 8 du présent titre sont maintenues de plein droit au niveau atteint.

Article 11 - EXONÉRATION DES COTISATIONS

L'assiette des Garanties est fixée en fonction des dispositions de l'article 5 du Titre II du Règlement de l'Institution arrêtées à la date de la cessation de travail.

Après rupture du contrat de travail, dès lors que le Membre Participant bénéficie d'un maintien des Garanties, le Membre Adhérent et le Membre Participant sont exonérés des cotisations incapacité, invalidité, décès dues à l'APGIS.

Dans tous les cas, l'exonération cesse à partir du jour où le Membre Participant fait valoir des droits au régime de retraite, ne pouvant dès lors, plus prétendre aux Garanties incapacité, invalidité, décès. Il se trouve, de ce fait, automatiquement radié.

Article 12 – SUBROGATION

Par le présent Règlement, le Membre Participant, ou ses ayants droit, bénéficiaires des Prestations, donnent subrogation à l'APGIS dans son action contre le tiers responsable dans la limite des versements effectués par l'Institution.

Règlements

Particuliers

III

GARANTIE

MALADIE-ACCIDENT-MATERNITE

Article 1 – OBJET

Conformément aux dispositions de l'article 4 des Statuts de l'APGIS, l'Institution met en œuvre des "Garanties Maladie-Accident-Maternité".

Les Garanties sont précisées au bulletin d'adhésion et sont régies par :

- les Statuts de l'Institution;
- le Règlement de l'Institution et les dispositions ci-après, sauf dérogation expresse au bulletin d'adhésion.

Elles peuvent correspondre au panier de soins minimum prévu pour la couverture minimale des salariés, obéir au cahier des charges du contrat responsable comme ne pas le respecter complètement.

Les garanties « responsables » sont alors proposées séparément à l'adhésion, des garanties « non responsables ».

Article 2 - DEFINITION DE LA GARANTIE

La Garantie a pour objet de rembourser **sur des bases précisées au bulletin d'adhésion**, et en complément des remboursements effectués par la Sécurité sociale ou de tout autre Régime Obligatoire, au titre des Prestations en nature d'assurance maladie et d'assurance maternité, les dépenses engagées par les Membres Participants pour les types d'actes suivants :

- honoraires chirurgicaux, chirurgie, hospitalisation en hôpital, clinique, maison de repos et de convalescence, centre de rééducation fonctionnelle,
- soins médicaux courants,
- consultations (omnipraticiens et spécialistes),
- actes de pratique médicale courante,
- soins dentaires,
- soins donnés par des auxiliaires médicaux,
- actes de spécialistes,
- analyses, examens de laboratoire,
- frais d'orthopédie et prothèses,
- transport,
- prothèse dentaire,
- optique,
- cures thermales (Prestations légales ou indemnité forfaitaire ; dans ce dernier cas, cette indemnité est réputée couvrir tous les frais exposés imputables à la cure).

La Garantie maternité ou adoption a pour objet le versement d'une indemnisation à l'occasion de la naissance ou de l'adoption qui couvre tout ou partie des frais exposés restant à charge du Membre Participant.

La Garantie frais d'obsèques a pour objet, en cas de décès, le versement d'une allocation forfaitaire dans les conditions définies au bulletin d'adhésion. **Pour le décès des enfants de moins de douze ans, l'allocation versée est limitée aux frais engagés au titre des obsèques.**

Dans la limite des Prestations prises en charge par l'Institution, celle-ci est subrogée dans les droits du Membre Participant à l'égard d'un tiers responsable.

Le remboursement des soins dispensés à l'étranger est garanti dans les conditions fixées à l'article 5 du présent titre.

Lorsqu'un Membre Participant bénéficie, à titre individuel ou collectif, pour lui-même ou pour les membres de sa famille, d'un régime d'assurance maladie complémentaire aux Assurances Sociales accordant des Prestations de même nature que celles qui sont ci-dessus définies, il doit présenter à l'Institution le décompte des Prestations perçues au titre de l'autre régime ; les Garanties présentes venant compléter toutes celles dont le Membre Participant ou les membres de sa famille bénéficient, par ailleurs.

Article 3 - DÉFINITION DES BÉNÉFICIAIRES

Les bénéficiaires du Régime du présent titre sont définis au bulletin d'adhésion conclu avec le Membre Adhérent.

A défaut, les bénéficiaires devant adhérer obligatoirement au Régime sont :

- les Membres Participants qui sont affiliés au Régime et à un régime obligatoire (régime général ou local d'assurance Maladie) ;

Sont définis comme Ayants droit :

➤ **le conjoint du participant qui peut être :**

- l'époux ou l'épouse légitime, non divorcé et non séparé de corps judiciairement, dès lors qu'il est ayant droit au sens de la Sécurité sociale ou de tout autre Régime Obligatoire ou dans le cas contraire qu'il est en mesure de prouver l'absence d'activité professionnelle et l'absence de perception d'aucun revenu d'activité ou de remplacement par la fourniture du dernier avis d'imposition commune,
- le partenaire lié au Participant par un pacte civil de solidarité (PACS) dès lors qu'il est ayant droit au sens de la Sécurité sociale ou de tout autre Régime Obligatoire ou dans le cas contraire qu'il est en mesure de prouver l'absence d'activité professionnelle et l'absence de perception d'aucun revenu d'activité ou de remplacement par la fourniture du dernier avis d'imposition commune,
- le concubin du Participant, dès lors qu'il est ayant droit au sens de la Sécurité sociale ou de tout autre Régime Obligatoire ou dans le cas contraire qu'il est en mesure de prouver l'absence d'activité professionnelle et l'absence de perception d'aucun revenu d'activité ou de remplacement par la fourniture du dernier avis d'imposition commune.

➤ **les enfants du Participant ou de son conjoint :**

- à charge au titre de la Sécurité sociale ou de tout autre Régime Obligatoire,
- poursuivant leurs études dans un établissement ou organisme reconnu par l'Education Nationale et le Ministère du Travail, sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un autre régime complémentaire, et ce jusqu'à la fin de l'année civile de leur 26ème anniversaire,
- sous contrat en alternance ou d'apprentissage, sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un autre régime complémentaire, et ce jusqu'à la fin de l'année civile de leur 26ème anniversaire,
- âgés de moins de 26 ans à la recherche d'un premier emploi, pendant une durée maximale d'un an de date à date et sur présentation de l'attestation de prise en charge Pôle Emploi à chaque demande de remboursement, sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un autre régime complémentaire,
- quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires, avant leur 21ème anniversaire, de la carte d'invalidité civile prévue à l'article L.241-3 du Code de l'Action sociale et des Familles

➤ **l'ascendant** à charge au sens de la Sécurité sociale ou de tout autre Régime Obligatoire.

Article 4 – PRESTATIONS

Les Prestations sont calculées dans les limites fixées par le bulletin d'adhésion.

1) Prestations « responsables » :

Elles sont définies si le contrat est « **responsable** », conformément aux dispositions des articles L.871-1, R. 871-1 et R.871-2 du Code de la Sécurité sociale relatifs au contenu des règlements complémentaires bénéficiant d'une aide (règlements responsables).

Sont exclus de la prise en charge :

- **la majoration du Ticket modérateur en cas de non-respect du Parcours de soins (absence de désignation du Médecin traitant, consultation d'un autre médecin sans prescription du Médecin traitant), et qui consulte un médecin sans avoir choisi de médecin traitant ou sans la coordination de ce dernier,**

- les Dépassements d'honoraires sur les Actes techniques médicaux et cliniques lorsque le Bénéficiaire ne respecte pas le Parcours de soins, à hauteur du montant du dépassement autorisé sur les Actes cliniques,
- la Participation forfaitaire sur toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, sur les examens radiologiques ou sur les analyses, mentionnées à l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale,
- la Franchise appliquée sur les médicaments délivrés hors hospitalisation, les actes d'auxiliaires médicaux en ville ou en établissement ou centre de santé (hors hospitalisation) et le transport sanitaire à l'exception des transports d'urgence.

Seront obligatoirement prises en charge :

- les prestations prévues par l'article L.871-1 précité dans les conditions et limites fixées par l'article R.871-2 c'est-à-dire :
 - le Ticket modérateur pour l'ensemble des dépenses de santé, à l'exception des frais de cures thermales, des médicaments remboursés dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré et de l'homéopathie,
 - Il couvre notamment à hauteur du Ticket modérateur l'ensemble des actes de prévention pris en charge par le Régime Obligatoire,
 - le forfait journalier hospitalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée. Cette obligation ne concerne pas le forfait journalier des établissements médicaux sociaux, ni les frais de cure thermique,
 - les frais dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale dans le respect du plancher de remboursement prévu par la réglementation,
 - les équipements d'optique médicale, dans le respect de planchers et plafonds de remboursement prévus par la réglementation.

Par ailleurs, l'Institution prend en charge l'ensemble des Prestations de prévention prises dans la liste des actions considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique et fixées par l'arrêté du 8 juin 2006 (publié au Journal Officiel du 18 juin 2006).

Sauf disposition contraire, aucune Prestation n'est versée dans le cas où les frais exposés n'ont pas donné lieu à indemnisation de la part de la Sécurité sociale ou de tout autre Régime Obligatoire.

Enfin, conformément à l'arrêté du 17 avril 2012, une communication détaillant le montant des frais affectés aux Garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une Maladie, une maternité ou un Accident, est établie chaque année par l'Institution.

Toute modification législative ou réglementaire ultérieure concernant le caractère responsable du contrat sera automatiquement intégrée au Règlement pour les garanties souscrites dans ce cadre.

Le Régime souscrit auprès de l'Institution est également « **solidaire** », c'est-à-dire que l'affiliation des Membres Participants n'est pas soumise à des formalités d'acceptation médicale et dont les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé du Membre Participant.

Les Prestations versées ne peuvent en aucun cas excéder la différence existant entre les dépenses réelles et les Prestations allouées à d'autres titres, compte tenu éventuellement de dispositions relatives au minimum de participation aux frais qui doit obligatoirement être laissé à la charge du bénéficiaire.

2) Prestations « non responsables » :

Les Prestations proposées dans ce cadre n'obéissent pas au cahier des charges des contrats responsables et peuvent dépasser les plafonds prévus, voire prendre en charge au-delà des montants fixés forfaitairement ou selon des périodicités différentes.

Elles sont présentées de façon autonome et font l'objet d'une souscription séparée.

Article 5 – ÉTENDUE TERRITORIALE

Les Garanties s'appliquent aux frais exposés en France et au sein de l'Union européenne ou dans un pays ayant signé une convention avec la France.

Dans le cas d'une Maladie survenue dans un pays ayant signé une convention avec la France ou dans un pays de l'Union européenne, les dépenses engagées par les Bénéficiaires sont prises en charge par la caisse étrangère, sans que leur montant ne puisse excéder celui qui aurait été alloué en France par le Régime Obligatoire.

Les Garanties complémentaires attachées au présent Règlement sont alors accordées sur la base des taux de remboursement de la Sécurité sociale française.

Dans le cas d'une Maladie survenue dans un pays non lié par une convention avec la France, les caisses françaises procèdent au remboursement des soins dans les conditions prévues à l'article R332-2 du Code de la Sécurité sociale. Les Garanties complémentaires attachées au présent Règlement sont accordées dès lors que la Sécurité sociale française admet la prise en charge des frais.

Article 6 - RISQUES GARANTIS ET RISQUES EXCLUS

Les Maladies et les Accidents donnant lieu à une assistance médicale ouvrent droit aux Prestations, sous réserve des exclusions énoncées à l'article 4 et de celles qui sont énumérées ci-après.

Ne sont pas remboursés les frais d'assistance médicale qui sont la conséquence de :

- faits de guerre,
- mutilation volontaire,
- tentative de suicide.

Etant précisé que ces exclusions ne s'appliquent pas aux obligations de prise en charge minimale fixées à l'article R 871-2 du Code de la Sécurité sociale «règlements responsables».

Article 7 - RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

Les demandes de remboursement doivent être présentées ou transmises à l'Institution, **sous peine de déchéance**, dans un délai de deux ans suivant la date des soins à l'adresse suivante :

**Centre de gestion APGIS
TSA 20303
94685 Vincennes Cedex**

Les remboursements sont effectués selon les modalités suivantes :

- soit, sur la Base des remboursements effectués par le Régime Obligatoire (RO) et/ou du Ticket modérateur (TM),
- soit, sur la base des Frais réels avec application éventuelle d'un maximum de remboursement exprimé en euros,
- ou encore selon un barème de Prestations forfaitaires.

L'Institution rembourse les Prestations selon les Garanties précisées au Bulletin d'adhésion. En cas de radiation du Bénéficiaire, les frais engagés pour des soins postérieurs à la date de radiation ne sont pas pris en considération par l'Institution (hors maintien des Garanties).

Plus généralement, l'Institution ne rembourse pas les frais engagés et déboursés pour des soins :

- antérieurs à la date d'effet de l'adhésion au Règlement ou de l'affiliation des Bénéficiaires,
- postérieurs à la date de cessation des Garanties.

En outre, ne sont pas pris en charge :

- les frais ne figurant pas à la nomenclature du Régime Obligatoire, sauf mention contraire indiquée au Bulletin d'adhésion,
- les frais n'ouvrant pas droit aux Prestations en nature du régime de base au titre de l'Assurance Maladie ou Maternité, sauf mention contraire indiquée au Bulletin d'adhésion,

- **en cas d'hospitalisation ou de cure thermale (si les garanties sont prévues au Bulletin d'adhésion), les frais annexes et non médicaux : téléphone, télévision, boissons, frais de repas,**
- **les interdictions de prises en charge au titre du contrat « responsable » (pour les garanties souscrites dans ce cadre).**

La date des soins retenue est celle prise en compte par le Régime Obligatoire ou celle de facturation pour les actes non pris en charge par le Régime Obligatoire.

Le remboursement est, dans tous les cas, effectué en fonction de la nomenclature du Régime Obligatoire et conformément à la bonne utilisation de cette nomenclature.

En l'absence de justification des Frais réels exposés et servant de base au calcul du remboursement de l'Institution, ceux-ci seront limités au tarif de Convention de la Sécurité sociale.

Le Membre Participant doit se soumettre à tout examen que l'Institution estimerait nécessaire pour constater son état de santé. Cet examen sera effectué par tout praticien compétent délégué par l'Institution.

Le service des Prestations peut être interrompu nonobstant les décisions prises et les versements effectués par la Sécurité sociale, ou tout autre organisme. Il pourra être suspendu en cas de non fourniture des justificatifs demandés, ou de refus de se soumettre aux examens ou expertises demandés par l'Institution.

Le remboursement de certains soins, ou travaux, précisés au bulletin d'adhésion ou au règlement, pourra être subordonné à l'acceptation par l'Institution du devis établi par le praticien chargé des soins et travaux concernés.

Pièces à fournir pour le remboursement (en fonction des garanties prévues au Bulletin d'adhésion)

Le Participant doit joindre à chaque demande de remboursement :

- 📁 Les factures détaillées justifiant les frais qu'il a engagés en ce qui concerne :
 - une hospitalisation médicale ou chirurgicale, une cure thermale,
 - des prothèses dentaires ou travaux d'orthodontie (avec précision sur la nature des travaux effectués ainsi que sur le nombre et prix de chaque élément),
 - des appareillages, de l'orthopédie ou des prothèses non dentaires,
 - l'optique (la facture devra comporter séparément le coût de la monture et des verres, ainsi que le numéro de chaque verre),
 - des lentilles correctrices (en cas de non remboursement du Régime Obligatoire, la prescription médicale datant de moins de 2 ans et la facture acquittée sont indispensables),
- 📁 Le reçu correspondant au montant du Ticket modérateur réglé aux professionnels de santé (médecin, pharmacien, etc.),
- 📁 En cas d'arrivée d'un enfant au foyer, un extrait d'acte de naissance du nouveau-né,
- 📁 En cas d'adoption d'un ou plusieurs enfants, la copie du jugement d'adoption plénière,
- 📁 En cas de décès, une copie de l'extrait d'acte de décès,
- 📁 Toute pièce complémentaire demandée par l'Institution.

Pour les professionnels de santé équipés d'un système SESAM – VITALE, les feuilles de soins électroniques sont directement transmises au Régime Obligatoire.

Dans les autres cas, le Bénéficiaire doit adresser la feuille de soins à son organisme du Régime Obligatoire.

L'Institution a conclu des accords d'échange de données informatiques avec les caisses d'Assurance Maladie.

Grâce au système NOEMIE (Norme Ouverte d'Echanges entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs), l'Institution reçoit directement par télétransmission de la caisse d'assurance maladie les informations contenues sur les décomptes. Un message figurant sur le décompte du Régime Obligatoire du Bénéficiaire, l'informe de la mise en œuvre de la télétransmission.

Si ce message ne concerne pas l'ensemble des actes figurant sur le décompte du Régime Obligatoire ou si ce message n'apparaît pas, le Bénéficiaire doit adresser à l'Institution, son décompte du Régime Obligatoire.

Ces documents doivent être adressés à l'Institution, en même temps que la feuille de soins doit être adressée au centre du Régime Obligatoire.

Article 8 - CESSATION DE LA GARANTIE ET DU SERVICE DES PRESTATIONS

La Garantie Maladie cesse dans les conditions fixées à l'article 3 du Titre II ou en cas de changement de garanties par le Membre Adhérent.

Les ayants droit d'un Membre Participant cessent de bénéficier de la Garantie lorsque le Membre Participant est radié du Régime, ou lorsqu'ils cessent de répondre à la définition donnée à l'article 3.

Lorsque le Membre Adhérent change de Garanties, ou met fin à son adhésion, l'Institution ne verse aucune Prestation pour les frais exposés à raison des actes effectués, ou des soins dispensés, postérieurement à la date d'effet du changement ou à la date de son retrait du Régime hors maintien des Garanties.

Article 9 - MAINTIEN D'UNE COUVERTURE AUX RETRAITÉS, ANCIENS SALARIÉS ET AYANTS DROIT

Les retraités, anciens Membres Participant et ayants droit peuvent demander le maintien, sans période probatoire ni examen, d'une couverture frais médicaux, dans les conditions définies à l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 et ses décrets d'application.

Article 10 – SUBROGATION

Par le présent Règlement, le Membre Participant ou ses ayants droit bénéficiaires des Prestations, donnent subrogation à l'APGIS dans son action contre le tiers responsable dans la limite des versements effectués par l'Institution.

Article 11 – ASSURANCES CUMULATIVES

Si les risques couverts par le présent Règlement sont ou viennent à faire l'objet d'autres assurances, le Membre Participant ou ses ayants droit doivent en faire la déclaration à l'Institution lors de l'affiliation et pendant toute la durée de celle-ci.

Les Garanties de même nature produisent leurs effets dans la limite de chaque Garantie, quelle que soit leur date de souscription. Dans cette limite, le Membre Participant ou ses ayants droit peuvent obtenir l'indemnisation en s'adressant à l'organisme de leur choix.

Le cumul des remboursements de l'Institution, du Régime Obligatoire et de tout autre organisme ne peut excéder le montant des frais réellement engagés par le Membre Participant ou ses ayants droit et lorsque les garanties souscrites sont « responsables », les plafonds d'indemnisation prévus. L'Institution se réserve la faculté de demander la justification de ces frais. Elle peut également demander communication des règlements effectués pour les mêmes dépenses par tout autre régime ou contrat d'assurance santé dont bénéficieraient les intéressés.

Règlements Particuliers

IV - GARANTIES INDEMNITES DE DÉPART A LA RETRAITE

Article 1 – STRUCTURE

Conformément aux dispositions de l'article 4 des Statuts, l'Institution met en œuvre une Garantie "Indemnités de départ à la Retraite" régie par :

- les Statuts ;
- le Règlement de l'Institution et les dispositions particulières ci-après, sauf dérogation expresse prévue au Règlement ;
- les annexes relatives à chacun des Régimes relevant de la présente section.

Article 2 – OBJET

Cette Garantie permet le versement des Prestations à la charge du Membre Adhérent lors de la cessation d'activité d'un Membre Participant pour départ à la retraite ou mise à la retraite, selon les modalités définies à l'article 4.

Elle répond à un souci de mettre en œuvre une péréquation de la charge au sein de sociétés régies par la même Convention Collective. Chaque Régime relevant de la présente section fait l'objet d'une annexe précisant le contexte et les modalités spécifiques du Régime, ainsi que le taux de cotisation.

Article 3 – SOUSCRIPTION

Les Garanties offertes dans la présente section sont, obligatoirement, subordonnées à l'adhésion de l'Entreprise et à son maintien dans l'une des sections 1 à 3 du Règlement Particulier.

Article 4 – PRESTATIONS

Les Prestations prévues au titre de la présente section sont — sauf dispositions contraires prévues par l'annexe afférente au Régime — les indemnités de départ en retraite fixées par la Convention Collective en cas de départ à l'initiative du Membre Participant ou de mise à la retraite. Elles ne comportent pas le montant des cotisations sociales à la charge de l'employeur afférentes aux indemnités de départ en retraite.

En aucun cas l'adhésion de l'employeur ne se substitue à ses obligations résultant de la Convention Collective ou de la législation en vigueur.

Les indemnités ne sont dues que si la date de départ à la retraite du Membre Participant — après l'éventuelle période de préavis — est postérieure à la date d'adhésion de l'Entreprise et antérieure à la date de cessation des Prestations, conformément à l'article 8 de la présente section.

En cas de modification des modalités prévues dans la Convention Collective, la Prestation continuera à être versée selon les modalités antérieures tant que d'éventuelles nouvelles conditions proposées par l'APGIS ne seront pas entrées en vigueur.

Article 5 - RÈGLEMENT DES SOMMES DUES

Pour chaque Membre Participant cessant son activité pour départ à la retraite, le Membre Adhérent doit adresser les pièces nécessaires, ces pièces comprennent notamment :

- une attestation de l'Entreprise indiquant le salaire ou traitement et l'ancienneté à prendre en compte au titre des dispositions de la convention, la date de naissance du Membre Participant, la date et la nature du départ à la retraite ;
- une copie du bulletin de salaire ou traitement justifiant le paiement de l'indemnité de départ à la retraite ;
- une copie de l'accusé de réception de la demande de liquidation de retraite de la Sécurité sociale ou de tout autre Régime Obligatoire.

L'APGIS se réserve le droit de contrôler les éléments fournis par l'employeur.

L'APGIS n'est pas responsable des erreurs d'appréciation, ou de calcul, qui pourraient être commises par l'employeur et rembourse à l'Entreprise la Prestation prévue selon les modalités de l'article 4 de la présente section.

Article 6 – FINANCEMENT

Le financement des Prestations de la présente section est assuré par les cotisations à la charge des membres adhérents et, le cas échéant, par l'utilisation du fonds de régulation spécifique au Régime de chaque profession défini à l'article 7 de la présente section.

Les cotisations sont déterminées pour un an au terme d'une expertise actuarielle, simulant les charges prévisibles de chaque Régime selon une projection portant sur les dix prochaines années. La cotisation définie tiendra donc compte de la montée en charge des versements sur cette période, et devra, par ailleurs, permettre d'alimenter le fonds de régulation à concurrence d'un montant égal à 25% du montant annuel des cotisations. Le taux de cotisation peut être prorogé d'année en année, si les termes du calcul ne sont pas modifiés.

Une nouvelle expertise actuarielle sera réalisée lorsque nécessaire, et en particulier :

- en cas de modification des modalités de la Convention Collective, ou de l'âge du départ à la retraite ;
- si la composition du groupe des adhérents a été sensiblement modifiée ;
- si se sont écoulées trois années depuis la dernière expertise.

Article 7 - COMPTES DE RÉSULTAT ET FONDS DE RÉGULATION

Les comptes annuels de la présente section sont établis par régime professionnel.

Afin de satisfaire aux besoins spécifiques de la présente Garantie, il est constitué un fonds spécial de régulation par régime professionnel. Chaque fonds est alimenté par un montant égal à 98% de l'excédent éventuel du compte de résultat du Régime et par les produits financiers liés aux sommes gérées dans le fonds. Le solde du compte de résultat est affecté aux fonds et réserves de l'Institution, sauf décision contraire du Conseil d'Administration.

Le fonds de régulation est destiné à pallier, le cas échéant, les insuffisances de cotisations d'un exercice. Le Conseil d'Administration décidera des mesures à appliquer (limitations des Garanties, ou appel à des cotisations exceptionnelles).

Dans la mesure où le fonds atteint un montant égal à cinq fois la cotisation annuelle, le Conseil d'Administration fixe le pourcentage d'excédents devant être affecté aux fonds et réserves de l'Institution ou bien il décide d'appeler partiellement les cotisations.

En cas de résiliation d'un Régime, 85% du montant résiduel du fonds de régulation après apurement des comptes sera transféré au nouvel organisme, si une nouvelle convention est souscrite en remplacement de la convention précédente et si elle prévoit la reprise.

Le solde du fonds de régulation, ou la totalité du fonds, si une nouvelle convention n'a pas été souscrite, sera affecté aux fonds et réserves de l'Institution, sauf décision contraire du Conseil d'Administration.

Article 8 - CESSATION DES PRESTATIONS

Les Prestations ne sont pas servies :

- pour tout départ à la retraite dont la date est postérieure à la résiliation du Régime, ou à la démission, ou à la radiation d'une Entreprise ;
- en cas de non-paiement des cotisations selon les dispositions prévues à l'article 3 du Règlement.