Alptis
Prévoyance & Santé

Notice d'information

PRÉVOYANCE DES FRONTALIERS

Le présent document constitue la notice d'information contractuelle, prévue par l'article L.141-4 du Code des assurances. Il reprend les dispositions du contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative n° A 5244 / 0001, souscrit par l'association Alptis Frontaliers auprès de Swiss Life Prévoyance et Santé - 7, rue Belgrand - 92300 LEVALLOIS-PERRET, entreprise régie par le Code des assurances.

Réf : PREV FRONT

Sommaire

LEXIQUE 2

CONDITIONS GÉNÉRALES 3-10

1•OBJET DU CONTRAT 3

2•ADHÉSION AU CONTRAT ET VIE DU CONTRAT 3

3•GARANTIES 4

4•ÉVOLUTION DES GARANTIES 6

5•LIMITATIONS ET EXCLUSIONS DE GARANTIES 6

6•CESSATION DES GARANTIES 7

7•COTISATIONS 7

8•MODALITÉS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS 8

9•DISPOSITIONS DIVERSES 9

LEXIQUE

ACCIDENT : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'adhérent, provenant exclusivement de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.
Ne sont pas considérés comme accident :
- **les pathologies lombaires ou relatives à l'axe rachidien (sauf fracture ou accident de la circulation),**
- **le suicide, la tentative de suicide,**
- **l'infarctus du myocarde,**
- **les affections coronariennes,**
- **les affections dues à un choc émotif (sauf celles faisant suite à une agression survenue dans le cadre de l'activité professionnelle de l'adhérent) ou à un surmenage.**

ADHÉRENT OU ASSURÉ : personne physique membre de l'association et qui adhère au contrat groupe.

CONSOLIDATION : moment où les lésions se fixent et prennent un caractère permanent, tel qu'un traitement n'est plus nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation, et qu'il est possible d'apprécier un taux d'Incapacité Totale Permanente.

CONJOINT ET ASSIMILÉ : personne avec laquelle l'adhérent est marié, ou a conclu un Pacte Civil de Solidarité (PACS), ou vit en concubinage (établi de façon notoire depuis plus d'un an et attesté par la fourniture d'un certificat de concubinage ou d'un justificatif de vie commune).

DÉLAI D'ATTENTE : période pendant laquelle les garanties ne s'appliquent pas. Le délai d'attente court à compter de la prise d'effet de l'adhésion inscrite sur le certificat d'adhésion.

FRANCHISE : période qui débute le 1er jour d'Incapacité Temporaire Totale de Travail et pendant laquelle aucune prestation n'est due.

INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL : impossibilité totale pour l'adhérent d'exercer son activité professionnelle par suite de maladie ou accident reconnu médicalement.

INVALIDITÉ PERMANENTE : réduction définitive du potentiel physique, psychosensoriel ou intellectuel résultant d'une atteinte à l'intégrité physiologique de l'adhérent, l'empêchant totalement ou partiellement d'exercer une activité professionnelle.

MALADIE : toute altération de l'état de santé de l'adhérent, constatée par une autorité médicale.

PATHOLOGIES D'ORIGINE PSYCHO-PATHOLOGIQUE, sont considérés comme telles : affections psychiatriques, névrotiques, psycho-neurologiques, d'asthénie, anxiété, spasmophilie, dépressions, troubles de la personnalité et/ou du comportement, troubles du comportement alimentaire, aliénation mentale, fibromyalgie, syndrome polyalgique idiopathique diffus, syndrome de fatigue chronique, burn-out, brown-out, hypersomnie, insomnie, parasomnie, troubles obsessionnels compulsifs (TOC), anorexie, ainsi que des suites, et conséquences de ces affections.

PATHOLOGIES RELATIVES À L'AXE RACHIDIEN, sont considérés comme telles : les affections dues à une atteinte vertébrale ou discale ou radiculaire : lumbago, lombalgie, sciatalgie, cruralgie, névralgie cervico brachiale, protrusion discale, hernie discale, dorsalgie, cervicalgie, coccygodynie, ainsi que des suites, et conséquences de ces affections.

PTIA : la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) est l'impossibilité, pour un adhérent, de se livrer à un travail ou à une occupation quelconque pouvant procurer gain ou profit, et nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie courante.

RECHUTE : situation dans laquelle une même maladie ou un même accident déjà indemnisé au titre du contrat entraîne un second arrêt de travail consécutif, dans les 2 mois suivant l'arrêt de travail.

TRAVAILLEUR FRONTALIER : toute personne résidant en France qui exerce une activité professionnelle salariée ou non salariée dans un Etat frontalier à la France et qui retourne chaque jour ou au moins une fois par semaine en France.

PRÉAMBULE
Il a été conclu entre :
• d'une part, l'association Alptis Frontaliers dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, association régie par la loi de 1901,
• et d'autre part, Swiss Life Prévoyance et Santé dont le siège social est situé 7 rue Belgrand - 92300 LEVALLOIS PERRET, soumise aux dispositions du Code des assurances, SIREN 322 215 021, ci-après dénommé l'organisme assureur,
un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative, n° A 5244 / 0001.
Ce contrat est ouvert aux membres de l'association Alptis Frontaliers.
La gestion de ce contrat est déléguée à Alptis Assurances, société de gestion et de courtage dont le siège social est situé 25, cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03.
Le nom de l'association auprès de laquelle l'adhésion est enregistrée, le nom et les mentions légales de l'organisme assureur, le n° de contrat et les garanties choisies sont précisés sur votre certificat d'adhésion.
Les relations précontractuelles et contractuelles entre les parties sont régies par le droit français et notamment par le Code des assurances.
Les parties utiliseront la langue française pendant toute la durée de l'adhésion.

1•OBJET DU CONTRAT

Le présent contrat a pour objet de garantir les adhérents contre des risques en cas de maladie ou d'accident, définis dans la présente notice.
L'adhérent bénéficie des garanties suivantes :
• versement d'un capital en cas de Décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie consécutif à une maladie ou un accident,
• versement d'une indemnité journalière en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail consécutive à une maladie ou un accident,
• versement d'une rente en cas d'Invalidité Permanente consécutive à une maladie ou un accident.
Le paiement et le montant des prestations versées ne tiennent pas compte d'éventuelles prestations versées par des régimes de Prévoyance obligatoires ou facultatifs.
La couverture d'un prêt n'est pas possible.

2•ADHÉSION AU CONTRAT ET VIE DU CONTRAT

2•1 CONDITIONS D'ADHÉSION

Le présent contrat est réservé aux frontaliers exerçant leur activité professionnelle en Suisse, à Monaco, au Luxembourg, en Belgique ou en Allemagne :
• salariés et travailleurs non-salariés, âgés de 16 à 65 ans l'année de leur adhésion,
• et bénéficiant du statut de travailleur frontalier,
• et résidant notamment dans les départements de France métropolitaine suivants : 01, 06, 08, 25, 39, 54, 55, 57, 59, 62, 67, 68, 70, 73, 74, 90.

2•2 FORMALITÉS D'ADHÉSION

Toute personne souhaitant bénéficier des garanties détaillées dans la présente notice, doit compléter, dater et signer une demande d'adhésion, se soumettre à la Déclaration d'Etat de Santé, ainsi qu'au Questionnaire de Santé, le cas échéant.

2•3 PRISE D'EFFET DE L'ADHÉSION

L'adhésion prend effet à la date indiquée sur le certificat d'adhésion, et au plus tôt le lendemain de la réception au siège d'Alptis Assurances de la demande d'adhésion complétée et signée, sous réserve du paiement de la 1ère cotisation et de l'acceptation du risque par l'organisme assureur notifiée par la délivrance d'un certificat d'adhésion.

2•4 DROIT DE RENONCIATION

L'adhérent dispose d'un délai de 30 (trente) jours calendaires révolus pour renoncer à son adhésion à compter de la date à laquelle il est informé de la conclusion de celle-ci (qui correspond à la date de réception du certificat d'adhésion).
En cas de renonciation, les dispositions suivantes s'appliquent :
• si des prestations ont été versées, l'adhérent s'engage à rembourser à l'organisme assureur les montants éventuellement perçus dans un délai de 30 (trente) jours,
• si des cotisations ont été perçues, l'organisme assureur les remboursera à l'adhérent dans un délai de 30 (trente) jours.
Le courrier de renonciation devra être envoyé à Alptis Assurances - 25 cours Albert Thomas - 69445 LYON CEDEX 03, en recommandé avec avis de réception.
Modèle de lettre de renonciation :
"Je soussigné(e) (Nom, Prénom et numéro de l'adhérent),..... demeurant à .....ai l'honneur de vous informer que je renonce à mon adhésion au contrat (Nom et N° de contrat) que j'ai signée le (date).....".
À..... Le .....
Signature

2•5 DATE D'EFFET DES GARANTIES

Délai d'attente :
Le droit aux prestations de la garantie de revenu en cas de maladie (Incapacité Temporaire Totale de Travail - Invalidité Permanente) n'est acquis que lorsque les premières manifestations sont constatées pour la première fois :
• 12 mois après la prise d'effet de l'adhésion pour les pathologies relatives à l'axe rachidien et d'origine psycho-pathologique (Cf. Lexique),
• 3 mois après la prise d'effet de l'adhésion, dans tous les autres cas.
Aucun délai d'attente ne s'applique en cas d'accident.
Les suites et conséquences des affections, maladies et accidents s'étant manifestées pendant le délai d'attente sont définitivement exclues des garanties.

3•GARANTIES

Lors de la souscription, l'adhérent choisit le pack de garanties qu'il souhaite sur sa demande d'adhésion. Le niveau de garanties sélectionné en cas d'Incapacité Temporaire de Travail et d'Invalidité Permanente Totale doit être limité à celui du dernier Revenu Professionnel, et/ou Dividende nets déclarés à l'administration fiscale, découlant de l'activité professionnelle déclarée à l'adhésion.

	Pack 1	Pack 2	Pack 3	Pack 4	Pack 5	Pack 6
Capital en cas de Décès/PTIA par maladie ou accident	25 000 €	50 000 €	75 000 €	100 000 €	125 000 €	150 000 €
Indemnité journalière (en cas d'Incapacité Temporaire de Travail)	50 €/jour	100 €/jour	150 €/jour	200 €/jour	250 €/jour	300 €/jour
Rente mensuelle (en cas d'Invalidité Permanente Totale)	1 200 €/mois	2 400 €/mois	3 600 €/mois	4 800 €/mois	6 000 €/mois	7 200 €/mois

Toutes les garanties de chaque pack sont liées sans aucune dissociation possible.
En cours de vie du contrat, le cumul de packs est possible dans la limite maximum des garanties du Pack 6 ; c'est-à-dire pour un montant de 150 000 € en cas de Décès/PTIA, de 300 € par jour en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail et de 7 200 € par mois en cas d'Invalidité Permanente.
Le montant des garanties souscrites est mentionné sur le certificat d'adhésion.

3•1 ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties sont acquises :
- **en France métropolitaine,**
- **en Suisse,**
- **au Luxembourg,**
- **à Monaco,**
- **en Belgique,**
- **en Allemagne,**
- **dans le monde entier lors de séjours touristiques ou missions professionnelles ne dépassant pas une durée totale de 3 mois par année civile (en un ou plusieurs séjours).**

Cas particulier : pour les incapacités de travail survenues hors de France, Suisse, Luxembourg et Monaco, Belgique, Allemagne :
- l'événement est garanti sous réserve que l'adhérent soit domicilié en France continentale,
- le début de la prise en compte de la maladie ou de l'accident est fixé :
  - dès le 31e jour en cas d'hospitalisation à l'étranger, pour une période limitée à 3 mois. Par conséquent, tout arrêt de travail à l'étranger s'effectuant en dehors du cadre d'une hospitalisation n'est pas pris en charge au titre de ce contrat ;
  - sinon au jour du rapatriement de l'adhérent en France métropolitaine.

Dans tous les cas, la prise en charge débute après l'expiration de la franchise prévue au certificat d'adhésion.

3•2 GARANTIES EN CAS DE DÉCÈS

Capital en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA) consécutif à une maladie ou un accident :
En cas de décès ou de PTIA de l'adhérent, survenant pendant la validité de l'adhésion, il est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) un capital, dont le montant est prévu au certificat d'adhésion.
Le capital PTIA est versé à l'adhérent.
Le versement du capital en cas de Décès ou de PTIA met fin à l'ensemble des garanties du présent contrat.

Les modalités et les conséquences de la désignation du ou des bénéficiaires :
L'adhérent peut désigner le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès dans la demande d'adhésion et ultérieurement par avenant au contrat, ou suivant tout autre forme juridiquement valide notamment par acte sous seing privé ou par acte authentique.
Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, l'adhérent peut porter au contrat les coordonnées de ce dernier qui seront utilisées par l'organisme assureur en cas de décès de l'adhérent.
À défaut de désignation expresse d'un bénéficiaire ou si la désignation est caduque ou sans effet, les sommes dues sont versées :
- au conjoint non séparé de corps (séparation judiciaire ou amiable dès lors qu'elle est transcrite à l'état civil) ou au signataire d'un Pacte Civil de Solidarité,
- à défaut aux enfants nés ou à naître, vivants ou représentés à parts égales entre eux,
- à défaut aux père et mère par parts égales ou au survivant d'entre eux,
- à défaut aux héritiers de l'adhérent selon la dévolution successorale.

Toute désignation de bénéficiaire qui ne serait pas portée à la connaissance de l'organisme assureur ne lui sera pas opposable.
L'adhérent, sauf hypothèse de l'acceptation par le bénéficiaire, peut modifier cette clause bénéficiaire selon ses souhaits. L'attention de l'adhérent est attirée sur le fait qu'en cas d'acceptation par le bénéficiaire de la stipulation faite à son profit, cette désignation, sauf renonciation écrite faite par le bénéficiaire acceptant, devient irrévocable, sauf dispositions légales particulières.
L'acceptation peut être faite soit par un avenant signé de l'organisme assureur, de l'adhérent et du bénéficiaire, soit par acte authentique ou par un acte sous seing privé, signé de l'adhérent et du bénéficiaire, mais dans ce cas, elle n'a d'effet à l'encontre de l'organisme assureur que lorsqu'il lui a été notifié par écrit.

3•3 GARANTIE DE REVENU EN CAS DE MALADIE OU ACCIDENT

Cette garantie a pour objet de procurer à l'adhérent en état d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ou d'Invalidité Permanente, un revenu de substitution à hauteur du niveau des garanties souscrites dans la limite du dernier Revenu Professionnel, et/ou Dividendes nets déclarés à l'administration fiscale, au titre de l'activité professionnelle déclarée à l'adhésion. Ainsi, le montant de la garantie souscrite ne doit pas dépasser ces revenus. En cas de dépassement, l'indemnisation sera limitée au pack égal, à défaut au pack juste supérieur aux derniers revenus professionnels et/ou dividendes déclarés à l'administration fiscale l'année précédant le sinistre au titre de la profession déclarée à l'adhésion.
La constatation médicale de l'état de santé de l'adhérent peut être effectuée en France ou dans le pays d'activité de l'adhérent frontalier.

3•3•1 Indemnité journalière en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail
La garantie prévoit le paiement d'une indemnité journalière lorsque par suite de maladie ou d'accident garanti, l'adhérent se trouve en Incapacité Temporaire Totale de Travail (Cf. Lexique).
Son service débute à compter du 1er jour qui suit le délai de franchise choisi et mentionné au certificat d'adhésion (60 jours ou 365 jours).

3•3•2 Rente en cas d'Invalidité Permanente
Si l'adhérent est atteint d'une Invalidité Permanente (Cf. Lexique), une rente d'invalidité lui est versée.
Lorsque le taux d'invalidité "N" est supérieur ou égal à 66 %, la rente est servie intégralement (invalidité totale).
Lorsque le taux d'invalidité "N" est compris entre 33 et 66 %, elle est servie proportionnellement dans le rapport N/66 (invalidité partielle).
Aucune rente n'est servie si le taux d'invalidité est inférieur à 33 %.
Le mode de détermination du taux d'invalidité N est précisé au §3•3•3.

3•3•3 Calcul du taux d'invalidité N
Le taux d'invalidité N est déterminé **par expertise** en fonction:
- de l'**invalidité fonctionnelle** (Barème de droit commun du Concours Médical - dernière édition) : elle est fondée uniquement sur la diminution de la capacité, indépendamment de toute considération professionnelle. Ce taux est estimé, s'il y a lieu, en tenant compte des invalidités préexistantes,
- de l'**invalidité professionnelle** par rapport à l'activité exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions d'exercice normales, des possibilités d'exercice restantes, ainsi que de sa capacité éventuelle à effectuer une reconversion dans son domaine de qualification professionnelle.

Ces taux varient entre 0 et 100 %.
Le taux d'invalidité "N", qui servira au calcul de la rente, résulte de l'application du barème croisé ci-après qui tient compte à la fois de l'invalidité fonctionnelle et de l'invalidité professionnelle.

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

Le tableau ci-dessus propose une serie de taux d'invalidité. Des taux intermédiaires peuvent être retenus même s'ils ne figurent pas à titre d'exemple sur ce tableau. Le taux d'invalidité (N) est calculé selon la formule suivante : taux d'invalidité (N) = $\sqrt[3]{(a^2 \times b)}$ ou "a" représente le taux d'invalidité fonctionnelle et "b" le taux d'invalidité professionnelle.

3•3•4 Modalités de maintien de la rente d'Invalidité Permanente
La rente est toujours accordée à titre temporaire. Le taux d'invalidité peut être révisé à tout moment en fonction de l'évolution médicalement constatée de l'état de santé initial correspondant au taux d'invalidité. En outre, l'adhérent devra déclarer à Alptis Assurances toute modification du taux d'invalidité par son régime de prévoyance obligatoire.

3•3•5 Rechute
Lorsqu'une même maladie ou un même accident indemnisé entraîne un second arrêt consécutif, il n'est pas fait application à nouveau de la franchise, sous réserve que la reprise de l'activité ne soit pas supérieure à 2 mois, et que l'adhésion soit toujours en vigueur. Dans le cas contraire, l'indemnisation débutera après expiration du délai de franchise choisi.

3•4 OFFRES DE GARANTIES RELAIS

En cas de souscription, ces garanties prennent effet au 1er janvier de l'année du 66e anniversaire.
L'adhésion effective à ces garanties relais est soumise à une nouvelle Déclaration d'État de Santé ainsi qu'à un nouveau Questionnaire de Santé le cas échéant, et sera matérialisée par la délivrance d'un nouveau certificat d'adhésion. Elles doivent être souscrites sans discontinuité, suite à la cessation des garanties prévues par la présente notice.

3•4•1 Offre de garantie relais pour la couverture du Décès consécutif à une maladie ou un accident, des adhérents après 65 ans
La souscription de cette garantie est possible jusqu'au 31 décembre de l'année du 65e anniversaire pour les seuls adhérents qui continuent leur activité professionnelle de travailleur frontalier à temps plein ou à temps partiel.
Le montant garanti ne peut pas être majoré.
La garantie cesse lors de la liquidation totale des droits à la retraite de l'assuré ou lors de la cessation d'activité professionnelle de travailleur frontalier, et au plus tard au 31 décembre de l'année de son 70e anniversaire.

3•4•2 Offre de garantie relais pour la couverture de l'Incapacité Temporaire Totale de Travail des adhérents après 65 ans
La souscription de cette garantie est possible jusqu'au 31 décembre de l'année du 65e anniversaire pour les seuls adhérents :
- qui souscrivent à l'offre de garantie relais pour la couverture Décès après 65 ans (Cf. §3•4•1),
- qui ne sont pas en arrêt de travail (indemnisé ou non) au moment de la demande de souscription à la présente offre.

Le montant garanti ne peut pas être majoré et la franchise ne peut pas être réduite.
Le versement est effectué au maximum pendant 365 jours, à l'expiration du délai de franchise.
La garantie cesse lors de la liquidation totale des droits à la retraite de l'assuré ou lors de la cessation d'activité professionnelle de travailleur frontalier, et au plus tard au 31 décembre de l'année de son 67e anniversaire.

4•ÉVOLUTION DES GARANTIES

4•1 DURÉE DES GARANTIES

L'adhésion s'entend pour la durée de l'année civile en cours, puis se renouvelle annuellement par tacite reconduction.

4•2 MODIFICATION DES GARANTIES

Modification à la hausse : après un an d'adhésion à la garantie et sous réserve d'acceptation de l'assureur, l'adhérent pourra demander, en complétant une nouvelle demande d'adhésion avec nouvelle étude médicale (Déclaration d'Etat de Santé et Questionnaire de Santé le cas échéant), la modification d'une garantie à la hausse pour un effet au 1er jour du mois suivant la demande. Cette hausse de garantie est possible via un cumul de packs (Cf. §3), dans la limite globale du niveau de garanties du Pack 6.
En cas de souscription ultérieure à l'adhésion initiale d'un pack supplémentaire, les délais d'attente mentionnés au §2•5 lui sont applicables à compter de la date de souscription.

Modification à la baisse : à tout moment, l'adhérent pourra demander la modification d'une garantie à la baisse pour un effet au 1er jour du mois suivant la demande.

4•3 CHANGEMENT DE LA SITUATION DE L'ASSURÉ

Sous peine de l'application des dispositions relatives à la fausse déclaration (Cf. §9•5), l'adhérent a l'obligation de signaler sa perte de statut de travailleur frontalier.
En cas de cessation de son activité de travailleur frontalier, l'information doit parvenir à Alptis Assurances dans les plus brefs délais, et au plus tard dans les trois mois suivant cette cessation. Les garanties prennent fin le jour même de la cessation de l'activité de travailleur frontalier et l'organisme assureur peut mettre fin au contrat. En cas de déclaration tardive, l'organisme assureur peut appliquer à l'adhérent la déchéance du droit à indemnisation, s'il est établi que ce retard a causé un préjudice à l'organisme assureur.
L'adhérent a également l'obligation de signaler tout changement de sa situation susceptible de modifier le risque, et, en particulier, il doit veiller à l'adaptation de ses garanties en cas de baisse de ses revenus. Si la modification déclarée entraîne une aggravation du risque, l'assureur peut proposer un nouveau montant de cotisation et l'adhérent dispose alors d'un délai de 30 jours pour demander la résiliation de son adhésion.

5•LIMITATIONS ET EXCLUSIONS DE GARANTIES

Limitation de l'indemnisation en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ou d'Invalidité Permanente :
Le service des indemnités journalières est suspendu pendant la période du congé légal de maternité de l'adhérente. Les maladies en rapport avec une grossesse ou la procréation assistée donnent lieu à indemnisation si elles sont reconnues comme pathologiques par le Médecin Conseil de l'organisme assureur.
Les sinistres résultant et ou provenant des pathologies d'origine psycho-pathologique ainsi que leurs suites et conséquences doivent impérativement avoir donné lieu à une hospitalisation d'au moins 5 jours consécutifs dans un établissement psychiatrique ou service psychiatrique d'un établissement hospitalier.
Les sinistres résultant et ou provenant des pathologies relatives à l'axe rachidien ainsi que leurs suites et conséquences doivent impérativement avoir donné lieu à une hospitalisation d'au moins 48 heures consécutives dans un établissement hospitalier. Néanmoins, la fracture de l'axe rachidien est indemnisée sans condition d'hospitalisation en cas d'accident.

Pour l'ensemble des garanties, sont exclues les conséquences des événements suivants :
- **le suicide, pendant la première année suivant l'adhésion. En cas de majoration des garanties, pour les garanties supplémentaires le suicide est couvert à compter de la 2nde année suivant la date d'effet de l'augmentation,**
- **les maladies, invalidités et accidents manifestés antérieurement à la prise d'effet des garanties (ou la remise en vigueur des garanties ou la date d'augmentation des garanties),**
- **toute modification ou dégradation de l'état de santé entre la date de signature de la Déclaration d'Etat de Santé ou la date de signature du Questionnaire de Santé si celui-ci a été renseigné au moment de l'adhésion, et la date d'effet des garanties doit être signalée sous pli confidentiel à l'attention du Médecin Conseil de l'assureur. A défaut, leurs conséquences et récidives seront exclues,**
- **la guerre étrangère, la guerre civile. Il appartient au bénéficiaire de prouver que le sinistre est dû à un fait autre que ceux cités,**
- **les accidents d'avion lorsque l'adhérent se trouve à bord, en qualité de pilote, d'un appareil non muni d'un certificat de navigabilité en cours de validité ou sans posséder un brevet et une licence valides correspondant au type d'appareil concerné,**
- **les accidents aériens se rapportant à des compétitions, démonstrations, acrobaties, raids, vols d'essais, vols sur prototype, record ou tentative de record,**
- **les rayonnements ionisants et les inhalations de particules d'amiante, lorsque l'adhérent y est exposé de manière prévisible (fut-ce par intermittence) en raison et au cours de son activité professionnelle habituelle,**
- **les émeutes, les mouvements populaires, les actes de terrorisme,**
- **les maladies ou accidents qui résultent du fait intentionnel de l'adhérent ou du bénéficiaire (art. L. 132-24 du Code des assurances) et d'une façon générale tous les cas prévus par la loi,**
- **les accidents qui proviennent directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique.**

De plus, pour les garanties PTIA, Incapacité Temporaire Totale de Travail et Invalidité Permanente, sont exclues les conséquences des évènements suivants :
- **les sinistres survenus alors que l'adhérent était sous l'emprise d'un taux d'alcoolémie supérieur au taux légal en vigueur au jour du sinistre et si l'adhérent est reconnu comme étant responsable de l'accident,**
- **les sinistres résultant de l'usage de produits stupéfiants ou hallucinogènes,**
- **les sports pratiqués à titre professionnel et leurs conséquences,**
- **les paris ou défis,**
- **les sports comportant l'utilisation d'animaux, de véhicules ou d'embarcations à moteur pratiqués en qualité d'amateur licencié participant à des compétitions, ou participant à des matches ou à des paris,**
- **les conséquences de la pratique de l'ULM, de l'aile volante, du parapente, du parachutisme, de la plongée sous-marine (au-delà de 20 mètres), de l'alpinisme, dès lors que l'adhérent n'est pas encadré par un moniteur diplômé d'état, de la boxe et de spéléologie, du saut à l'élastique et de la navigation à voile impliquant la traversée d'un océan,**
- **les accidents, pathologies, infirmités survenus à l'occasion de l'exercice d'une activité professionnelle sans bénéficier du statut de travailleur frontalier lors du sinistre.**

6•CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent à la survenance du premier de ces évènements :
- en cas de perte du statut de travailleur frontalier ;
- en cas de résiliation des garanties par l'adhérent. La résiliation prend effet au 31 décembre sous réserve d'en faire la demande avant le 1er novembre :
  1° Soit par lettre ou tout autre support durable,
  2° Soit par déclaration faite au siège d'Alptis Assurances, 25 cours Albert Thomas 69445 LYON CEDEX 03,
  3° Soit par acte extrajudiciaire,
  4° Soit, lorsque Alptis Assurances propose la conclusion du contrat par un mode de communication à distance, par le même mode de communication. Alptis Assurances confirme par écrit la réception de la notification.
  Les cotisations restent dues pour la totalité de l'exercice (jusqu'au 31 décembre) ;
- en cas de dénonciation de l'adhésion suite à une modification du contrat d'assurance de groupe, en application des dispositions de l'article L. 141-4 du Code des assurances ;
- en cas de démission par l'adhérent de l'association : celle-ci s'effectue dans les mêmes conditions que celles prévues ci-dessus en cas de résiliation par l'adhérent ;
- en cas de décès ou de PTIA de l'adhérent.

En cas d'exercice d'une des facultés de résiliation précités, l'adhérent peut notifier sa demande via la fonctionnalité prévue à cet effet sur votre espace adhérent. Alptis Assurances confirme la réception de la notification et l'informe par tout support durable, dans des délais raisonnables, de la date à laquelle le contrat prend fin et des effets de la résiliation.
- en cas de résiliation du contrat d'assurance de groupe par l'organisme assureur ou l'association. Toutefois, lors d'une résiliation à l'initiative de l'organisme assureur, ce dernier s'engage à maintenir des garanties équivalentes aux adhérents ayant au moins 2 ans d'ancienneté, et qui en font la demande ;
- en cas d'exercice de la faculté de renonciation.

Et en tous les cas :
- la garantie Décès cesse au 31 décembre de l'année du 65e anniversaire de l'adhérent sauf s'il conserve sa garantie au-delà (au maximum jusqu'au 31 décembre de l'année de son 70e anniversaire),
- la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie cesse au 31 décembre de l'année du 65e anniversaire de l'adhérent,
- la garantie de revenu en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail et en cas d'Invalidité Permanente cesse lorsque l'adhérent atteint l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension de retraite, ou se trouve en pré-retraite, et au plus tard au 31 décembre de l'année de son 65e anniversaire (sauf en cas de souscription de la garantie relais Incapacité Temporaire Totale de Travail pour les adhérents continuant leur activité professionnelle après 65 ans, qui prend fin au 31 décembre de l'année de leur 67e anniversaire).

Conformément à la loi Evin, l'organisme assureur, pendant les 2 premières années d'adhésion, peut mettre fin aux garanties à l'échéance anniversaire de l'adhésion, sous réserve de le notifier à l'adhérent 2 mois avant la date de la résiliation, par lettre recommandée à son dernier domicile connu.

7•COTISATIONS

7•1 MONTANT DES COTISATIONS

Le montant de la cotisation est fonction :
- du ou des pack(s) de garanties souscrit(s),
- de la franchise choisie,
- de l'âge de l'adhérent lors de l'adhésion,
- de l'état de santé de l'adhérent lors de l'adhésion initiale, lors d'une demande de modification des garanties à la hausse, ou lors d'une souscription d'une garantie relais.

Aux montants des cotisations correspondantes aux garanties souscrites s'ajoutent :
- la cotisation d'Association de 1 € par mois ;
- le droit d'entrée à l'Association de 11 € pour la constitution du dossier (cette somme est perçue une seule fois pour toute la durée de l'adhésion et n'est pas due pour les personnes déjà adhérentes à l'Association).

7•2 ÉVOLUTION ANNUELLE DES COTISATIONS

Les cotisations augmentent au 1er janvier de chaque année de 5 %.

7•3 MODIFICATION DU TARIF EN FONCTION DES RÉSULTATS DU CONTRAT

En cas de déséquilibre technique du contrat, l'assureur, en accord avec l'Association, a la possibilité d'augmenter les cotisations au-delà de l'évolution annuelle prévue au §7•2. Dans ce cas, Alptis Assurances informe les adhérents, qui disposent individuellement d'un délai de trente jours pour résilier leur adhésion à compter de la réception de l'information. Passé ce délai, l'adhérent accepte implicitement l'augmentation des cotisations.
Les augmentations tarifaires seront différenciées en fonction des résultats du groupe assuré, qui est composé d'adhérents présentant des caractéristiques communes : année d'adhésion, garanties souscrites.

7•4 PAIEMENT DES COTISATIONS

Les cotisations sont payables d'avance annuellement, avec possibilité de fractionnement par semestre, trimestre ou mois, au choix de l'adhérent.
Conformément au Code des assurances, à défaut de paiement d'une cotisation, ou d'une fraction de cotisation dans les dix jours de son échéance, la garantie sera suspendue trente jours après la mise en demeure de l'adhérent. L'organisme assureur a le droit de résilier l'adhésion dix jours après l'expiration de ce délai de trente jours.
Néanmoins, la totalité des cotisations de l'année en cours sera exigée, majorée des frais de poursuite et de recouvrement.
Toute maladie ou accident, et leurs conséquences, survenus pendant une période de suspension sont définitivement exclus.

7•5 EXONÉRATION DES COTISATIONS EN CAS D'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL OU D'INVALIDITÉ PERMANENTE

Les cotisations de l'ensemble des garanties souscrites ne sont plus dues lorsque l'assuré perçoit une indemnisation au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail ou de la garantie Invalidité Permanente totale du présent contrat.
L'exonération du paiement des cotisations commence le 1er jour qui suit le délai de franchise choisi mentionné dans le certificat d'adhésion, et au plus tôt au 91e jour d'Incapacité Temporaire Totale de Travail.
En cas d'Invalidité Permanente partielle, l'exonération des cotisations n'est pas accordée.

8•MODALITÉS DE PAIEMENT DES PRESTATIONS

8•1 FORMALITÉS À ACCOMPLIR

8•1•1 En cas de décès

La déclaration du décès doit être faite dans les plus brefs délais.
Les capitaux sont réglés après réception par Alptis Assurances et étude du Médecin conseil, des pièces justificatives suivantes :
- bulletin de décès et copie du livret de famille mentionnant la date de naissance et la date du décès de l'adhérent,
- toute pièce permettant de justifier la qualité du bénéficiaire,
- la déclaration de décès fournie par Alptis Assurances et complétée par le médecin traitant de l'adhérent,
- l'original du certificat d'adhésion.

8•1•2 En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Un certificat médical détaillé précisant, notamment la nature de l'invalidité et la date de constatation médicale de la maladie ou de survenance de l'accident entraînant l'invalidité, ce certificat doit également attester du caractère définitif de l'invalidité ainsi que de la nécessité d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne.
La déclaration de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie doit être faite dans les plus brefs délais.

8•1•3 En cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail ou en cas d'Invalidité Permanente

Le délai de déclaration d'un arrêt de travail est de 5 jours maximum, sauf cas de force majeure.
Il convient de transmettre à Alptis Assurances, la déclaration d'Incapacité Temporaire Totale de Travail fournie par Alptis Assurances et complétée par l'adhérent et le certificat médical prescrivant l'arrêt de travail.
Par ailleurs, il convient de fournir :
- toutes les pièces justifiant de l'exercice effectif d'une activité professionnelle,
- la justification du statut de frontalier de l'adhérent.

L'assureur peut demander à tout moment, à ses frais et à son Médecin Conseil, de mener un examen médical ou un contrôle en vue du versement ou de la continuité de versement des prestations.
En cas de retard dans la déclaration d'Incapacité Temporaire Totale de Travail, sauf cas de force majeure, la période de franchise ne commence à courir qu'à partir de la date à laquelle l'arrêt de travail a été déclaré à Alptis Assurances.
Si le retard atteint trois mois, il exclut le versement des indemnités journalières prévues.

8•1•4 Dans tous les cas

Sous peine de perdre le droit aux prestations, l'adhérent devra se prêter à tout examen ou expertise des médecins mandatés par l'organisme assureur et fournir toutes pièces que celui-ci jugera nécessaire de lui demander.
Par ailleurs, l'adhérent doit autoriser l'accès à son domicile au délégué de l'organisme assureur tous les jours ouvrables entre 9 heures et 21 heures.
L'adhérent est tenu de rester à son domicile, en dehors des heures de sortie prévues par son médecin traitant. À défaut, il peut être déchu de tout droit à prestations.

8•2 PAIEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES

L'indemnité journalière prévue est versée mensuellement, à terme échu.
Elle prend fin :
- **lorsque l'Incapacité Temporaire Totale de Travail cesse,**
- **au plus tard au 1095e jour d'Incapacité Temporaire Totale de Travail, toutefois, pour les adhérents de plus de 65 ans ayant souscrit à la garantie relais décrite au §3•4•2, elle prend fin après 365 jours d'indemnisation d'Incapacité Temporaire Totale de Travail,**
- **à la date de reconnaissance de l'Invalidité Permanente,**
- **en cas de refus de l'adhérent de se soumettre à un contrôle médical, ou en cas d'absence injustifiée au domicile,**
- **lorsque l'adhérent fait valoir ses droits à la retraite et au plus tard au 31 décembre de l'année de son 65e anniversaire (ou 31 décembre de l'année de son 67e anniversaire en cas d'adhésion à la garantie relais décrite au §3•4•2).**

8•3 PAIEMENT DE LA RENTE D'INVALIDITÉ

La rente invalidité prévue est versée trimestriellement, à terme échu.

Service de la rente d'invalidité :
La rente d'invalidité est servie dès la date de reconnaissance de l'invalidité par le Médecin Conseil de l'assureur et au plus tôt à partir de la fin du délai de franchise de la garantie Incapacité Temporaire Totale de Travail.
L'indemnisation se fait en France Métropolitaine, et en euros.
Elle cesse :
- à la fin de l'état d'Invalidité Permanente,
- lorsque l'adhérent fait valoir ses droits à la retraite et au plus tard au 31 décembre de l'année de son 65e anniversaire.

Elle prend fin :
- lorsque le taux d'invalidité "N" devient inférieur à 33 %,
- en cas de refus de l'adhérent de se soumettre à un contrôle médical ou en cas d'absence injustifiée au domicile.

8•4 REVALORISATION DES PRESTATIONS

Les rentes versées en cas d'Invalidité Permanente et les indemnités journalières versées en cas d'Incapacité Temporaire Totale de Travail sont revalorisées en fonction des réserves disponibles dans le fonds de revalorisation défini dans le compte de résultats. La revalorisation est effectuée à chaque 1er janvier dès lors que les prestations sont servies depuis au moins un an. Elle est limitée au maximum à l'évolution du point de retraite des cadres AGIRC-ARRCO, constatée le 1er janvier de l'année N-1 par rapport au 1er janvier de l'année N-2.

8•5 ÉVOLUTION DU CAPITAL GARANTI APRÈS LE DÉCÈS DE L'ASSURÉ

Dans les conditions fixées par les articles L. 132-5 et R. 132-3-1 du Code des assurances, le capital décès garanti est revalorisé à compter du décès de l'assuré et jusqu'à la réception des pièces nécessaires au paiement mentionnées à l'article L.132-23-1 du Code des assurances ou, le cas échéant jusqu'au dépôt de ce capital à la Caisse des dépôts et consignations en application de l'article L.132-27-2 du Code des assurances.

8•6 LITIGES D'ORDRE MÉDICAL

En cas de contestation de l'assuré (ou du (des) bénéficiaire(s)), il convient de transmettre une attestation médicale contestant la décision du Médecin Conseil de l'Assureur. A réception de ce document, un troisième médecin, choisi d'un commun accord par les deux parties, sera désigné pour les départager, à frais partagés. Si l'assuré et l'Assureur ne parviennent pas à s'accorder sur la désignation du médecin expert, la désignation sera faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du lieu de domicile de l'assuré. Cette nomination est effectuée sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. En cas de désaccord sur les conclusions du rapport d'expertise amiable, les parties conservent le droit de recourir à la voie judiciaire.

9•DISPOSITIONS DIVERSES

9•1 PROTECTION DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Les informations recueillies par Alptis Assurances font l'objet d'un traitement aux fins de la passation, de la gestion et de l'exécution du contrat, ainsi que de l'adhésion à l'association, sur la base de l'exécution du contrat d'assurance. Des données de santé sont collectées aux fins de l'appréciation du risque ou de la mise en œuvre des garanties souscrites. Toutes ces informations sont nécessaires au traitement de votre dossier. Le défaut de fourniture des informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement de votre dossier. Ces informations peuvent également être traitées en vue du respect d'obligations légales, notamment en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme ou de l'intérêt légitime du responsable de traitement, notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude. Il est précisé qu'une fraude avérée pourra conduire à l'inscription sur une liste de personnes présentant un risque de fraude et que cette inscription pourra bloquer toute entrée en relation contractuelle avec l'assureur pendant cinq ans. Enfin, les données personnelles collectées sont susceptibles d'être utilisées à des fins statistiques, commerciales, de reporting, d'amélioration des services proposés ou de profilage, sur la base des intérêts légitimes du responsable de traitement. Elles seront conservées pour des durées qui varient en fonction des finalités susvisées, et au maximum pendant la durée de la relation contractuelle, à laquelle s'ajoutent les durées de prescription légale en vigueur.
Les destinataires des données sont, suivant les finalités et dans la limite de leurs attributions : les services compétents d'Alptis Assurances (y compris le Médecin-Conseil), l'association souscriptrice, l'organisme assureur et, le cas échéant, les réassureurs, les fonds de garantie, votre intermédiaire en assurances, ainsi que les tiers habilités appelés à connaître le contrat en raison de sa gestion. Alptis Assurances, l'association souscriptrice et l'organisme assureur prennent toutes les précautions propres à assurer la sécurité et la confidentialité des données personnelles collectées.
Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 et à la loi "Informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, toute personne concernée dispose d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité des données la concernant ainsi que du droit de demander la limitation du traitement ou de s'y opposer pour un motif légitime. En outre, toute personne concernée a la possibilité de définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de ses données personnelles applicables après son décès.
Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant à : Alptis Assurances, 25 cours Albert Thomas, 69445 Lyon cedex 03 ou contact-cnil@alptis.fr. Alptis Assurances se chargera de traiter les demandes en se rapprochant, le cas échéant, des destinataires concernés. En cas de désaccord persistant, toute personne concernée peut introduire une réclamation auprès de la CNIL à l'adresse suivante : Commission Nationale Informatique et Libertés, 3 place de Fontenoy, 75007 Paris.
Pour plus d'informations, vous pouvez consulter notre Charte de protection des données à caractère personnel sur http://www.alptis.org.

9•2 AUTORITÉ CHARGÉE DU CONTRÔLE

L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09, est chargée du contrôle de Swiss Life Prévoyance et Santé et d'Alptis Assurances.

9•3 FONDS DE GARANTIE

Il existe un fonds de garantie des assurés contre la défaillance des sociétés d'assurance de personnes instauré par le loi n° 99-532 du 25 juillet 1999 (article L.423-1 du Code des assurances).

9•4 PRESCRIPTION

La prescription est l'extinction d'un droit après un délai prévu par la loi. Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites dans les délais et termes des articles suivants du Code des Assurances.

Article L. 114-1 du Code des assurances :
"Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Par exception, les actions dérivant d'un contrat d'assurance relatives à des dommages résultant de mouvements de terrain consécutifs à la sécheresse-réhydratation des sols, reconnus comme une catastrophe naturelle dans les conditions prévues à l'article L. 125-1, sont prescrites par cinq ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :
1° En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance ;
2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.
Quand l'action de l'Assuré contre l'Assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Assuré ou a été indemnisé par ce dernier.
La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le Bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les Bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.
Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du Bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'Assuré."

Article L. 192-1 du Code des assurances :
"Le délai prévu à l'article L. 114-1, alinéa 1er, est porté à cinq ans en matière d'assurance sur la vie" pour les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle :
- **lorsque l'adhérent personne physique y a sa résidence principale ;**
- **ou lorsque l'adhérent personne morale y a son établissement auquel le contrat se rapporte.**

Article L. 114-2 du Code des assurances :
"La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription* et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressée par l'Assureur à l'Assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'Assuré à l'Assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité."

***Causes ordinaires d'interruption de la prescription pour les organismes relevant du Code des assurances.**
En application de ces dispositions, constituent des causes ordinaires d'interruption de la prescription :
- la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait en l'espèce, par exemple, la reconnaissance de l'organisme assureur du droit de la garantie contestée (article 2240 du Code civil),
- l'exercice d'une action en justice, même en référé, y compris lorsque l'action est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (article 2241 du Code civil),
- une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée [commandement de payer, saisie... (article 2244 du Code civil)],
- l'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait.
  À noter que l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier, n'interrompt le délai de prescription que pour la part de cet héritier (article 2245 du Code civil),
- l'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance pour les cas de prescription applicables aux cautions (article 2246 du Code civil).

La prescription est également interrompue en cas de saisine du médiateur.

9•5 SANCTION EN CAS DE FAUSSE DECLARATION

Pour les déclarations à faire à la souscription du contrat, et éventuellement celles devant être faites en cours de contrat, l'assuré est prévenu que toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte, même si elle a été sans influence sur le sinistre, entraîne l'application, suivant le cas, des articles L. 113-8 (nullité de l'adhésion) ou L. 113-9 (réduction des indemnités) du Code des assurances.

9•6 SUBROGATION

L'assureur se substitue à l'assuré aux fins de poursuite de tout responsable d'un sinistre. Cette subrogation intervient à concurrence des prestations qu'il a versées.

9•7 EXAMEN DES RÉCLAMATIONS - MÉDIATION

En cas de difficulté dans l'application du contrat, l'adhérent, les bénéficiaires, les mandataires ou les ayants droit peuvent adresser une réclamation à Alptis Assurances, au travers de l'un des canaux de contacts suivants :
- dépôt d'un formulaire de réclamation en ligne, au sein de son espace personnel sécurisé (Espace adhérent), accessible à l'adresse suivante : https://www.alptis.org/assurance/espace-adherent/ ;
- courrier adressé au Service Client d'Alptis Assurances - 25 cours Albert Thomas - 69003 LYON, en précisant son numéro d'adhérent.

Alptis Assurances accusera réception de la réclamation dans un délai maximum de 10 (dix) jours ouvrables suivant la date d'envoi de la réclamation écrite (sauf si une réponse a pu être apportée à l'intéressé au cours de ce délai) et, en tout état de cause, apportera une réponse à la réclamation dans un délai maximum de 2 (deux) mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite.
Lorsqu'aucune solution à un litige n'a pu être trouvée ou si Alptis Assurances n'a pas répondu dans le délai de 2 (deux) mois à compter de l'envoi de la première réclamation écrite, l'adhérent, les bénéficiaires, les mandataires ou les ayants droit ont la possibilité de saisir le Médiateur dans un délai maximal d'1 (un) an après l'envoi de la première réclamation écrite auprès de nos services, quel que soit l'interlocuteur ou le service auprès duquel elle a été formulée et qu'il y ait été ou non répondu. Les coordonnées du Médiateur lui seront transmises par les services d'Alptis Assurances.
Le Médiateur ne pourra examiner la demande que si aucune action judiciaire n'a été engagée. Après avoir instruit le dossier, il rend un avis motivé dans les 3 (trois) mois qui ne lie pas les parties.
Il est rappelé que l'adhérent, les bénéficiaires, les mandataires ou les ayants droit ont la possibilité de soumettre tout litige auprès du tribunal compétent. Les modalités de traitement des réclamations sont disponibles sur le site Internet d'Alptis Assurances, à l'adresse www.alptis.org (rubrique "Tous mes contacts / Faire une réclamation").

Alptis
Prévoyance & Santé

Mes notes

Alptis Assurances
Intermédiaire en assurance
Société par Actions Simplifiée au capital de 10 000 000 € - 25 cours Albert Thomas 69003 Lyon - RCS de LYON n° 335 244 489 - N° TVA intracommunautaire : FR37335244489 - N° ORIAS : 07 005 850 - www.orias.fr - IDU EMBPG : FR341758_01CWQT - Assurance de Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière conformes au Code des Assurances - Tél : 04 72 36 16 16

Swisslife Prévoyance et Santé
Siège social : 7 rue Belgrand 92300 Levallois-Perret - soumise aux dispositions du Code des assurances - SA au capital de 150 000 000 € - 322 215 021 RCS Nanterre

Notice PREV FRONT - 08/2025