



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) IDU : FR332476_01LLAQ

RÈGLEMENT GÉNÉRAL ET RÈGLEMENTS PARTICULIERS DE L'INSTITUTION

Modifications adoptées par
l'Assemblée Générale Extraordinaire du 24 juin 2025

12, rue Massue - 94684 VINCENNES CEDEX

SOMMAIRE

Quelques définitions préalables	P.5
---------------------------------------	-----

REGLEMENT DE L'INSTITUTION

TITRE I - Généralités - Adhésion

Article 1 - OBJET	P. 10
Article 2 - REVISION.....	P. 10
Article 3 - MESURES D'APPLICATION.....	P. 11
Article 4 - DUREE	P. 11
Article 5 - ADHESION.....	P. 11
Article 6 - MODIFICATION DES CONDITIONS APPLICABLES A L'ADHESION	P. 13
Article 7 - RECLAMATIONS - MEDIATION	P. 13
Article 8 - PRESCRIPTION.....	P. 14

TITRE II - Membres Participants

Article 1 - GROUPE BENEFICIAIRE	P. 16
Article 2 - POINT DE DEPART DE LA GARANTIE.....	P. 16
Article 3 - CESSATION DES GARANTIES	P. 17
Article 4 - MAINTIEN DES GARANTIES.....	P. 17
Article 5 - ASSIETTE DES GARANTIES ET DES COTISATIONS	P. 19

TITRE III - Cotisations

Article 1 - TAUX ET MONTANT DES COTISATIONS.....	P. 21
Article 2 - PAIEMENT DES COTISATIONS	P. 21
Article 3 - NON-PAIEMENT DES COTISATIONS.....	P. 22

TITRE IV - Dispositions financières

Article 1 - FONDS SOCIAL	P. 23
Article 2 - COMPTES DE RESULTAT / COMMUNICATION SUR LES FRAIS	P. 23
Article 3 - PROTECTION A L'EGARD DU TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL	P. 23
Article 4 - CONTROLE DE L'INSTITUTION.....	P. 25
Article 5 - LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX ET LE FINANCEMENT DU TERRORISME	P. 25

REGLEMENTS PARTICULIERS

I - Garanties en cas de décès

Article 1 - STRUCTURE ET OBJET	P. 28
Article 2 - DEFINITION DES PERSONNES A CHARGE.....	P. 28
Article 3 - BENEFICIAIRES EN CAS DE DECES	P. 28
Article 4 - VERSEMENT D'UN CAPITAL EN CAS DE DECES D'UN MEMBRE PARTICIPANT	P. 30
Article 5 - PAIEMENT ANTICIPE DU CAPITAL EN CAS DE PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE	P. 30
D'AUTONOMIE (D'INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE)	
Article 6 - VERSEMENT D'UN CAPITAL SUPPLEMENTAIRE EN CAS DE DECES ACCIDENTEL	P. 30
Article 7 - VERSEMENT D'UN CAPITAL EN CAS DE DECES DU CONJOINT :	P. 31
GARANTIE « DOUBLE EFFET »	
Article 8 - PREDECES DU CONJOINT OU D'UN ENFANT A CHARGE	P. 31
Article 9 - RENTES EDUCATION ET RENTES DE CONJOINT	P. 31
Article 10 - ALLOCATIONS OBSEQUES ET NAISSANCE	P. 32
Article 11 - CESSATION DES PRESTATIONS	P. 33
Article 12 - RISQUES EXCLUS	P. 33
Article 13 - REGLEMENT DES SOMMES DUES	P. 33
Article 14 - BASE DE REGLEMENT	P. 35
Article 15 - REVALORISATION SPECIFIQUE AUX GARANTIES DECES	P. 35
Article 16 - SUBROGATION	P. 35

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 L.911-1 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) ou **Tarif forfaitaire de responsabilité** (TFR) 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.

Chambre particulière

Cette prestation, proposée par les établissements de santé, permet à un patient hospitalisé d'être hébergé dans une chambre individuelle (pour une personne).

La chambre individuelle est facturable au patient lorsqu'il demande expressément à être hébergé en chambre individuelle. La chambre individuelle n'est pas facturable lorsque la prescription médicale impose l'isolement, comme par exemple dans un établissement psychiatrique ou de soins de suite.

Une Chambre particulière peut être facturée à l'occasion d'une Hospitalisation Ambulatoire.

Le coût de la chambre individuelle varie selon les établissements et les services.

Classe A (Garantie optique) ou Classe I (Garantie aides auditives) :

Au titre de la Garantie optique (Classe A) et de la Garantie aides auditives (Classe I), se dit d'un équipement appartenant au dispositif dit « 100% Santé », c'est-à-dire sans reste à charge, sous réserve que les professionnels de santé respectent les Prix limites de ventes (P.L.V.) fixés par arrêté.

Classe B (Garantie optique) ou Classe II (Garantie aides auditives) :

Au titre de la Garantie optique (Classe B) et de la Garantie aides auditives (Classe II), se dit d'un équipement appartenant au Dispositif dit « Hors 100% Santé », c'est-à-dire à « tarif libre » et sans obligation réglementaire de prise en charge intégrale au titre du Régime Obligatoire et du Régime.

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.

Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maîtrisées (D.P.T.M) :

Il s'agit de dispositifs négociés par l'Assurance Maladie et les syndicats médicaux et auxquels peuvent adhérer les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents ou titulaires du droit permanent à dépassement. Les praticiens qui ont adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) ou à l'option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO) s'engagent, pendant toute la durée de leur adhésion à :

- ne pas augmenter leurs tarifs pendant la durée de leur adhésion à l'un de ces dispositifs,
- 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.

Le montant des remboursements peut varier selon que les praticiens ont ou non adhéré à un Dispositif de Pratique Tarifaire Maîtrisée.

Dispositif dit « 100% Santé » :

Ensemble des actes faisant l'objet d'une prise en charge intégrale par le Régime Obligatoire et le Régime, sous réserve du respect par les professionnels de santé des Prix limites de vente (P.L.V.) ou des Honoraires limites de facturation (H.L.F.) tels que définis par arrêté. Le but étant de rendre ces équipements accessibles sans reste à charge.

Dispositif dit « Hors 100% Santé » :

Ensemble des Actes faisant l'objet d'un éventuel reste à charge après intervention du Régime Obligatoire et du Régime. Il s'agit des dispositifs dits à « tarif maîtrisé », (comportant des Honoraires limites de facturation en matière de Garantie dentaire) ou à « tarif libre » (en matière de Garanties optique, dentaire et aides auditives).

DSN

La déclaration sociale nominative est un fichier mensuel centralisé produit à partir de la paie et destiné à communiquer des informations nécessaires à la gestion de la protection sociale des salariés aux organismes et administrations concernées.

Entreprise ou Membre Adhérent

Personne physique ou morale souscrivant l'adhésion au Règlement 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...).

Forfait patient urgence

Participation forfaitaire laissée à la charge du Participant pour tout passage non programmé dans les services d'urgences d'un établissement de santé lorsque ce passage n'est pas suivi d'une hospitalisation dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie de l'établissement (article L.160-13 du Code de la Sécurité sociale).

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 médicale

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 Membre Participant, concerne notamment les frais pharmaceutiques, les auxiliaires médicaux, les frais de transports sanitaires à l'exception des transports d'urgence. Le montant des Franchises médicales est disponible sur le site de l'assurance maladie.

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 à l'adhésion au Règlement au cours d'une période déterminée.

Honoraires limites de facturation (H.L.F.)

Montants maximums définis par arrêté pouvant être facturés au Membre Participant à la date des soins par un chirurgien-dentiste conventionné avec le Régime Obligatoire. Les Honoraires limites de facturation (H.L.F.) sont appliqués aux prothèses dentaires identifiées dans les dispositifs dits « 100% Santé » et à « tarif maîtrisé ».

Maladie

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

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 Membre 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. La majoration de la participation de l'assuré considéré hors parcours de soins ne peut pas être remboursée par les contrats dits « responsables ».

Participation forfaitaire

Cette Participation forfaitaire est laissée à la charge du patient pour tous les actes et consultations réalisés par un médecin, ainsi que pour tous les actes de biologie et d'imagerie médicale. Cette participation est due par tous les assurés sociaux à l'exception :

- des enfants de moins de 18 ans ;
- des femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse et jusqu'au 12ème jour suivant la date de l'accouchement ;
- et des bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire ou de l'aide médicale de l'Etat (AME)

Le montant de la participation forfaitaire est disponible sur le site de l'assurance maladie.

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

Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

Plafond calculé mensuellement à partir du plafond de la Sécurité sociale de référence fixé annuellement par arrêté publié au journal officiel qui sert au calcul des tranches de cotisations sociales.

Sa valeur est consultable sur www.ameli.fr

Précompte

Retenue opérée par le Souscripteur sur le salaire servant à payer les cotisations (part salariale) dues au titre du présent Contrat. Le Souscripteur reverse ensuite cette retenue à l'Institution, en ajoutant sa part patronale.

Prestation

Exécution de la Garantie par l'Institution.

Prestation d'adaptation visuelle :

Lors du renouvellement d'une ordonnance médicale de verres correcteurs par un professionnel de santé autorisé, un examen de la vue peut être réalisé et facturé par ce dernier afin d'actualiser l'ordonnance.

Prestation d'appairage :

Dans les cas où un patient a besoin d'un équipement optique avec deux types de verres différents (indices de réfraction différents), une Prestation d'appairage de verres peut être nécessaire dans un but esthétique et d'équilibrage de la monture. Cette prestation spécifique pourra alors être facturée par le professionnel de santé. Lorsqu'elle concerne l'achat de verres de Classe A, cette prestation est intégrée dans le Dispositif dit « 100% Santé ».

Prix limites de vente (P.L.V.) :

Prix maximums définis réglementairement pouvant être facturés au Membre Participant à la date des soins par le professionnel de santé dans le cadre des Garanties optiques. Les professionnels de santé s'engagent à respecter ces P.L.V. pour que les Membres Participants puissent bénéficier d'une prise en charge intégrale sur ces équipements.

Procédure collective

Les procédures collectives visées sont les procédures de sauvegarde, de redressement et liquidation judiciaires telles que visées aux articles L.621-1 et suivants, L.631-1 et suivants, L.641-1 et suivants du Code de commerce (consultables sur le site www.legifrance.fr)

Prorata temporis

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

Régime

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

Régime Obligatoire (RO)

Régime français d'Assurance Maladie dont dépend le Bénéficiaire y compris le régime local.

On entend par « régime local », le régime spécifique, obligatoire et complémentaire local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle, régi par le Code de la Sécurité sociale, géré par des représentants des salariés, est destiné à couvrir les salariés travaillant en Alsace-Moselle, les chômeurs, les retraités sous condition de durée de cotisation durant leur carrière ainsi que leurs ayants droit.

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.

Reste à charge

Part des dépenses de santé qui reste à la charge du Membre 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 Régime 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.

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 ou de la Franchise qui ne sont pas remboursées par l'Institution).

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.

Elle obéit également aux règles de Solvabilité du titre V du livre III et de l'article L .310-12-4 du Code des Assurances auquel renvoie l'article L. 931-9 du Code de la Sécurité Sociale (« *Solvabilité II* »).

Le présent Règlement est établi conformément au 1^{er} alinéa de l'article 39 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 agents contractuels de droit public et les salariés des établissements publics industriels et commerciaux.
 - 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 39 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 5^{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'Institution peut dénoncer l'adhésion par l'envoi d'une lettre recommandée respectant un préavis de deux (2) mois avant le 31 décembre de l'année en cours, le cachet de la poste ou la preuve du dépôt faisant foi.

A l'expiration d'un délai d'un (1) an à compter de la date de la première souscription du Régime, le Membre Adhérent peut à tout moment dénoncer son adhésion, sans frais ni pénalités, soit par lettre soit par le biais d'une notification selon les formes prévues légalement à l'adresse suivante :

- ⇒ résiliation-entreprise@apgis.com
- ou
- ⇒ APGIS – TSA 10563 – 94685 Vincennes Cedex.

La dénonciation de l'adhésion prend effet un (1) mois après que l'Institution en a reçu notification 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 1er janvier, sauf dénonciation de l'adhésion.

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

- en cas de non-paiement des cotisations dues par le Membre Adhérent;
- à défaut de réponse de la part de l'administrateur ou du liquidateur judiciaire dans le mois imparti à celui-ci pour se prononcer sur le sort du Régime, en cas de jugement de sauvegarde, redressement ou liquidation judiciaire du Membre Adhérent conformément aux procédures légales et réglementaires.

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.

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 Membre Adhérent (personne morale ou physique) présente à l'APGIS un original ou une copie du pouvoir donné par le représentant s'il n'est pas signataire, aussi une copie certifiée conforme de tout acte ou extrait du registre officiel (par exemple extrait K BIS) 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 en cours de validité). Cependant les modalités de vérification, de l'identité du Membre 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 Membre Adhérent 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 5^{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.

En application des articles L .931-3-4 à L .931-3-7 du Code de la Sécurité sociale, les formalités d'adhésion peuvent intervenir par voie électronique, via un espace personnel sécurisé sur internet ou bien tout autre support durable autre que le papier, après vérification du caractère adapté du support choisi.

A ce titre, les demandes d'utilisation d'un support papier sont réalisées sans frais et peuvent être effectuées à tout moment.

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.

Conformément à la réglementation en vigueur, le Membre Adhérent via son espace personnel sécurisé, peut accéder aux informations et documents le concernant, qui sont conservés par l'Institution pendant une durée adaptée à leur finalité.

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 Participant 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.

5.3 Informations à remettre en cours d'adhésion

Les Membres Adhérents s'obligent à transmettre, en cours d'adhésion :

- les informations concernant les mouvements du personnel par la transmission de la DSN (licenciement, démission, retraite, décès, congé parental, congé sans solde, arrêt de travail) et le cas échéant, la modification de la situation de famille des Membres Participants,
- dans le cadre de la DSN, exploiter le CRM (compte rendu métier) et effectuer toutes les modifications nécessaires afin que ces DSN deviennent exploitables,
- - transmettre à l'Institution sauf si ces informations entrent dans le périmètre de la DSN et sont transmises par flux :
 - o à chaque fin de trimestre, la déclaration trimestrielle mentionnant le nombre de Membre Participants à la fin du trimestre civil correspondant et les mouvements du personnel (licenciement, démission, retraite, décès, congé sans solde, congé parental, arrêt de travail).
 - o à chaque fin d'année, la liste nominative du personnel assuré précisant leurs nom, prénom, date de naissance, numéro d'immatriculation à la Sécurité sociale, situation de famille, date d'entrée et de sortie dans l'exercice et la base de calcul des cotisations.
- et toutes pièces justificatives concernant la composition du groupe assuré.

En cas de redressement ou liquidation judiciaires, le Membre Adhérent tiendra informé l'APGIS dès le dépôt de sa déclaration de cessation des paiements au greffe du tribunal compétent.

Il veillera également à informer, dans les meilleurs délais, l'APGIS de la fin des arrêts de travail ou de la transformation des incapacités en invalidités, ou encore des changements de degré ou de catégorie d'invalidité.

L'Institution ne se trouve engagée que par les déclarations et pièces transmises par le Membre Adhérent.

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 dans un délai de trente (30) jours en s'adressant à l'Institution soit par lettre ou tout autre moyen prévu légalement.

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'absence de refus du Membre Adhérent dans les conditions de forme susvisées et passé ce délai trente (30) jours, il est réputé que le Membre Adhérent a accepté les nouvelles conditions.

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 notification faite par lettre, tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.932-12-2 du Code la Sécurité sociale. 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
12 rue Massue
94684 VINCENNES CEDEX

Si la réclamation est formulée à l'oral et que le Membre Adhérent ou les Bénéficiaires n'obtiennent pas entière satisfaction, ils seront invités à la formaliser sur un support écrit auprès du service réclamation. Le service réclamation, accusera réception du courrier dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de l'envoi de la réclamation écrite sauf si une réponse est apportée dans ce délai.

Le service réclamation dispose ensuite d'un délai de 2 mois à compter de l'envoi de la réclamation écrite pour apporter une réponse au Membre Adhérent ou au Bénéficiaire.

Si les réponses apportées ne les satisfaisaient pas ces derniers disposent d'un recours auprès du Médiateur dont l'adresse est indiquée à l'article 7.4 du présent Règlement, sous un délai de deux (2) mois après l'envoi de la première réclamation écrite, que l'Institution ait ou pas répondu.

7.4. Médiation

En cas d'échec de la procédure de résolution de litige à l'amiable, le Membre Adhérent ou le Bénéficiaire peuvent saisir, au plus tard dans un délai d'un an à compter de la réclamation écrite, le médiateur de l'Institution à l'adresse suivante :

MÉDIATEUR DE LA PROTECTION SOCIALE
CTIP
10, rue Cambacérès
75008 Paris

<https://ctip.asso.fr/mediateur-de-la-protection-sociale-ctip/>.

Ce recours est gratuit et doit être rédigé en langue française.

La saisine du Médiateur suspend la prescription jusqu'à la fin de la médiation.

L'avis du Médiateur, écrit et motivé, intervient dans un délai de 90 jours à compter de la date de réception du dossier complet, notamment de la réception des éléments d'informations du Membre Adhérent ou des Bénéficiaires et de la note de synthèse de l'Institution.

En cas d'échec de ces démarches, le Membre Adhérent ou les Bénéficiaires conservent l'intégralité de leurs droits à agir en justice.

Article 8 - PRESCRIPTION

Conformément à la réglementation, les dispositions suivantes s'appliquent:

Toutes actions dérivant des opérations régies par le présent Règlement sont prescrites par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, la prescription des actions est de cinq (5) ans en ce qui concerne l'Incapacité de travail. 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 du Membre Participant 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° que du jour où l'Institution en a eu connaissance en cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru,;

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 Adhérent, 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 Adhérent, le Membre Participant ou l'Ayant droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

Passé ce délai, il y a prescription : toute action dérivant de l'adhésion au Règlement est éteinte.

Le délai de prescription est interrompu :

- soit par l'envoi d'une lettre recommandée adressée par l'Institution au dernier domicile connu du Membre Adhérent ou du Membre Participant en ce qui concerne le paiement de la cotisation, ou d'une lettre recommandée ou lettre recommandée électronique adressée par le Membre Adhérent ou le Membre Participant à l'Institution en ce qui concerne le règlement d'une indemnité,
- soit par la désignation de l'expert à la suite d'un sinistre,
- soit par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription :
 - o la reconnaissance par l'Institution du droit à bénéficier de la Garantie contestée,
 - o une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution (exemple : saisie conservatoire),
 - o un acte d'exécution forcée (exemples : commandement de payer, saisie),
 - o l'exercice d'une action en justice y compris en référé, devant une juridiction incompétente ou en cas d'annulation de l'acte de saisine pour vice de procédure.

L'interruption dure alors jusqu'au terme de cette procédure, sauf carence des parties pendant deux (2) ans, désistement ou rejet définitif de la demande de celui qui agissait en justice.

Par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties de l'adhésion 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, pour ce qui concerne le risque Prévoyance (décès, incapacité de travail ou invalidité) 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 soit :

- d'un maintien de salaire, total ou partiel,
- d'indemnités journalières (ou d'une rente d'invalidité ou d'incapacité) versées par le Régime Obligatoire,
- d'indemnités journalières complémentaires (ou d'une rente d'invalidité ou d'incapacité) financées au moins en partie par le Membre Adhérent qu'elles soient versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.
- ou d'un revenu de remplacement versé par le Membre Adhérent au titre notamment d'une mise en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, ou encore en cas de congés rémunérés (par exemple : reclassement, mobilité...).

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, sous réserve des dispenses d'affiliation prévues dans l'Acte de mise en place du Régime et toutes dispositions légales ou réglementaires, tous les Ayants droit des Membres Participants, actuels et futurs, doivent 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, pour ce qui concerne le risque de prévoyance (garanties décès, incapacité de travail ou invalidité), 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,
- au jour du décès du Membre Participant,
- en cas de résiliation du Régime.

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 dans tous les cas de suspension du contrat de travail du Membre Participant, si celui-ci bénéficie soit :

- d'un maintien total ou partiel de salaire,
- d'indemnités journalières (ou rente d'invalidité ou d'incapacité) versées par le Régime Obligatoire,
- d'indemnités journalières complémentaires (ou d'une rente d'invalidité ou d'incapacité) financées au moins en partie par le Membre Adhérent qu'elles soient versées directement par ce dernier ou pour son compte par l'intermédiaire d'un tiers.
- d'un revenu de remplacement versé par le Membre adhérent, au titre notamment d'une mise en activité partielle ou en activité partielle de longue durée, ou encore en cas de congés rémunérés (par exemple : reclassement, mobilité...).

Le maintien est assuré pour la durée de cette suspension du contrat de travail du Membre Participant, dans les mêmes conditions que celles appliquées aux salariés en activité effective.

Les Garanties sont suspendues de plein droit pour les Membres Participants dont le contrat de travail est suspendu pour une durée supérieure à quinze (15) jours (notamment congé sabbatique, congé pour création d'entreprise, congé parental d'éducation, congé sans solde).

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

Les Garanties sont maintenues, conformément aux dispositions prévues par l'article L 911-8 du Code de la Sécurité sociale, au profit des anciens salariés pris en charge par le régime d'assurance chômage.

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 de l'adhésion au 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 indemnisation à France Travail. L'ancien salarié devra fournir ce justificatif 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'Institution de la cessation du contrat de travail.

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 France Travail).

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.**

La suspension temporaire des allocations chômage, par exemple en cas d'arrêt Maladie, n'a pas d'incidence sur le calcul de la durée du maintien. En effet, celle-ci n'est pas prolongée de la durée de la suspension.

Les Garanties maintenues sont celles décrites au bulletin d'adhésion du Membre Adhérent et suivront s'il y a lieu l'évolution des Garanties des salariés actifs de l'Entreprise.

Pour cela, le Membre Participant devra fournir à l'Institution les justificatifs suivants :

- une copie de la lettre de licenciement ou du contrat de travail pour les anciens salariés en contrat à durée déterminée,
- une copie de la décision d'homologation de l'inspection du travail, en cas de rupture conventionnelle, à chaque indemnisation, une copie de la prise en charge de l'assurance chômage mentionnant la durée d'indemnisation ainsi que l'attestation de paiement France Travail du mois antérieur à la demande de Prestation,
- toute pièce complémentaire demandée par l'Institution.

Les Ayants droit de l'ancien salarié précédemment couverts bénéficient également du maintien des Garanties et ce tant que l'ancien salarié ouvre droit à la portabilité.

Le maintien des Garanties cesse :

- **au terme de la période de portabilité (maximum de 12 mois),**
- **à la date de reprise d'une activité professionnelle par l'ancien salarié entraînant la fin de l'indemnisation, par France Travail**
- **dès lors que l'ancien salarié perçoit une pension de retraite versée par le Régime Obligatoire,**
- **en cas de non renouvellement ou de résiliation du contrat quel qu'en soit le motif,**
- **à la date de cessation du versement des allocations chômage ou dès lors que l'ancien salarié ne justifie plus de son indemnisation par France Travail,**
- **en cas de décès du Membre Participant.**

Le maintien des Garanties est assuré à titre gratuit pour l'ancien salarié et ses éventuels Ayants droit, c'est à dire qu'aucune cotisation de la part de l'ancien salarié n'est exigée. La portabilité est financée par un mécanisme de mutualisation et est ainsi incluse dans les cotisations financées par le Membre Adhérent et les salariés.

Les Prestations sont versées dans les mêmes conditions que celles prévues pour les salariés en activité, sous réserve des règles de cumul fixées ci-après.

Le versement de toute Prestation est subordonné à la production du justificatif d'ouverture des droits au régime d'assurance chômage.

Les indemnités journalières complémentaires sont versées à compter du 31ème jour de l'incapacité de travail continue médicalement constatée et ouvrant droit au bénéfice des indemnités journalières de Sécurité sociale, quelle que soit l'ancienneté du salarié à la date de cessation du contrat de travail.

Les indemnités journalières sont calculées conformément aux dispositions du Règlement. Elles sont versées dans la limite du montant de l'allocation nette du régime obligatoire d'assurance chômage à laquelle le Participant ouvre droit et qu'il aurait perçue au titre de la même période. Si l'allocation chômage due au Participant n'a pas encore été versée, celle-ci sera reconstituée sur la base des conditions de régime d'assurance chômage applicables au jour de l'incapacité.

Le cumul des sommes versées par l'Institution, le Régime Obligatoire et de tout autre revenu (d'activité ou de remplacement), au titre des Garanties en cas d'arrêt de travail ne peut conduire le Membre Participant à percevoir plus de 100 % des sommes perçues au titre de l'allocation chômage.

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 Participants 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 Participants 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 en cours 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.

Il est précisé que cette nouvelle affiliation s'effectue sans délai de carence.

Si les anciens Membres Participants 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 5 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 au terme de la période de portabilité.

Article 5 - ASSIETTE DES GARANTIES ET DES COTISATIONS

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.

Il est précisé que pour les Membres Participants percevant un revenu de remplacement versé par le Membre Adhérent, l'indemnisation versée dans ce cadre est intégrée dans l'assiette des Garanties et des cotisations. Selon les garanties retenues, les cotisations et les garanties portent sur une ou sur plusieurs tranches de salaire ou de traitement, définies comme suit :

- 1^{ère} tranche : limitée au plafond annuel du régime général de la Sécurité sociale,
- 2^{ème} tranche : comprise entre ledit plafond et 8 fois le plafond annuel de la Sécurité sociale.
- 3^{ème} tranche : comprise entre 8 fois et 16 fois le plafond de la Sécurité sociale.

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 de 16 fois le plafond de la Sécurité sociale.

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.

Les cotisations ne sont pas dues sur les indemnités journalières ou rentes perçues au titre du Régime Obligatoire ou au titre du présent Régime.

Ils peuvent faire l'objet, à l'initiative de l'Institution, d'une révision en cours d'année dans les cas suivants :

- modification législative ou réglementaire,
- modification des conditions de remboursement des prestations du Régime Obligatoire,
- une évolution des résultats techniques constatée sur une ou plusieurs Garanties

Le Membre Adhérent est informé de toute modification en raison de l'un des trois motifs précédents.

Jusqu'à la date d'effet de cette modification ou de cette révision, les dispositions antérieures continuent à s'appliquer sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et donc d'application immédiate.

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.

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.
- Ces éléments peuvent être transmis par la DSN.

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 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 de l'adhésion au Régime.

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 LE RAPPORT « PRESTATIONS SUR COTISATIONS » ET LES FRAIS GESTION

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.

Ce rapport sera adressé au Membre Adhérent et répondra aux exigences de l'arrêté du 6 mai 2020 « précisant les modalités de communication par les organismes de protection sociale complémentaire des informations relatives aux frais de gestion au titre des garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ».

Article 3 – PROTECTION A L'EGARD DU TRAITEMENT DES DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

3.1 - Finalité des traitements de données

L'ensemble des traitements de données est nécessaire à l'exécution de la relation contractuelle liant le Membre Participant et le Membre Adhérent avec l'Institution qui est responsable de traitement. En conséquence, sauf mention particulière, le recueil des données présente un caractère obligatoire au titre de l'exécution de cette relation contractuelle.

L'Institution est susceptible de recevoir des données à caractère personnel relatives aux Bénéficiaires en provenance notamment des régimes obligatoires de Sécurité sociale.

Dans le cadre du Régime la collecte des données personnelles a pour finalités :

- la passation, de la gestion y compris commerciale et de l'exécution de la relation contractuelle,
- l'élaboration des statistiques et études actuarielles,
- l'exercice des recours, la gestion des réclamations des recouvrements et des contentieux,
- l'exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives, les déclarations obligatoires auprès des autorités et administrations publiques y compris celles relatives à la lutte contre la fraude pouvant, notamment, conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude et à la lutte contre le blanchiment des capitaux et au financement du terrorisme,
- la gestion des demandes liées à l'exercice des droits des Membres Adhérents et Bénéficiaires sur leurs données personnelles,
- la mise en place d'actions de prévention
- la formation du personnel
- la mise en œuvre d'opération de prospection commerciale,
- le suivi de la relation client (enquêtes de satisfaction),
- la réalisation de sondages, jeux concours,
- l'élaboration de statistiques commerciales, la proposition faite aux Membres Participants et aux Membres Adhérents, compte tenu des besoins exprimés par ces derniers, d'offres commerciales pour des contrats de l'Institution ou de ses partenaires,
- les actions de recherche et de développement,
- les actions sociales.

L'enregistrement des appels téléphoniques a pour finalité l'amélioration du service proposé et la formation du personnel.

3.2 Destinataires des données à caractère personnel

Les données personnelles peuvent être transmises, dans la limite de leurs attributions respectives et suivant les finalités : aux personnels de l'Institution ainsi que le cas échéant, aux partenaires et sous-traitants, délégataires de gestion, réassureurs, intermédiaires, organismes professionnels habilités, partenaires, ainsi qu'aux personnes intéressées au Régime.

3.3 Durée de conservation des données personnelles

Les données à caractère personnel du Membre Adhérent et des Bénéficiaires sont conservées selon des durées variables en fonction des finalités susvisées. En tout état de cause, ces durées de conservation respectent les obligations légales de l'Institution ainsi que les délais de prescription légale applicables.

3.4 Les droits du Membre Adhérent et des Bénéficiaires

Le Membre Adhérent et les Bénéficiaires disposent d'un droit de demander l'accès à ces données à caractère personnel, la rectification ou l'effacement de celles-ci, et de décider du sort de ces données post-mortem. Ils disposent également d'un droit de s'opposer au traitement pour motifs légitimes, de limiter le traitement dont ils font l'objet et d'un droit à la portabilité des données à caractère personnel dans les limites fixées par la loi. Ils disposent enfin de la possibilité de s'opposer, à tout moment et sans frais, à la prospection commerciale.

Le Membre Adhérent et les Bénéficiaires peuvent à tout moment s'opposer à l'enregistrement des échanges téléphoniques avec l'Institution en informant l'Institution au début de l'appel téléphonique.

Le Membre Adhérent et les Bénéficiaires peuvent exercer l'ensemble de leurs droits, en justifiant de leur identité, en contactant le délégué à la protection des données de l'APGIS à l'adresse suivante :

Par mail : dpo@apgis.com

ou

Par courrier à :

APGIS – cellule Protection des données personnelles

12 rue Massue - 94684 Vincennes Cedex

L'APGIS dispose d'un délai d'un (1) mois pour répondre. En cas de demande complexe ou d'un nombre important de demandes, ce délai pourra être porté à deux (2) mois.

Le Membre Adhérent et les Bénéficiaires peuvent également introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07

Les Bénéficiaires peuvent s'inscrire gratuitement sur le registre d'opposition au démarchage téléphonique sur bloctel.gouv.com. Dans ce cas, l'Institution ne procédera à aucun démarchage téléphonique, sauf si le Bénéficiaire a communiqué son numéro de téléphone afin d'être recontacté ou si le Membre Participant est titulaire auprès de l'Institution d'un contrat en vigueur.

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** - 4 Place de Budapest – CS 92459 - 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 (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil). 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 dont la filiation est légalement établie ou qu'ils soient enfants recueillis durant leur union** :

- sont âgés **de moins de 25 ans**, s'ils poursuivent des études secondaires ou supérieures dans un établissement ou un organisme reconnu par l'Education Nationale et le Ministère du Travail,
- quel que soit leur âge s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité civil ou la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité », prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'Action sociale et des Familles, 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

- En l'absence de Désignation Expresse de Bénéficiaire(s) faite par le Participant, les capitaux garantis en cas de décès du Participant (hors majoration) sont attribués par ordre de préférence au Conjoint non divorcé et non séparé de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil)
- à défaut au partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité du Membre Adhérent; sous réserve de la présentation de tout document attestant la conclusion d'un PACS délivré par un Officier Public,
- 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 descendant,
- 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 expresse de Bénéficiaire(s) ou Désignation particulière.

Cependant, la part de capital correspondant aux majorations pour enfants à charge (ou personnes à charge) est attribuée par parts égales à ceux-ci ou le cas échéant, cette part est versée entre les mains du représentant légal agissant pour leur compte et en leur nom.

A tout moment, hors présence d'un Bénéficiaire acceptant, le Membre Participant a la faculté de faire une Désignation Expresse de Bénéficiaire(s) au moyen d'un formulaire 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.

Dans ce cas, la Désignation **Expresse de Bénéficiaire(s)** est à envoyer par le Membre Participant à l'Institution.

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.

L'Institution procède au versement des Prestations en fonction des informations qui sont portées à sa connaissance lors de l'instruction du dossier. Ce versement libère l'Institution de toute obligation dans le cas où une Désignation Expresse de Bénéficiaire(s) lui serait notifiée ultérieurement

Toutefois, la Désignation **Expresse de Bénéficiaire(s)** 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 qui sont 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.

Dans ce dernier cas, le Bénéficiaire devra signifier son refus par lettre recommandée avec accusé de réception à l'adresse suivante :

**APGIS – Pôle Capitaux et Rentes
12 rue massue
94684 Vincennes Cedex.**

Clause de réserve :

Par dérogation à ce qui précède et nonobstant toute autre désignation, lorsque le montant du capital est déterminé en tenant compte des statuts particuliers (majoration par Enfant à charge ou par Personne 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 (Enfant à charge ou Personne à charge),, 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 juridique.

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).

Le changement de Bénéficiaire ne prend effet qu'à la date à laquelle l'Institution en a reçu la notification.

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, le Membre 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 du Membre 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 ou par anticipation en cas de décès consécutive à un Accident, à condition que le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie **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 1353 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 ou par anticipation est fixé au moment de l'adhésion.

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

La garantie a pour objet de verser en cas de décès simultané ou postérieur du Conjoint du Membre Participant (non remarié ou sans conclusion d'une nouvelle convention de PACS), ayant encore un ou plusieurs Enfants à charge issus de leur mariage ou de leur union, un capital tel que précisé au Tableau des Garanties. 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.

Cette Garantie s'applique en cas de décès simultané ou postérieur du Conjoint.

Est considéré comme :

- simultané, le décès du Membre Participant et de son Conjoint survenant au cours d'un même événement ou dans les 24 heures qui suivent ou qui le décès du Participant,
- postérieur, le décès du Conjoint au sens du Contrat qui survient dans l'année qui suit le décès du Participant

Le capital est versé par parts égales entre les Enfants à charge, tels que définis à l'article 2, au jour du décès du Membre Participant et à charge du Conjoint au jour du décès de ce dernier, selon les mêmes critères.

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 bénéficiaire 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 due, à compter du jour où l'enfant n'est plus considéré à charge et selon les dispositions prévues au tableau des Garanties. Le dernier paiement est calculé Prorata temporis et

est effectué à la fin du trimestre civil au cours duquel l'enfant perd le bénéfice de la Rente. Toutefois, en cas de décès de l'enfant bénéficiaire, la dernière période de règlement effectuée est le mois civil précédant le décès.

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 mariage, le remariage ou la conclusion d'un nouveau PACS du Conjoint Bénéficiaire de cette rente, entraînent 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.

Les droits à réversion du partenaire de Pacs sont appréciés par l'Institution comme si le partenaire avait été marié avec le Membre Participant décédé.

Dans ces conditions, la Rente temporaire lui est attribuée, sauf s'il avait pu prétendre, en tant que Conjoint marié survivant, à la pension de réversion dudit régime de retraite complémentaire.

La Rente temporaire est versée au Conjoint survivant au plus tard jusqu'au dernier jour du trimestre civil précédent celui au cours duquel il :

- **se marie, se remarie ou conclut un nouveau Pacs,**
- **obtient ou ouvre droit à la pension de réversion AGIRC-ARRCO**
- **aurait ouvert droit à la pension de réversion AGIRC-ARRCO si le Membre Participant avait été marié avec son Conjoint survivant,**
- **décède.**

Dans tous les cas, il est précisé que la rente de Conjoint (viagère ou temporaire) peut être suspendue en cas de non réception, dans un délai de trente (30) jours suivant la date de la demande, de la déclaration sur l'honneur du bénéficiaire précisant que sa situation de famille n'a pas évolué.

Une fois la déclaration reçue, le bénéficiaire sera indemnisé avec antériorité dès lors que sa situation lui permet de prétendre encore au versement de la rente.

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. **. En tout état de cause, la prise en charge de l'Institution est limitée aux frais réellement engagés.**
- **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, le Membre 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 (faisant notamment état des salaires à prendre en considération) ;
- ⇒ 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 tout document attestant la conclusion d'un PACS délivré par un Officier Public,

- ⇒ 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 :
 - La copie de la carte nationale d'identité des Bénéficiaires datée et signée,
 - le certificat de scolarité,
 - 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 justificatif du nombre et de la qualité d'Enfant à charge à la date du décès et une photocopie du dernier avis d'imposition,
 - 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 également fournir:

- ⇒ Pour l'ouverture de la rente :
 - Un extrait d'acte de naissance du ou des Enfants à charge,
 - Un justificatif de France Travail pour les primo demandeurs d'emploi,
 - Le certificat de scolarité,
 - Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB),
 - Un avis d'imposition du foyer fiscal auquel est rattaché l'enfant,
 - Un certificat de scolarité pour chaque enfant scolarisé.
- ⇒ Et le 1er octobre de chaque année :
 - Un certificat de scolarité pour chaque enfant scolarisé,
 - Pour les enfants handicapés, la copie de la carte d'Invalidité prévue par l'article L241-3 du code de l'action sociale et des familles,
 - Un avis d'imposition du foyer fiscal auquel est rattaché l'enfant.

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 :

- ⇒ Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB),
- ⇒ La copie du dernier avis d'imposition du Bénéficiaire,
- ⇒ Une attestation du régime de retraite complémentaire précisant l'ouverture des droits à Prestation lors de la première demande.
- ⇒ Une attestation sur l'honneur du bénéficiaire précisant que sa situation de famille n'a pas évoluée.

4) Dans tous les cas, toutes pièces complémentaires demandées par l'Institution.

Dans tous les cas, les Prestations imposables versées directement au Membre Participant ou aux Bénéficiaires feront l'objet du prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu dans les conditions de droit commun.

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 définis au 1° de l'article 5 précité, les Prestations sont calculées sur la base de ces salaires ou traitements perçus au cours des 12 derniers mois civils ayant précédé celui au cours duquel survient l'événement générateur du service des Prestations.

Toutefois, l'assiette des Prestations est reconstituée proportionnellement à une durée complète d'activité lorsque :

- la période d'assurance est inférieure à douze (12) mois,
- le salaire a été réduit ou supprimé au cours de la période de référence en cas d'arrêt de travail pour maladie ou Accident.

Dans le cas où l'ancienneté est inférieure à un (1) mois, le salaire annuel d'embauche est retenu comme base pour l'assiette des Prestations.

Si les Garanties sont exprimées selon un pourcentage du plafond de la Sécurité sociale, les Prestations sont calculées sur la base du plafond de la Sécurité sociale au jour de l'événement considéré.

Article 15 - REVALORISATION SPECIFIQUE AUX GARANTIES DECES

À compter de la date du décès du Membre Participant et jusqu'à la date de réception par l'Institution des pièces nécessaires au paiement de la Prestation, la Prestation mentionnée au Tableau des Garanties - versée sous forme de capital - est revalorisée dans les conditions prévues à l'article L.132-5 du code des assurances (*).

Il est précisé que la date de prise de connaissance par l'Institution du décès du Membre Participant, est la date à laquelle l'Institution est informée du décès, par la réception de l'acte de décès.

(*) article applicable aux institutions de prévoyance régies par le code de la Sécurité sociale.

Article 16 – 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.

Le Membre Participant victime d'un dommage causé par un tiers responsable, le Bénéficiaire ou les Ayants droit doivent en informer l'Institution lors de la demande de Prestation.

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 définis au 1° de l'article 5 du titre II du Règlement :

- du mois précédant l'arrêt de travail ouvrant droit aux Prestations,
- des 3 derniers mois précédant l'arrêt de travail ouvrant droit aux Prestations,
- du trimestre civil précédant l'arrêt de travail ouvrant droit aux Prestations,
- 12 derniers mois civils précèdent l'arrêt de travail ouvrant droit aux Prestations.

Toutefois, l'assiette des Prestations est reconstituée proportionnellement à une durée complète d'activité lorsque :

- la période d'assurance est inférieure à douze (12) mois,
- le salaire a été réduit ou supprimé au cours de la période de référence en cas d'arrêt de travail pour maladie ou Accident.

Dans le cas où l'ancienneté est inférieure à un (1) mois, le salaire annuel d'embauche est retenu comme base pour l'assiette des Prestations.

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 :

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

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

3ème 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, la rente est revalorisable chaque année, 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

Tout événement susceptible d'ouvrir droit aux Prestations doit survenir pendant la période d'effet de la Garantie concernée et être déclaré dans les délais fixés pour celle-ci.

Le déclarant recevra un imprimé sur lequel sont mentionnées les pièces justificatives à faire parvenir à l'Institution.

L'arrêt de travail doit-être porté à la connaissance de l'Institution avant l'expiration du Délai de franchise et au plus tard, dans **un délai maximum de douze (12) mois qui suit le premier jour de l'Incapacité temporaire (date à date).**

Si l'arrêt de travail est déclaré à l'Institution après les délais exprimés ci-dessus, celui-ci sera considéré comme s'étant produit au jour de la déclaration.

L'Invalidité ou l'Incapacité Permanente totale ou partielle doit être déclarée à l'Institution par le Membre Participant dans un délai maximum de vingt-quatre (24) mois qui suit la notification de la pension ou de la rente par le Régime Obligatoire (date à date).

Sauf en cas de mise en place du système Prest'IJ :

- les avis de prolongation doivent être adressés à l'Institution au fur et à mesure de leur délivrance en vue de lui permettre d'exercer son droit de contrôle,
- les mises en Invalidité ou Incapacité permanente doivent être déclarées à l'Institution dès la délivrance de la notification de la rente par le Régime Obligatoire.

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.

Dans tous les cas, les Prestations imposables versées directement au Membre participant ou aux Bénéficiaires feront l'objet du prélèvement à la source de l'impôt sur le revenu dans les conditions de droit commun.

3) Cumul Prestations-salaire ou traitement

En cas d'arrêt de travail, le cumul des sommes versées par :

- l'Institution,
- le Régime Obligatoire (à l'exclusion de la majoration pour tierce personne ou de la Prestation complémentaire pour recours à une tierce personne),
- le Membre Adhérent le cas échéant, notamment au titre d'une activité professionnelle à temps partiel,
- et tout autre revenu (d'activité ou de remplacement).

ne peut conduire le Membre Participant à percevoir plus de 100% du Salaire de référence NET qu'aurait perçu le Membre Participant s'il avait été en activité. S'il en était ainsi, les Prestations versées par l'Institution seraient réduites à due concurrence.

Toutefois, si à la date d'arrêt de travail, le Membre Participant bénéficie d'un revenu de remplacement versé par l'employeur tel que visé dans la définition du Salaire de référence, ce cumul sera limité 100 % de la rémunération nette équivalente à la base des Prestations définie au 1° de l'article 5 du Titre II du Règlement. Le Salaire de référence NET correspond au Salaire défini au 1° de l'article 5 du Titre II du Règlement déduction faite des charges sociales appliquées selon la législation en vigueur au premier jour de l'arrêt de travail et avant impôt sur le revenu.

Limitation du montant de la rente d'invalidité

Lorsqu'un Membre Participant invalide continue d'exercer son activité professionnelle au sein Membre Adhérent, l'Institution verse une rente d'invalidité prévue au tableau des Garanties, sous réserve que le Participant soit toujours reconnu invalide par le Régime Obligatoire. Seules les modalités de calcul de la Prestation varient.

Dans ce cas, le montant de la rente d'invalidité versé par l'Institution est limité à la différence entre :

- d'une part, 100 % de la base de prestations éventuellement revalorisée conformément aux dispositions prévues au Contrat,
- d'autre part, le cumul des deux éléments suivants :
- la pension d'invalidité maintenue par le Régime Obligatoire,
- la base de prestation éventuellement revalorisée conformément aux dispositions prévues au Contrat multipliée par le taux de travail à temps partiel.

Les éventuelles augmentations de salaire associées à l'emploi occupé lors de la reprise de travail ne sont pas prises en compte dans la limitation des Prestations servies par le Régime.

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. Le Membre Participant victime d'un dommage causé par un tiers responsable, le Bénéficiaire ou les Ayants droit doivent en informer l'Institution lors de la demande de Prestation.

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.

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 Membre Participant qui peut être :**

- l'époux ou l'épouse légitime du Membre Participant, non divorcé et non séparé de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil) bénéficiant de Prestations du fait de son affiliation à un quelconque organisme du Régime Obligatoire,
- le partenaire lié au Membre Participant par un pacte civil de solidarité (PACS) au sens des articles 515-1 et suivant du code civil bénéficiant de Prestations du fait de son affiliation à un quelconque organisme du Régime Obligatoire,
- le concubin du Membre Participant, vivant en couple dans le cadre d'une union de fait au sens de l'article 515-8 du code civil bénéficiant de Prestations du fait de son affiliation à un quelconque organisme du Régime Obligatoire, et à condition que le concubin et le Membre Participant soient tous les deux célibataires, veufs ou séparés de corps, que le concubinage ait été établi de façon notoire ou matérialisé comme tel depuis plus d'un an, et que le domicile fiscal des deux concubins soit le même. La condition de durée d'un an est supprimée lorsque des enfants sont nés ou adoptés de cette union et répondent à la définition des enfants à charge.

> **les Enfants à charge qui peuvent être les enfants du Membre 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 France Travail à chaque demande de remboursement, sous réserve qu'ils ne bénéficient pas d'un autre régime complémentaire,
- **âgés de moins de 26 ans** et effectuant leur service national volontaire ou service civique,
- **quel que soit leur âge**, s'ils sont titulaires, **avant leur 21ème anniversaire**, de la carte d'invalidé civil ou la carte « mobilité inclusion » portant la mention « invalidité », prévue à l'article L.241-3 du Code de l'Action sociale et des Familles

> **les ascendants qui peuvent être, les père et mère du Membre Participant ou de son Conjoint**, sous réserve que ces ascendants soient fiscalement à charge du Membre Participant, c'est à dire pris en compte dans le quotient familial ou qu'ils perçoivent une pension alimentaire que le Membre Participant déduit fiscalement de son revenu global.

L'avis d'imposition du Membre Participant, une copie de la carte d'identité du ou des ascendants concernés ainsi que toute pièce que l'Institution jugerait nécessaire, sont à produire en cas de survenance d'un évènement ouvrant droit à Prestation.

Article 4 – PRESTATIONS

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

1) Prestations « solidaires » et « responsables » :

Elles sont définies si le contrat est « **responsable** », conformément relatives aux Contrats dits “**responsables**” tels que définis à l’article L871-1 du Code de la Sécurité sociale et à la couverture minimale prévue à l’article L911-7 du Code de la Sécurité sociale, ainsi que par leurs décrets d’application.

Dans ce cadre, les remboursements des Garanties peuvent donner lieu à une majoration ou une minoration de manière à respecter les minima ou les maxima prévus dans le cadre du contrat responsable (article L.871-1, R.871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale).

Sont exclus de la prise en charge :

- **la majoration du Ticket modérateur en cas de non-respect du Parcours de soins coordonnés (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 coordonnés, 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,**
- **la minoration prévue à l'article L.322-5 du Code de la Sécurité sociale, applicable en cas de refus du mode de transport sanitaire partagé, par le Bénéficiaire, alors que son état de santé n'est pas incompatible avec une telle solution de transport.**

Seront obligatoirement prises en charge :

- 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,
- L'intégralité du forfait journalier hospitalier des établissements hospitaliers sans limitation de durée. Cette obligation ne concerne pas le forfait journalier des établissements médico-sociaux tels que les maisons d'accueil spécialisées (MAS) ou encore les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD), ni les frais de cure thermique,
- les honoraires de dispensation en lien avec l'ordonnance ou avec un médicament dont le Ticket modérateur est obligatoirement pris en charge,
- le ticket modérateur de la prestation d'adaptation de l'ordonnance médicale de verre correcteur, après réalisation d'un examen de la réfraction, en cas de renouvellement par l'opticien-lunetier d'une ordonnance lorsqu'elle est associée à la prise en charge d'un équipement d'optique.
- les soins dentaires y compris les soins prothétiques dentaires et d'orthopédie dento-faciale ne faisant pas partie du Dispositif « 100% santé », pris en charge par le Régime Obligatoire, dans le respect des planchers et plafonds de remboursement prévus par la réglementation,
- les équipements d'optique médicale ne faisant pas partie du Dispositif « 100% santé », pris en charge par le Régime Obligatoire, dans le respect des planchers et plafonds de remboursement prévus par la réglementation et des règles légales de renouvellement,
- les frais d'acquisition des aides auditives ne faisant pas partie du Dispositif « 100% santé », pris en charge par le Régime Obligatoire, dans le respect des plafonds de remboursement prévus par la réglementation et des règles légales de renouvellement,
- la prise en charge des prestations du Dispositif « 100% santé » dans les conditions précisées au présent Règlement.

Les actes de prévention pris en charge par le Régime Obligatoire sont remboursés au minimum à hauteur du Ticket modérateur augmenté, le cas échéant, du montant de prise en charge prévu aux postes de remboursement auxquels ils se rattachent tel que figurant dans le Tableau des garanties.

Conformément à l'article L.871-1 du Code de la Sécurité sociale, l'Institution permet au Membre Participant et à ses Ayants droit de bénéficier du tiers payant (dispense d'avance de frais) sur toutes les Garanties prévues à titre obligatoire par la réglementation applicable aux contrats dits « responsables » et selon les dispositions des conventions passées avec les professionnels de santé :

- au moins à hauteur des Tarifs de responsabilité.
- à hauteur des frais exposés par le Bénéficiaire en sus des tarifs de responsabilité dans la limite des Prix limites de vente pour les produits et prestations d'optique et d'audiologie relevant du panier 100 % Santé,
- à hauteur des frais de soins dentaires prothétiques exposés par le Bénéficiaire en sus des tarifs de responsabilité et dans la limite des Honoraires limites de facturation relevant du panier 100 % Santé.,

Dès lors que l'adhésion au Règlement prévoit une prise en charge au-delà du Ticket modérateur, l'Institution plafonne le montant de ses remboursements concernant les dépassements d'honoraires pris par les professionnels de santé n'ayant pas adhéré à l'un des Dispositifs de Pratiques Tarifaires Maitrisées.

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 6 mai 2020, une communication détaillant le taux de redistribution des cotisations collectées ainsi que le montant des frais de gestion affectés aux Garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une Maladie, une maternité ou un Accident, est établie avant la souscription puis annuellement par l'Institution.

Toute modification législative ou réglementaire ultérieure concernant le caractère responsable 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 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 les prestations 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, Suisse, au sein de l'Union européenne ou de l'Espace Economique Européen 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 la Suisse ou dans un pays de l'Union européenne, ou de l'Espace Économique Européen, 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 R160-4 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 :

via l'espace assuré (www.apgis.com)
ou à l'adresse suivante :
Centre de gestion APGIS
12 rue Massue
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 notamment les frais de téléphone, télévision, internet, blanchissement, ainsi que les boissons, frais de repas (sans prescription médicale),
- 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 Membre 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.),
- ⇒ pour les soins non remboursés par le RO : Facture nominative, détaillée, acquittée du professionnel de santé diplômé d'état dans sa spécialité avec mention du numéro FINESS/SIRET ou RPPS ou ADELI,
- ⇒ 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,
- ⇒ 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.

En cas de cessation des Garanties, le Membre Participant et ses Ayants droit s'engagent à ne plus utiliser l'attestation de Tiers payant fournie par l'Institution. Ils s'engagent également à restituer à l'Institution les attestations de Tiers payant et à avertir les professionnels de santé que leur attestation de Tiers payant n'est plus valable et qu'elle ne doit plus être utilisée.

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

Les anciens Membres Participants qui se trouvent dans l'une des situations énoncées ci-après, à l'issue de la rupture de leur contrat de travail et éventuellement de la période de portabilité quand elle s'applique, peuvent conserver les Garanties frais de santé, moyennant le paiement des cotisations correspondantes et à condition :

- d'en faire la demande dans les six (6) mois qui suivent la fin des Garanties antérieures,
- d'adhérer à titre individuel au régime des anciens salariés.

Conformément aux dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, ce maintien s'applique :

✓ à l'ancien Participant, sans condition de durée, bénéficiaire soit :

- d'une rente d'Incapacité ou d'Invalidité du Régime Obligatoire,
- d'une pension de retraite servie par un Régime Obligatoire de base d'assurance vieillesse,
- d'un revenu de remplacement s'il est privé d'emploi.

✓ aux Ayants droit du Membre Participant décédé qui bénéficiaient déjà du Régime. Ces Ayants droit conservent les Garanties du présent Régime, pendant une durée de trois (3) mois, à compter du décès du Membre Participant

- si leur affiliation était obligatoire, ce maintien est accordé gratuitement,

- si leur affiliation était facultative, ce maintien est accordé sous réserve d'acquitter la cotisation correspondante.

Ils peuvent, au-delà de cette période, bénéficier d'un maintien des Garanties, sous réserve d'adhérer à titre individuel au régime des anciens salariés proposé par l'Institution, dans les six (6) mois du décès du Membre Participant, et d'acquitter la cotisation correspondante dans les conditions définies par ladite régime des anciens salariés.

Les tarifs applicables tiendront compte de la réglementation en vigueur à la date d'effet du maintien.

Le Membre Adhérent s'engage à communiquer à l'Institution toute rupture du contrat de travail ou décès d'un Membre Participant, dans les quinze (15) jours suivant cet évènement ainsi que, le nom des Membres Participants dont le contrat de travail a été rompu avec indication du motif et de la date de cessation du contrat de travail.

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.

Le Membre Participant victime d'un dommage causé par un tiers responsable, le Bénéficiaire ou les Ayants droit doivent en informer l'Institution lors de la demande de Prestation.

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 ni les plafonds fixés pour les contrats responsables.

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 ;

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.

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 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.

En aucun cas l'adhésion du Membre Adhérent 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.**

apgis

Institution de Prévoyance agréée par le Ministère chargé de la Sécurité sociale sous le n° 930,
régie par les articles L.931-1 et suivants du Code de la Sécurité sociale.