

**NOTICE D'INFORMATION
CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIF
A ADHESION FACULTATIVE N°2235
Garantie « Capital Equipement Autonomie et Sport
sur Ordonnance »**

Le contrat d'assurance collectif à adhésion facultative n°2236 « **Capital Equipement Autonomie et Sport sur Ordonnance** » est souscrit par l'Association APST (ci-après dénommée « Souscripteur » ou « Association ») pour le compte de ses adhérents, auprès de ACHEEL (ci-après dénommé « Assureur » ou « ACHEEL »), par l'intermédiaire de ActuData SAS inscrit au registre des intermédiaires en assurances sous le numéro 16 006 094 (www.orias.fr).

Le Contrat « **Capital Equipement Autonomie et Sport sur Ordonnance** » est composé de la présente Notice d'Information et du Certificat d'adhésion qui vous est remis à la suite de votre adhésion.

Le Contrat relève des branches (1) Accident et (2) Maladie définies à l'article R. 321-1 du Code des assurances. Il est régi par le Code des assurances et les dispositions législatives et réglementaires en vigueur. Les Tribunaux français sont compétents.

La présente Notice d'Information décrit les règles générales de fonctionnement de votre Contrat ainsi que le détail des garanties et des exclusions.

Informations légales et rôles des parties prenantes

L'Association APST

Association pour la Prévoyance et la Santé pour Tous «APST» - Association régie par la loi du 1er juillet 1901 et le décret du 16 août 1901, en cours d'enregistrement au Registre National des Associations, dont le siège social est 61 rue de Lyon 75012 Paris

Souscripteur du contrat d'assurance collectif à adhésion facultative

ACHEEL

Société Anonyme au capital de 46.812,48 euros, Entreprise d'assurance régie par le Code des assurances et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ayant son siège social : 128 rue La Boétie - 75008 Paris) - immatriculée au Registre du Commerce et des Sociétés de Paris sous le numéro 879 605 350 RCS Paris.

Assureur des garanties d'Assurance Maladie et Accident offertes aux adhérents et à leurs ayants droit ainsi que pour l'exécution des engagements nés ou à naître relevant des branches 1, 2

ACTUDATA

SAS du courtage au capital de 20 000€. Siège social 205 Avenue Georges Clémenceau 92000 Nanterre. RCS de Pontoise n°812 893 295. N° ORIAS : 16006094 (www.orias.fr) - Responsabilité Civile Professionnelle et Garantie Financière (articles L512-6 et L 512-7 du Code des assurances) • sous le contrôle de l'ACPR, 4 Place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris

Cedex 09 (<https://acpr.banque-france.fr/>) • Exerce son activité selon les dispositions de l'article L. 521-2, II, b du Code des assurances.

Courtier distributeur et gestionnaire des garanties

Tout changement des prestations et/ou des cotisations du contrat collectif à adhésion facultative fera l'objet d'un avenant qui sera porté à la connaissance de chaque adhérent (L.141-4 du code des assurances) via l'émission d'une nouvelle notice ou via l'échéancier annuel.

TITRE I – GARANTIES CAPITAL EQUIPEMENT AUTONOMIE

ARTICLE 1.1 : OBJET

La garantie «Capital Equipement Autonomie» a pour objet de faire bénéficier à l'Assuré du versement du capital garanti en cas de Dépendance totale consécutif à un Accident ou à une Maladie, survenant postérieurement à la date d'effet de la garantie et pendant la période de validité du Contrat.

Le capital souscrit est doublé lors du versement si la Dépendance totale est causée par un Accident.

ARTICLE 1.2 : DÉFINITIONS

Accident : Événement soudain provenant d'une action soudaine et inattendue d'une cause extérieure à l'Assuré, non intentionnel de sa part et générateur d'une atteinte corporelle.

Ne sont notamment pas considérés comme des accidents, les maladies chroniques ou aiguës telles que l'apoplexie, l'infarctus du myocarde, les ruptures d'anévrisme, l'épilepsie et les accidents vasculaires cérébraux ischémiques ou hémorragiques ainsi que les dommages résultant d'un traitement médical ou chirurgical ou de conséquences d'examens médicaux.

Actes de la vie quotidienne :

1. Se laver : l'Assuré est considéré dans l'impossibilité de se laver lorsque, en dépit des possibilités d'adaptation des sanitaires (lavo-bo, douche ou baignoire), il dépend entièrement de l'assistance d'une Tierce personne pour se laver tant le haut que le bas du corps.

2. S'habiller : l'Assuré est considéré dans l'impossibilité de s'habiller lorsqu'il dépend entièrement de l'assistance d'une Tierce personne pour mettre ou enlever les vêtements qu'il porte habituellement, le cas échéant adaptés à son Handicap ; si l'Assuré a besoin d'aide uniquement pour enfiler ou enlever ses bas, chaussettes ou chaussures, ou encore pour attacher ou détacher ses vêtements, il n'est pas considéré dans l'incapacité totale de s'habiller.

3. Se déplacer : l'Assuré est considéré dans l'impossibilité de se déplacer lorsque, en dépit du recours à des appareils auxiliaires (cannes, béquilles, déambulateur, fauteuil roulant ou appareillages orthopédiques spécialisés), il dépend entièrement de l'assistance d'une Tierce personne pour se déplacer à l'intérieur de son logement sur une surface plane.

4. S'alimenter : l'Assuré est considéré dans l'impossibilité de s'alimenter lorsqu'il dépend entièrement de l'Assistance d'une Tierce personne pour porter à la bouche les aliments et la boisson préalablement préparés et servis ; si l'Assuré a besoin d'aide uniquement pour couper la nourriture ou se servir, il n'est pas considéré dans l'incapacité totale de s'alimenter.

5. Transfert lit/fauteuil : l'Assuré est considéré dans l'impossibilité de réaliser un transfert lit/fauteuil lorsqu'il dépend entièrement de l'Assistance d'une Tierce personne pour se déplacer d'un lit à une chaise ou un fauteuil, ou inversement.

Assuré : Personne physique résidant en France métropolitaine ayant adhéré au Contrat et dont le nom est mentionné au Certificat d'adhésion. Il remplit les conditions d'adhésion énoncées par le Contrat et est couvert à ce titre pour les garanties objet de la présente Notice d'information. L'Assuré est le bénéficiaire des garanties couvertes par le Contrat.

Certificat d'adhésion : Certificat émis par ACTUDATA confirmant l'adhésion au Contrat, les nom et prénom de l'Assuré, le montant du capital garanti.

Délai de carence : Période commençant à la date d'effet de l'adhésion et pendant laquelle l'Assuré ne bénéficie pas de la garantie « Capital Equipement Autonomie».

Dépendance totale : Est reconnu en état de Dépendance totale l'Assuré dont l'état de santé est consolidé, permanent et irréversible, et qui satisfait aux deux (2) conditions cumulatives suivantes :

- Etre dans l'impossibilité permanente physique ou psychique, médicalement constatée, d'effectuer, sans l'assistance d'une Tierce personne, au moins 4 des 5 actes de la vie quotidienne (se laver, s'habiller, se déplacer, s'alimenter, transfert Lit/Fauteuil) et
- Etre reconnu par le médecin de l'Assureur comme répondant aux critères ci-dessus.

Maladie : Toute altération de l'état de santé constatée par une autorité médicale habilitée et qualifiée, non consécutive à un Accident.

Tierce personne : Toute personne autre que l'Assuré. Il peut s'agir d'un membre du personnel paramédical, d'un parent, d'un ami... L'aide d'une Tierce personne peut être dispensée dans un établissement public, privé ou à domicile et ne comprend pas les simples interventions de type aide-ménagère comme les courses ou le ménage.

ARTICLE 1.3 : GARANTIES SOUSCRITES

Garantie Capital Autonomie (en cas de Dépendance totale) : le montant du capital garanti conformément à l'article 1er de la présente Notice est fonction du choix effectué par l'Assuré lors de l'adhésion, parmi les montants suivants : de 2.000 à 15.000€ par tranche de 500€.

En cas de Dépendance totale causé par un Accident, le capital souscrit est doublé lors de son versement.

ARTICLE 1.4 : CONDITIONS ET MODALITES D'ADHESION

1.4.1. Conditions d'adhésion

Peuvent adhérer au Contrat les Assurés âgés de dix-huit (18) ans à soixante-quinze (75) ans inclus à la date du bulletin d'adhésion.

L'Assuré doit être résident, fiscalement et de façon permanente, en France Métropolitaine (y compris Corse, DROM-COM).

Un déménagement en dehors de la France (y compris DROM-COM) met fin à la couverture et à la présente adhésion.

L'Assuré déclare, à la date d'adhésion :

- **ne pas avoir besoin d'une Tierce personne pour effectuer un ou plusieurs des actes suivants : se laver, s'habiller, s'alimenter, se déplacer,**
- **ne pas être sous tutelle ou sous curatelle,**
- **ne pas recevoir, ni avoir fait de demande de prestation au titre de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ou être en attente d'une demande de prestations d'APA.**

Indépendamment des causes ordinaires de nullité et sous réserve des dispositions de l'article L. 113-8 du code des assurances, le Contrat est nul, en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'Assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration intentionnelle change l'objet du risque ou en diminue l'opinion par l'Assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur la réalisation du risque.

1.4.2. Modalités d'adhésion

L'adhésion au Contrat est matérialisée :

- soit par la signature manuscrite d'un bulletin d'adhésion ;
- soit par la signature électronique d'un bulletin d'adhésion ;
- soit dans le cadre d'une vente par téléphone, par l'enregistrement téléphonique de la conversation (sauf si la vente est consécutive à un appel sortant non-sollicité auprès d'une personne non déjà cliente, auquel cas le Contrat est matérialisé par la signature électronique ou manuscrite d'un bulletin d'adhésion lors d'un second appel).

Dans tous les cas, l'adhésion est confirmée par l'envoi d'un Certificat d'adhésion indiquant le montant du capital souscrit, la date d'effet du Contrat, le montant de la cotisation, la périodicité et le mode de paiement de celle-ci.

En cas de contestation, les enregistrements informatiques ou vocaux, ou leur reproduction sur un support informatique ou papier, constitueront la preuve de la réception par l'Assuré des informations portées à sa connaissance par ActuData et l'assureur, ainsi que la preuve de son consentement à la réalisation de l'opération.

Par conséquent, les enregistrements informatiques ou vocaux, ou leur reproduction sur un support informatique ou papier, pourront être utilisés dans le cadre de toute procédure judiciaire ou autre et seront, bien entendu, opposables entre les Parties.

Les informations et documents contractuels peuvent être transmis à l'Assuré sur un support durable autre que le papier. Sauf à ce que le service fourni soit de nature exclusivement électronique, l'Assuré peut s'opposer à l'utilisation de ce support dès l'entrée en relation ou à n'importe quel moment.

ARTICLE 1.5 : PRISE D'EFFET ET DUREE DU CONTRAT

1.5.1. Prise d'effet de l'adhésion

En cas d'adhésion par la signature manuscrite d'un bulletin d'adhésion, la date d'effet du Contrat est fixée au plus tôt à la date de réception dudit bulletin par ActuData, sous réserve du paiement de la première cotisation.

En cas d'adhésion par la signature électronique d'un bulletin d'adhésion, la date d'effet du Contrat est fixée au plus tôt à la date de signature dudit bulletin, sous réserve du paiement de la première cotisation.

En cas d'adhésion dans le cadre d'une vente par téléphone, la date d'effet du Contrat est fixée au plus tôt sept (7) jours ouvrés après la date de l'adhésion téléphonique, sous réserve du paiement de la première cotisation.

En tout état de cause, la date d'effet du Contrat est mentionnée sur le

Certificat d'adhésion.

Le Certificat d'adhésion, transmis par ActuData à l'Assuré, est accompagné de la présente Notice d'information, de la Fiche Informations et Conseil et du Document d'Information sur le Produit d'Assurance.

1.5.2. Prise d'effet des garanties

Les garanties sont ouvertes à la date de prise d'effet de l'adhésion, sous réserve du Délai de carence.

1.5.3. Délai de carence

Aucun Délai de carence n'est appliqué pour tout sinistre consécutif à un Accident.

Un Délai de carence de 24 mois à compter de la date d'effet de l'adhésion au contrat, telle qu'indiquée dans le certificat d'adhésion, est appliqué en cas sinistre consécutif à une Maladie.

Un état de Dépendance totale consécutif à une Maladie, constaté médicalement pendant le Délai de carence, n'ouvre pas le bénéfice de la garantie et entraîne la résiliation du contrat. Les cotisations éventuellement perçues sont remboursées.

1.5.4. Renonciation

L'Assuré dispose d'un délai de renonciation de quatorze (14) jours calendaires à compter de la date d'effet de l'adhésion (ou, en cas de vente à distance, à compter du jour où l'Assuré reçoit les conditions d'adhésion et les informations mentionnées au III de l'article L. 112-2-1 du code des assurances, si cette dernière date est postérieure à celle où le Contrat est entré en vigueur).

Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre (24) heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

En cas de renonciation, l'Assuré ne peut être tenu qu'au paiement de la partie de cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, cette période étant calculée jusqu'à la date de fin d'adhésion.

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à ActuData - TSA 86933 95144 Groslay Cedex.

Elle peut être faite selon le modèle de lettre de renonciation ci-après :

« Je soussigné(e) M/Mme (Nom, prénom, adresse), déclare renoncer au Contrat « **Capital Equipement Autonomie et Sport sur Ordonnance** » que j'ai souscrit le

Je vous serais obligé(e) de bien vouloir procéder au remboursement des sommes versées lors de ma souscription, dans un délai maximum de trente (30) jours calendaires révolus à compter de la date de réception de ma lettre recommandée.

Fait à Le / /

Signature ».

L'assureur, par l'intermédiaire d'ActuData SAS, procède alors au remboursement des cotisations versées dans un délai de trente (30) jours calendaires à compter de la date de réception de la notification dans les conditions visées par l'article L. 113-14 du Code des assurances. Des intérêts légaux courent de plein droit à l'expiration de ce délai.

Pour toute précision relative au droit de renonciation, vous pouvez contacter ActuData SAS aux coordonnées figurant au 3.8.1..

Si la première cotisation mensuelle a été perçue, elle vous sera remboursée au plus tard dans un délai de 30 jours à compter de la réception de cette notification. Si vous avez demandé que votre contrat commence à être exécuté avant l'expiration du délai de renonciation, l'Assureur sera alors en droit de conserver une fraction de la cotisation correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru.

1.5.5. Durée de l'adhésion

Sous réserve des cas de résiliation visés à l'article 3.9, l'adhésion au Contrat dure douze (12) mois et se renouvelle ensuite d'année en année à la date d'anniversaire de l'adhésion par tacite reconduction dérogatoire à l'article 1215 du Code Civil.

La première date anniversaire est un (1) an après le jour de la prise d'effet de l'adhésion, la deuxième date anniversaire est deux (2) ans après l'adhésion, etc.

ARTICLE 1.6 : CONDITIONS DE VERSEMENT DES PRESTATIONS

1.6.1. Garantie Dépendance totale.

Sous réserve de l'application du Délai de carence mentionné à l'article 2 en cas de Maladie, en cas de survenance de Dépendance totale avérée de l'Assuré pendant la période de garantie, l'Assureur règle à l'Assuré, ou à son représentant légal, le capital souscrit.

Le capital garanti est dû à la date de survenance de la Dépendance totale attestée par l'autorité médicale compétente et reconnue par l'Assureur, à condition que l'Assuré soit en vie (présentation sur demande de l'Assureur ou ActuData, d'un certificat de vie) à cette date et qu'il ait fourni l'ensemble des documents requis au traitement de la demande.

La date de survenance de la Dépendance totale prise pour l'application de la police sera déterminée par le Médecin Conseil de la l'Assureur, sur la base des documents médicaux en sa possession.

1.6.2. Déclaration de sinistre

En cas de survenance d'un état de Dépendance totale couvert par le Contrat, il appartient à l'Assuré ou, le cas échéant, à son représentant légal, d'informer ActuData dans un délai raisonnable, en déclarant le sinistre par téléphone, courrier ou courrier électronique aux coordonnées figurant au 3.8.1.

A la suite de cette déclaration il conviendra d'adresser le dossier de sinistre sous pli confidentiel à l'attention du Médecin conseil de l'Assureur à l'adresse suivante 128 rue la boétie, 75008 Paris.

Il est rappelé que les cotisations restent dues tant que le Médecin conseil de l'assureur n'a pas reconnu l'état de Dépendance totale de l'Assuré.

La déchéance pour déclaration tardive ne pourra être opposée au Bénéficiaire que si l'Assureur établit que le retard dans la déclaration lui a causé un préjudice.

1.6.3. Pièces à fournir en cas de Dépendance totale

Le dossier de sinistre doit comporter :

- un certificat médical du médecin traitant ou hospitalier, exposant l'état de Dépendance totale de l'Assuré et sa date de survenance, en précisant l'origine accidentelle ou pathologique, la date de début de la ou des affections, leur(s) nature(s), l'état clinique actuel de l'Assuré, le caractère définitif de la Dépendance, ainsi que l'obtention définitive de la Tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie.
- Ce certificat sera à retourner, par l'Assuré, sous pli confidentiel à l'attention du médecin-conseil de l'assureur à l'adresse suivante 128 rue la boétie, 75008 Paris.
- le cas échéant, le procès-verbal de police ou de gendarmerie constatant l'Accident devra également être joint au dossier,
- tout autre document demandé par le contrôle médical lui permettant d'apprécier si la demande de prestation s'inscrit ou non dans le cadre de la garantie. De plus, L'Assuré pourra être sollicité par le médecin conseil pour fournir des informations médicales complémentaires si les éléments fournis paraissent insuffisants.

Le Médecin-Conseil aura toujours la possibilité de faire vérifier l'état de Dépendance totale de l'Assuré par le médecin de son choix et de faire pratiquer les examens médicaux qu'il jugera nécessaires. Ces examens et contrôles sont réalisés au frais de l'Assureur. L'Assuré qui refuserait de se soumettre au contrôle médical ou aux examens médicaux complémentaires demandés par le Médecin Conseil ne pourra pas bénéficier des prestations.

Par ailleurs il devra être fourni les éléments suivants : un RIB-IBAN du compte sur lequel doit être viré le capital garanti ou tout autre document demandé par ActuData.

En cas de changement de situation, notamment de compte bancaire, en cours d'exécution du présent contrat, il appartient à l'Assuré d'en aviser sans délai ActuData aux coordonnées figurant au 3.8.1.

ARTICLE 1.7 : CONTROLE MEDICAL ET ARBITRAGE

1.7.1. Contrôle médical

Les décisions de reconnaissance d'un état d'invalidité prises par tout organisme dont dépend l'Assuré, ou par son médecin-traitant, ne s'imposent pas à l'Assureur..

Cette dernière se réserve le droit de faire apprécier la réalisation du risque d'invalidité ainsi que son niveau et son caractère définitif par tout médecin-expert de son choix qui évaluera l'état de santé de l'Assuré.

Les frais engagés pour l'expertise médicale sont à la charge de l'Assureur.

Si l'Assuré est en désaccord avec les conclusions de l'expertise médicale initiale, il peut avoir recours à un autre médecin-expert, dont le choix devra être validé par l'Assureur, et qui procédera à une contre-expertise.

Les frais occasionnés par cette contre-expertise sont à la charge de l'Assuré.

1.7.2. Arbitrage

En cas de désaccord entre les conclusions des deux médecins-experts, la Partie la plus diligente entre l'Assuré et l'Assureur peut demander une tierce-expertise.

Les deux médecins-experts s'adjoignent à cet effet un tiers expert.

Faute d'entente sur le choix de ce tiers expert, ce dernier sera désigné par le Tribunal Judiciaire du domicile de l'Assuré.

Chaque partie paie les honoraires de son médecin-expert et ceux du tiers expert sont supportés pour moitié par chacune des Parties.

Les conclusions du tiers expert s'imposent aux parties et mettent un terme à la procédure d'arbitrage. En tout état de cause, l'Assuré et l'Assureur conservent la faculté d'exercer un recours en justice.

ARTICLE 1.8 : EXCLUSIONS

DANS TOUS LES CAS, LES SUITES ET CONSEQUENCES D'UN ETAT DE DEPENDANCE TOTALE, OU D'UNE HOSPITALISATION, DECLARE OU SURVENU AVANT LA DATE D'EFFET DU CONTRAT, SONT EXCLUES DE LA GARANTIE.

LA GARANTIE NE COUVRE PAS :

- LA DEPENDANCE PARTIELLE

LA GARANTIE NE COUVRE PAS L'ETAT DE DEPENDANCE TOTALE, OU ET LES HOSPITALISATIONS DUS AUX CONSEQUENCES :

- **D'ACCIDENTS SURVENUS AVANT LA DATE D'EFFET DE L'ADHESION**
- **DE LA TENTATIVE DE SUICIDE,**
- **D'UNE FAUTE INTENTIONNELLE OU DOLOSIVE DE L'ASSURE**
- **DE COMPETITIONS SPORTIVES (ENTRAIEMENTS ET EPREUVES) A TITRE PROFESSIONNEL,**
- **D'ACCIDENT, DE BLESSURE, DE MALADIE OU DE MUTILATION RESULTANT DE FAITS INTENTIONNELS DE L'ASSURE,**
- **DE L'USAGE DE STUPEFIANTS OU DE PRODUITS MEDICAMENTEUX OU PHARMACEUTIQUES NON PRESCRITS PAR UNE AUTORITE MEDICALE COMPETENTE,**
- **DE CONSEQUENCES DE L'ETAT D'IVRESSE, D'ETHYLISME OU D'ALCOOLISME (TAUX CONSTATE EGAL OU EXCEDANT LE TAUX PREVU PAR LA REGLEMENTATION EN VIGUEUR LORS DU SINISTRE).**
- **D'INFRACTIONS AU CODE DE LA ROUTE,**
- **DE LA PARTICIPATION ACTIVE DE L'ASSURE A DES RIXES SAUF CAS DE LEGITIME DEFENSE, ASSISTANCE A PERSONNE EN DANGER OU D'ACCOMPLISSEMENT DU DEVOIR PROFESSIONNEL,**
- **D'UNE EXPLOSION ATOMIQUE OU DES EFFETS DIRECTS OU INDIRECTS DE LA RADIOACTIVITE,**
- **DE CONSEQUENCES DE LA MODIFICATION DE STRUCTURE DU NOYAU ATOMIQUE OU DE TOUTE AUTRE SOURCE DE RAYONNEMENTS IONISANTS,**
- **DE FAITS DE GUERRE CIVILES OU ETRANGERES, MOUVEMENTS POPULAIRES, D'EMEUTES, D'INSURRECTIONS, D'ATTENTATS, DETOURNEMENTS, PRISE D'OTAGES ET D'ACTE DE TERRORISME, QUELS QU'EN SOIT LE LIEU ET LES PROTAGONISTES.**

TITRE II – GARANTIE SPORT SUR ORDONNANCE

ARTICLE 2.1: OBJET DU CONTRAT

La garantie « Sport sur Ordonnance » est accessible à tous les assurés bénéficiant de la garantie « Indemnité Journalière suite à Hospitalisation » en cas d'entrée en affection de longue durée exonérante.

ARTICLE 2.2: GARANTIE SPORT SUR ORDONNANCE

Définition de l'ALD

Une affection de Longue durée exonérante (c'est-à-dire pour laquelle le ticket modérateur est supprimé) est une maladie dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessite(nt) une thérapie particulièrement coûteuse ouvrant droit à la prise en charge à 100% pour les

soins liés à cette pathologie.

Les A.L.D. exonérantes sont inscrites sur une liste d'affections établie par décret.

Entrée en Affection de Longue Durée Exonérante :

L'assuré peut bénéficier de la garantie « Sport sur ordonnance » lorsqu'en raison de sa maladie il fait l'objet, par son régime primaire d'assurance maladie, d'une première notification d'entrée au régime des Affections de Longue Durée exonérante (inscrites sur la liste des ALD fixée par l'article D.322-1 du Code de la Sécurité Sociale, l'antériorité de cette première notification ne devant pas être supérieure à un an).

Bénéfice de la garantie :

En cas d'entrée en affection de longue durée exonérante telle que décrite ci-dessus, l'Assureur permet à l'assuré de bénéficier d'un accompagnement et d'une prise en charge des frais d'accès à une activité physique et sportive adaptée et prescrite médicalement, dans les conditions suivantes :

- L'assuré bénéficie d'un Bilan personnalisé réalisé au cours d'un entretien téléphonique par les conseillers experts.
 - ◊ Présentation du dispositif (prise de contact et explication du parcours individualisé).
 - ◊ Historique médical (place de l'activité physique dans le parcours de soins).
 - ◊ Entretien motivationnel (évaluation des représentations, des besoins et des attentes).
 - ◊ Pratiques envisagées (mise en place d'objectifs et préparation à la prescription médicale).
- Après ce bilan, l'assuré est invité à se rendre (avec son bilan) chez son médecin traitant et/ou chez un médecin du réseau de l'assureur qui réalisera la prescription médicale.
- Au vu de la prescription médicale, l'Assureur orientera l'assuré vers un professionnel formé à l'Activité Physique Adaptée (titulaire à minima d'une licence STAPS APA), qui recevra l'assuré et établira un bilan de condition physique :
 - ◊ Prise de mesures (poids, taille, tour de taille, FC de repos).
 - ◊ Relevé des variables en lien avec la pathologie (glycémie, fatigue, anxiété, qualité de vie....).
 - ◊ Evaluation des capacités physiques (endurance, souplesse, force, équilibre).
 - ◊ Préconisations d'activités physiques (programmation progressive et personnalisée).
- Si le risque médical du patient est élevé et sa capacité physique faible, il lui sera proposé un programme d'activité et personnalisé conforme à la réglementation.
- Si le risque médical du patient est faible et sa capacité physique moyenne à élevée, il lui sera proposé une pratique régulière d'activité physique adaptée en structure sportive.
- L'assuré bénéficiera d'un suivi régulier de sa motivation et de son état de santé :
 - ◊ Proposition de plusieurs activités physiques et sportives.
 - ◊ Validation d'une ou plusieurs pratiques en APS (Médicosport-santé).
 - ◊ Evaluation de la motivation et du maintien des activités physiques.
 - ◊ Prise de contact régulier avec la structure et l'éducateur sportif.
 - ◊ Suivi de l'état de santé et du projet en activité physique.
- Après un an d'une pratique régulière d'activité physique, l'assuré bénéficie d'un deuxième bilan par un professionnel habilité.

Les bilans sont totalement gratuits.

Le programme d'activité physique adaptée et/ou l'inscription à une activité physique et sportive dans une structure labélisée sont pris en charge par l'Assureur dans la limite de 500 € TTC.

ARTICLE 2.3 : EXCLUSIONS

SONT EXPRESSEMENT EXCLUES DE LA GARANTIE :

- LES AFFECTIONS OU LIONS DE TOUTE NATURE QUI RESULTENT D'UNE MALADIE AUTRE QUE CELLES SPECIFIQUEMENT COUVERTES AU TITRE DES ALD GARANTIES PAR LE PRESENT CONTRAT;
- LES ALD DONT LA PREMIERE NOTIFICATION EST INTERVENUE DEPUIS PLUS DE 12 MOIS.

ARTICLE 2.4 : DEMARCHES A SUIVRE POUR BENEFICIER DE LA

GARANTIE

Entrée en A.L.D. garantie :

L'entrée en ALD doit être déclarée dans les meilleurs délais à l'Assureur par le biais d'un courrier à l'adresse postale : 128 rue la Boétie, 75008 Paris

Pièces à fournir pour bénéficier de la garantie :

Le bénéficiaire fournit à l'Assureur :

- La notification d'entrée en ALD,
- Le justificatif médical de la pathologie,
- L'ordonnance à l'origine de la prescription de la pratique sportive,
- Les factures acquittées.

TITRE III – CONDITIONS COMMUNES AUX DEUX GARANTIES

ARTICLE 3.1 : COTISATIONS

3.1.1. Montant des cotisations

Le montant de la cotisation due au titre du Contrat est celui figurant sur le Certificat d'adhésion. Il est calculé en fonction de l'âge de l'Assuré à la date d'adhésion, du niveau de capital choisi et des conditions tarifaires en vigueur à la date de l'adhésion.

Cette cotisation est fixée à la date d'adhésion de l'Assuré et n'augmente pas avec l'âge de l'Assuré.

Le montant de la cotisation est fixé en euros et intègre les taxes applicables au Contrat d'assurance.

La cotisation est appelée par ActuData.

Toute modification ultérieure des taxes applicables à un produit d'assurance sera répercutée, dans un sens comme dans l'autre, dès lors que la loi n'interdit pas la récupération du prélèvement par l'Assureur.

Tout mois commencé est dû.

3.1.2. Paiement des cotisations

Les cotisations sont payables mensuellement, par prélèvement automatique sur le compte à vue désigné à cet effet par l'Assuré dans les conditions définies au Certificat d'adhésion.

Par dérogation à ce qui précède, dans le cas d'une offre promotionnelle sur le Contrat, la première cotisation est prélevée à l'issue de la période promotionnelle qui suit la date de conclusion de l'adhésion, période pendant laquelle la cotisation n'est pas due par l'Assuré.

Le compte bancaire sur lequel seront prélevées les cotisations doit être ouvert au nom de l'Assuré et auprès d'un établissement bancaire situé dans l'Espace Unique de paiement en euros (ou SEPA)

3.1.3. Bonus de fidélité

Le capital garanti figurant sur le Certificat Individuel d'Adhésion de l'Assuré est augmenté comme suit en fonction de l'ancienneté d'adhésion de l'Assuré :

- Ancienneté de 5 à 9 ans : + 10%,
- Ancienneté de 10 à 14 ans : + 15%,
- Ancienneté de plus de 15 ans : + 20%.

3.1.4. Défaut de paiement des cotisations

Lorsqu'une cotisation n'est pas payée dans les dix (10) jours de son échéance, ActuData adressera à l'Assuré une mise en demeure en recommandé avec demande d'avis de réception par laquelle il l'informer que le défaut de paiement de la cotisation peut entraîner la résiliation de son adhésion et la cessation des garanties.

La résiliation et la cessation des garanties interviendront quarante (40) jours après l'envoi de la lettre recommandée précisant les conséquences du non-paiement, à moins que la cotisation n'ait été versée dans l'intervalle, conformément aux dispositions de l'article L. 113-3 du Code des assurances.

Lorsque la résiliation est la conséquence du non-paiement de ses cotisations, l'Assuré reste redevable de la part de cotisation due jusqu'à la date effective de résiliation.

ARTICLE 3.2 : INFORMATIQUE ET LIBERTES

Les informations recueillies sont exclusivement utilisées dans le cadre de la gestion du présent contrat.

L'assuré dispose des droits d'accès, de rectification, d'effacement et de portabilité de ses données à caractère personnel et des droits à la

limitation et d'opposition à leur traitement.
Il pourra exercer ce droit d'accès et de rectification en s'adressant :

à ActuData SAS, gestionnaire du contrat dont l'adresse est :

ACTUDATA SAS
SAS SERVICE TRAITEMENT PERSONNEL DES DONNEES
TSA 86933 95144 Groslay Cedex

à l'Assureur : dpo@acheel.com

ARTICLE 3.3 : PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

Le terme «Donnée personnelle», désigne toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable (ci-après dénommée «personne concernée»); est réputée être une «personne identifiable » une personne physique qui peut être identifiée, directement ou indirectement, notamment par référence à un identifiant, tel qu'un nom, un numéro d'identification, des données de localisation, un identifiant en ligne, ou à un ou plusieurs éléments spécifiques propres à son identité physique, physiologique, génétique, psychique, économique, culturelle ou sociale.

En tant que responsable de traitement, l'Assureur s'engage à collecter et à traiter toute Donnée personnelle en conformité avec la réglementation applicable en matière de Données personnelles en particulier le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des Données personnelles et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données) ainsi que la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

3.3.1 – Obligations de l'Assureur

Dans le cadre du Contrat, l'Assureur est amené à traiter des Données personnelles de santé protégées par le secret médical tel que défini à l'article L.226-13 du Code pénal. A ce titre, l'Assureur garantit à la personne concernée le strict respect du secret médical entourant ses Données personnelles et s'engage à prendre les mesures nécessaires, notamment de sécurité pour préserver l'intégrité et la confidentialité de ces données sensibles.

L'Assureur s'engage à ne pas transférer les Données personnelles hors de l'Union européenne.

Dans le cas où, l'Assureur devrait effectuer un tel transfert, il s'engage à mettre en place des garanties appropriées, conformément à la réglementation applicable en matière de protection des Données personnelles et en particulier à mettre en place des clauses contractuelles types adoptées par la Commission européenne, des règles d'entreprises contraignantes ou des Binding Corporate Rules (BCR).

3.3.2.– Sécurité des Données personnelles

L'Assureur s'engage à assurer la sécurité de l'ensemble des Données personnelles traitées dans le cadre de la réalisation du présent Contrat notamment contre toute destruction accidentelle et/ou illicite, contre toute altération, perte, diffusion ou accès non autorisé et plus généralement, contre toute autre forme de traitement illicite et/ou non autorisé.

A cet effet, l'Assureur prend toutes les mesures de sécurité requises pour assurer un niveau de sécurité conforme à la réglementation applicable en matière de Données personnelles.

L'Assureur respecte la confidentialité des Données personnelles et fait respecter la confidentialité des Données personnelles par les membres de son personnel. Elle habilite les membres de son personnel susceptibles d'accéder aux Données personnelles et gère ces habilitations.

L'Assureur s'engage et se porte fort, pour les membres de son personnel, permanent ou non permanent, ainsi que pour ses éventuels sous-traitants, à prendre toute disposition nécessaire pour faire respecter les présentes obligations.

3.3.3.– Droit des personnes concernées

L'Assureur satisfait aux demandes d'exercice des droits des Personnes concernées dans un délai maximum d'un mois conformément à la réglementation applicable en matière de Données personnelles. Il documente l'ensemble des demandes reçues et les réponses qui y ont été apportées.

3.3.4.– Durée de conservation

L'Assureur s'oblige à ne pas conserver les Données personnelles au-delà de la durée de conservation fixée au regard des finalités pour

lesquelles elles ont été collectées, et en tout état de cause à ne pas les conserver après la fin de la présente Convention, à moins que le droit de l'Union ou le droit de l'Etat membre auquel l'Assureur est soumis n'exige la conservation des données.

Les durées de conservation déterminées seront communiquées aux Assurés sur simple demande.

3.3.5.– Responsabilité

L'Assureur est responsable du traitement dont il assure la mise en œuvre. Il garantit le souscripteur contre toute réclamation d'une personne concernée résultant d'un manquement à la réglementation applicable en matière de Données personnelles qui lui causerait un préjudice.

3.3.6.– Gestion des incidents et violation de Données personnelles

L'Assureur s'engage à mettre en œuvre un processus de gestion des incidents de sécurité conformément à la réglementation applicable en matière de Données personnelles.

ARTICLE 3.4 : RECLAMATION / MEDIATION

En cas de désaccord sur l'application des garanties de l'Assureur, l'assuré peut présenter sa réclamation :

- Par courrier à Service Réclamations ActuData - TSA 86933 95144 Groslay Cedex
- Par téléphone au 01 85 11 05 81
- Par courrier électronique à reclamations@actudata.fr

ActuData s'engage à :

- accuser réception de la réclamation dans un délai maximal de 10 jours ouvrables à compter de la réception de la réclamation écrite, sauf si la réponse est apportée dans ce délai,
- tenir le réclamant informé du déroulement du traitement de sa réclamation,
- traiter la réclamation dans le délai maximal de 2 mois à compter de la réception de la réclamation écrite.

Si le désaccord subsiste après examen du service réclamation ou en l'absence de réponse, l'assuré peut saisir le médiateur :

- par voie électronique en complétant le formulaire disponible sur le site internet suivant : <https://www.mermediation-assurance.org>
- Par courrier en écrivant à : M. le Médiateur de l'Assurance, TSA 50110, 75441, Paris Cedex 09

ARTICLE 3.5 : PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du présent contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où que de l'assureur en a eu connaissance ;
- 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'organisme 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 (10) ans lorsque, pour les opérations mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 111-1, le bénéficiaire n'est pas l'assuré, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'Assuré décédé.

La prescription est également portée à dix (10) ans pour tout litige impliquant un dommage corporel, conformément à l'article 2226 du Code Civil. Le point de départ de ce délai de prescription décennale est alors fixé à la date de consolidation du dommage de la victime.

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

ARTICLE 3.6 : AUTORITE CHARGEE DU CONTROLE

L'autorité chargée du contrôle de l'Assureur :
L'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (A.C.P.R.) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09.

ARTICLE 3.7 : SUBROGATION

L'Assureur est subrogé dans les droits de la bénéficiaire victime d'un accident ou d'une maladie dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou partagée. Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que L'Assureur a exposées, à concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte physique de la victime. Afin de permettre à L'Assureur de pouvoir exercer son droit de subrogation, l'assuré ou ses ayants droit s'engagent à déclarer à L'Assureur dans les meilleurs délais, tout accident dont ils sont victime.

Toutes actions intentées en exécution des dispositions du présent règlement ou des conventions passées par L'Assureur seront soumises à la juridiction compétente définie par les articles 42 à 46 du Code de Procédure Civile et les dispositions du Code de l'Organisation Judiciaire.

ARTICLE 3.8 : DISPOSITIONS DIVERSES

3.8.1. - Contacts

Pour toute demande concernant votre contrat « Capital Equipement Autonomie et Sport sur Ordonnance », vous pouvez contacter ActuData:

- Par courrier à ActuData- TSA 86933 95144 Groully Cedex
- Par téléphone au 01 85 11 05 81
- Par courrier électronique à production@actudata.fr

3.8.2. - Droit d'opposition au démarchage téléphonique

Conformément aux dispositions des articles L. 223-1 et L. 223-2 du Code de la Consommation, l'Assuré est informé qu'il existe une liste d'opposition gratuite au démarchage téléphonique sur laquelle il peut s'inscrire :

- soit par voie postale, en écrivant à : Société OPPOSETEL - Service BLOCTEL - 6 rue Nicolas Siret 10000 Troyes ;
- soit par connexion au site internet de la société OPPOSETEL à l'adresse suivante : www.bloctel.gouv.fr

Cette inscription permet à l'Assuré de ne pas être sollicité par démarchage téléphonique sur des produits d'assurance auxquels il n'aurait pas souscrit, sauf lorsqu'il s'agit de sollicitations intervenant dans le cadre de l'exécution d'un contrat en cours et ayant un rapport avec l'objet de ce contrat, y compris lorsqu'il s'agit de proposer au consommateur des produits ou des services afférents ou complémentaires à l'objet du contrat en cours ou de nature à améliorer ses performances ou sa qualité.

3.8.3. - Sanctions

L'assureur se réserve le droit d'exclure tout Assuré qui aura causé ou tenté de causer volontairement atteinte aux intérêts de l'assureur selon les modalités définies par les Statuts.

En cas de réticence ou de déclaration intentionnelle fautive, d'omission ou de déclaration inexacte par l'Assuré, d'éléments d'information ayant des répercussions sur les taux ou montants des cotisations et prestations, l'Assuré peut se voir opposer les sanctions prévues par le Code des assurances.

Article L. 113-8 du Code des assurances :

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L. 132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fautive déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fautive déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion par l'assureur, alors même que le risque omis ou dénié par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Les dispositions du second alinéa du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

Article L. 113-9 du Code des assurances :

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

En cas notamment de fautive déclaration, de fraude ou tentative de fraude avérée, L'assureur peut également procéder à la résiliation du Contrat.

La résiliation est notifiée à l'Assuré par lettre recommandée avec avis de réception adressée par L'assureur au dernier domicile connu. Elle prendra effet au jour de la première présentation du courrier par la Poste.

3.8.4. - Loi applicable

La loi applicable aux présentes dispositions est la loi française. Lorsque des dispositions législatives et réglementaires viennent à modifier la portée des engagements de L'assureur, cette dernière peut procéder à la révision du Contrat. Jusqu'à la date d'effet de cette révision, les conditions antérieures s'appliquent sauf lorsque les nouvelles dispositions sont d'ordre public et, de ce fait, d'application immédiate. En ce dernier cas, L'assureur pourra être amenée à aménager les garanties et les tarifs.

Ce Contrat est assujéti au régime fiscal français.

Tous impôts, taxes, prélèvements et contributions qui pourraient s'appliquer à l'adhésion au Contrat sont à la charge de l'Assuré selon le cas et ce, notamment lorsqu'une nouvelle législation est adoptée postérieurement à la date de souscription du Contrat.

3.8.5. - Lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme

L'Assureur s'engage à respecter l'ensemble des obligations légales et réglementaires relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme.

A ce titre, elle est tenue de déclarer auprès de l'autorité compétente les sommes inscrites dans ses livres ou les opérations portant sur des sommes dont elle sait, soupçonne ou a de bonnes raisons de soupçonner qu'elles proviennent d'une infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un (1) an ou sont liées au financement du terrorisme.

ARTICLE 3.9 : RESILIATION DU CONTRAT

L'adhésion au Contrat peut être résiliée dans les cas suivants :

3.9.1. - Résiliation à l'initiative de l'Assuré

L'Assuré peut mettre fin à son adhésion deux (2) mois au moins avant la date d'anniversaire du Contrat, le délai étant décompté à partir de la date d'envoi de cette notification, dans ce cas, la résiliation prendra effet à la date d'anniversaire du Contrat. L'Assuré peut dans ce cas notifier son souhait de résilier son Contrat par lettre, par tout autre support durable ou moyen prévu à l'article L.113-14 du Code des assurances. L'Assuré peut également mettre fin à son adhésion à tout moment, au-delà de la première (1ère) année d'adhésion, dans ce cas, la résiliation prendra effet à 30 jours qui suit la date de réception de la notification.

En cas de modification de ses droits et obligations, conformément à l'article L. 141-4 du code des assurances, l'Assuré peut résilier son adhésion dans un délai d'un (1) mois à compter de la remise de la nouvelle Notice ou de l'additif à la présente Notice. Dans ce cas, la résiliation ne prend effet, en tout état de cause, qu'à la date d'entrée en vigueur des modifications apportées aux garanties.

3.9.2. - Résiliation à l'initiative de l'Assureur

L'Assureur peut résilier en cas de :

- Déclaration incomplète, inexacte ou fautive à l'adhésion
- Démission de l'adhérent de l'Association après la première année, dans ce cas la résiliation prend effet automatiquement à la date de démission
- Au dernier jour du mois auquel l'assuré atteint l'âge de 80 ans
- non-paiement de la cotisation par l'Assuré, dans les conditions prévues à l'article 3.1.4 de la présente Notice
- décès de l'adhérent, l'adhésion au contrat continue de produire ses effets au profit des autres assurés, sous réserve que ceux-ci exécutent les obligations dont l'adhérent était tenu à l'égard de l'Assureur et notamment le paiement des cotisations.

3.9.3. En cas de résiliation du contrat collectif à adhésion facultative visé en tête de la présente Notice, par l'Association ou par l'Assureur, les adhésions en cours prendront fin à l'échéance annuelle qui suit la résiliation du contrat collec-

tif. L'Adhérent devra en être informé 3 mois à l'avance.

ARTICLE 3.10 : CESSATION DES GARANTIES

D'une façon générale, les garanties assurées prennent fin :

- à la date de résiliation de l'adhésion dans les conditions prévues à l'article 3.9,
- en cas de non-paiement des cotisations dans les conditions prévues à l'article 3.1.4,
- en cas de démission de l'Assuré de l'Association APST
- en cas de déménagement en dehors de la France (ou DROM-COM),
- en cas de retrait total de l'agrément administratif accordé à l'Assureur
- en cas de versement du capital au titre des garanties du présent contrat.

ARTICLE 3.11 : TERRITORIALITE

Les garanties sont acquises en France ainsi que dans le monde entier lors de séjours à l'étranger de moins de trois (3) mois.

ARTICLE 3.12 : CHANGEMENT ET MODIFICATION

Pour toute demande de changement ou de modification, merci de vous adresser au courtier ActuData aux coordonnées figurant au 3.8.1.

Changement de situation de l'Assuré

L'Assuré devra communiquer en cours d'adhésion, par courrier ou par téléphone au courtier ActuData, tout changement dans sa situation personnelle (par exemple, son domicile, sa domiciliation bancaire, tutelle/curatelle) pouvant avoir des répercussions sur les cotisations et les prestations assurées par l'Assureur. A défaut d'information, les correspondances de l'Assureur ou du courtier ActuData seront valablement adressées à l'Assuré à son dernier domicile connu d'eux.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou déclaration inexacte entraînera la nullité de la garantie, sans préjudice de toute demande de dommages et intérêts le cas échéant.

**Statuts Adoptés suite à
l'Assemblée Générale Constitutive
en date du 07 mai 2022**

Association pour la Prévoyance et la Santé pour Tous (APST)

**Association régie par la loi du 1er juillet 1901
Enregistrée à la Préfecture de Police sous le n° : W751266162**

- 1 Membre/adhérent = 1 voix (ce qui supprime de facto les différentes typologies car les membres d'honneur et les membres bénéficiaires doivent avoir des droits sociaux(droit de vote aux ag)
- l'AG doit pouvoir être convoquée par un quorum conforme aux dispositions de L'art R 141-4 code des assurance
- les délibérations des ag doivent respecter un quorum ad validitatem

ARTICLE 1 – CONSTITUTION

Entre les Membres Fondateurs ayant participé à l'Assemblée Générale Constitutive, il a été créé une association régie par la Loi du 1er juillet 1901 et les textes qui l'ont modifiée, ainsi que par les présents statuts.

Cette Association a pris la dénomination suivante :

Association pour la Prévoyance et la Santé pour Tous (APST).

ARTICLE 2 – OBJET

Cette Association a pour objet de

- défendre les Adhérents de l'APST ;
- promouvoir et défendre l'assurance prévoyance et l'assurance santé ;
- informer, s'il y a lieu, ses Adhérents sur les possibilités existantes de souscription d'un contrat d'assurance santé et/ou prévoyance;
- négocier et souscrire pour le compte de ses Adhérents des contrats d'assurance de groupe correspondant aux différentes catégories prévues par le Code des assurances et plus particulièrement des contrats d'assurance santé et/ou prévoyance ,
- proposer des produits et services assurantiels, bancaires, financiers et sociaux dans l'intérêt des Adhérents, complémentaires à l'assurance santé et/ou prévoyance ;
- rechercher toutes formules susceptibles d'améliorer la protection

de ses adhérents ;

- entreprendre toute action destinée à augmenter les services rendus aux adhérents tant dans les domaines de la retraite, la prévoyance, la santé et de l'épargne ;
- participer à la prévention dans ces domaines par la diffusion d'informations,
- diffuser des conseils intéressants la protection de la santé visant la sensibilisation et l'éducation en matière de santé.
- créer ou participer à la création de toute association ou groupe, poursuivant l'un de ces objectifs dans le cadre national ou international ; et
- de manière générale, mener toute action publique ou collective, locale et/ou nationale, nécessaire pour atteindre ces objectifs.

ARTICLE 3 – SIÈGE SOCIAL

Le siège de l'Association est fixé :

61 rue de Lyon à PARIS (75012)

Il peut être transféré en tout autre lieu, dans la même ville (PARIS) sur simple décision du Président et dans tout autre lieu, en dehors de PARIS, sur décision préalable du Conseil d'Administration.

ARTICLE 4 – DURÉE

La durée de l'Association est illimitée.

ARTICLE 5 – MEMBRES DE L'ASSOCIATION

5.1 Différents types de membres

5.1.1. Les membres fondateurs

Les membres fondateurs sont les deux personnes physiques à l'origine de la création de l'Association, qui sont exemptés de payer des frais d'entrée et qui ne peuvent être exclus de l'Association.

5.1.2. Les membres de droit

Sont membres de droit de l'Association :

- les personnes physiques
 - ◊ adhérent à titre individuel à un contrat d'assurance de l'Association ou bénéficiant d'une rente viagère au titre d'un contrat d'assurance souscrit par l'Association,
 - ◊ bénéficiant d'un contrat collectif conclu par une personne morale membre de l'Association lorsque ce contrat prévoit expressément qu'ils ont la qualité de membres de l'Association,
- les personnes morales ayant conclu un contrat collectif avec l'Association.

Dans tous les cas, la qualité de membre est acquise à compter de la date de réception du bulletin d'adhésion et, le cas échéant, de la perception des droits d'entrée par l'Association.

Sont qualifiés de Membres Bénéficiaires les conjoint, enfant(s) mineur(s) ou majeur(s), ayant droit de l'adhérent au Contrat d'assurance groupe, membre de droit de l'Association. Les Membres Bénéficiaires ont la qualité de membre de l'Association et, à ce titre, ont un droit de vote en Assemblée Générale.

Pour les enfants mineurs, le droit de vote pourra être exercé par leur père ou mère ou leurs représentants légaux.

5.1.3. Les membres d'honneur

Le Conseil d'Administration peut nommer membre d'honneur toute personne, physique ou morale, française ou étrangère, en raison des services rendus à l'Association.

Il est précisé que tout membre d'honneur participe aux assemblées générales et dispose à l'instar de tous les autres membres, d'un droit de vote à ces Assemblées Générales. Les membres d'honneur pourront être au maximum de cinq (5) personnes pour une période de dix (10) ans maximum, renouvelable sur décision du Conseil d'Administration.

5.2. Perte de la qualité de membre de l'Association

1. A la différence des autres types de membres, un membre fondateur ne peut jamais perdre la qualité de membre de l'Association.

2. Sous réserve de la disposition ci-avant, la qualité de membre prend fin :

- par le versement sous forme de capital de l'intégralité de l'épargne acquise,
- au décès de l'Adhérent,

- au décès du bénéficiaire de la rente,
- lorsque l'Adhérent n'a plus de lien de droit au titre d'un contrat collectif souscrit par l'Association,
- à la cessation d'activité de la personne morale,
- et, le cas échéant, par exclusion dans les conditions prévues ci-après.

5.3. Adhésion à l'Association

La demande d'adhésion est formulée par écrit. L'adhésion à l'Association intervient lors de la demande de souscription du contrat d'assurance individuel ou lors de l'adhésion à un contrat d'assurance de groupe souscrit auprès de l'Assureur partenaire.

La demande d'adhésion est également ouverte aux entreprises ayant préalablement souscrit un contrat d'assurance collectif auprès de l'Assureur partenaire qui complètent et signent un bulletin d'adhésion à l'Association.

Elle comporte l'engagement d'accepter et de respecter les présents Statuts, le Règlement Intérieur et les décisions de l'Assemblée Générale ainsi que celui de verser la cotisation statutaire annuelle.

5.4. Exclusion d'un membre de l'Association

1. A la différence des autres types de membres, un membre fondateur ne peut jamais être exclu de l'Association.

2. Sous réserve de la disposition ci-avant, un membre de l'Association peut éventuellement être exclu dans les conditions suivantes. L'exclusion prononcée par le Conseil d'Administration à la majorité simple des membres présents ou représentés pour un ou plusieurs acte(s) d'un membre portant préjudice moral et/ou matériel et/ou réputationnel à l'Association. Dans une telle situation, le Président de l'Association avise le membre concerné, par lettre recommandée avec accusé de réception, de la date de réunion du Conseil d'Administration appelée à statuer sur son exclusion éventuelle. Cette lettre :

- énoncera sommairement les motifs de l'éventuelle exclusion,
- et indiquera à l'intéressé qu'il peut :
 - ◊ demander à être
 - » entendu,
 - » représenté par un autre membre de l'Association ou par un avocat,
 - ◊ ou encore faire valoir ses observations par écrit. Dans cette hypothèse, lesdites observations écrites du membre concerné devront être expédiées au moins quinze (15) jours avant la date fixée pour la réunion du Conseil d'Administration.

5.5. Responsabilité des membres de l'Association

Aucun membre de l'Association n'est personnellement responsable des engagements contractés par elle. Seul le patrimoine de l'Association répond de ses engagements.

ARTICLE 6 – RESSOURCES ET DÉPENSES DE L'ASSOCIATION

6.1. Cotisations statutaires

La cotisation statutaire annuelle régie par les Membres est fixée chaque année, pour l'année suivante, par le Conseil d'Administration afin de contribuer au financement du fonctionnement de l'Association. Elle est due d'avance par période de douze (12) mois à compter de la date d'adhésion à l'Association.

Les membres fondateurs, les membres d'honneur et les membres bénéficiaires sont dispensés de cotisation statutaire.

6.2. Ressources

Les ressources de l'Association proviennent :

- des droits d'entrée et/ou des cotisations dont le montant et les modalités de perception sont définis par le Conseil d'Administration ;
- les dons ou subventions éventuels provenant de toute personne physique ou morale,
- d'une dotation de fonctionnement et d'audit prélevée sur les frais annuels de gestion contractuellement mis à la charge des membres et versée conformément aux conventions régularisées par l'Association avec ses partenaires,
- du revenu de ses biens ,
- des subventions et autres versements autorisés par les textes législatifs et réglementaires ;
- des sommes perçues en contrepartie des prestations fournies,
- et toutes autres ressources autorisées par les textes législatifs et réglementaires.

6.3. Dépenses

Les dépenses de l'Association correspondent à l'ensemble des charges engagées pour son fonctionnement et, plus généralement, toutes dépenses nécessaires à la réalisation de l'objet de l'Associa-

tion.

Les dépenses sont ordonnancées par le Président ou par toute autre personne habilitée à cet effet par le Conseil d'Administration dans les conditions et limites qu'il a fixées.

ARTICLE 7 – EXERCICE FINANCIER & COMPTABILITÉ

1. L'exercice financier est l'année civile. Pour le premier exercice, il est convenu que l'exercice se terminera le 31 décembre 2023 (31/12/2023).

2. Il est tenu une comptabilité faisant apparaître annuellement un compte d'exploitation générale et un Bilan.

Si les recettes annuelles excèdent les dépenses, l'affectation de l'excédent, exclusive de toute distribution, est décidée par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil.

Les comptes de l'Association peuvent être consultés à son Siège par tout groupe d'adhérents, représentant la moitié plus un des membres de l'Association, à jour de leur cotisation

ARTICLE 8 – ASSEMBLÉES GÉNÉRALES

8.1. Convocation

Les membres de l'Association tels que définis à l'article 5, à jour de paiement de leur cotisation annuelle au jour de la décision de convocation, sont réunis, au moins une fois par an en Assemblée Générale Ordinaire et en tant que de besoin en Assemblée Générale Extraordinaire.

La convocation est valablement faite sous forme individuelle à la dernière adresse postale ou électronique communiquée par le membre au jour de la décision de convocation, envoyée aux membres dans les délais prévus par la réglementation en vigueur.

Les Assemblées Générales sont convoquées, sur décision du Conseil d'Administration, par le Président, la convocation précise la date, l'heure, le lieu, l'ordre du jour de l'Assemblée Générale, et comporte les projets de résolution arrêtés par le Conseil d'Administration.

Seront également portées à l'ordre du jour et jointes à la convocation, les propositions de résolutions présentées par des groupes d'Adhérents dès lors que ces propositions auront été réceptionnées au siège de l'Association par lettre recommandée avec avis de réception et seront conformes aux dispositions légales et réglementaires en vigueur.

8.2. Droit de vote

Chaque membre est titulaire d'une voix aux Assemblées Générales et est de ce fait convoqué à ces Assemblées.

Chaque membre, personne physique, ne peut être représenté que par un autre membre, personne physique ou par son conjoint. Les membres bénéficiaires, enfants mineurs, pourront être représentés par leur père ou mère ou leurs représentants légaux.

Les membres personnes morales sont représentés par un mandataire personne physique.

Tout mandataire peut remettre les pouvoirs qui lui ont été conférés à un autre membre, dans la limite de trois (3) pouvoirs. A défaut de précision dans le pouvoir, il sera considéré que le pouvoir est donné au Président.

Les votes « oui-non-abstention » sont considérés comme des votes exprimés et intégrés pour le décompte des voix. Les pouvoirs en blanc retournés à l'Association sont attribués au Président et donnent lieu à un vote favorable à l'adoption des projets de résolution présentés ou agréés par le Conseil.

La présidence des Assemblées est assurée par le Président en exercice assisté du Bureau. En cas d'absence ou d'empêchement du Président du Conseil d'Administration, la présidence est assurée par un autre Administrateur désigné par le Président ou à défaut par le Conseil d'Administration.

Les Assemblées Générales statuent dans les conditions de quorum prévues par la réglementation en vigueur et les présents statuts.

8.3. Type d'Assemblée Générale

8.3.1. Assemblée Générale Ordinaire

L'assemblée générale a seule qualité pour autoriser la modification des dispositions essentielles du contrat de groupe souscrit par l'association telles que définies à l'article R141-6 du code des Assurances notamment :

- la définition des garanties offertes
- la durée du contrat
- les modalités de versement des primes

En outre, sont présentés, lors de l'Assemblée Générale Ordinaire annuelle :

- le compte-rendu d'activité du Conseil d'Administration,
- le rapport comptable et financier de l'exercice écoulé, ainsi que le budget pour l'exercice en cours ; et
- le (ou les) rapport(s) des Commissaires aux Comptes.
- Les membres présents, représentés, ou votant par correspondance ou par tout autre moyen mis à leur disposition par l'Association .
- votent sur le compte-rendu d'activité du Conseil d'Administration
- votent sur l'approbation des comptes de l'exercice clos, ainsi que sur le budget de l'exercice en cours
- votent le quitus aux Administrateurs
- élisent et révoquent les Administrateurs ,
- ratifient le cas échéant les nominations d'Administrateurs faites à titre provisoire par le Conseil d'Administration
- nomment les Commissaires aux Comptes (titulaire et suppléant);
- délibèrent et votent sur les questions relevant de la compétence de l'Assemblée Générale Ordinaire en vertu des lois et règlements en vigueur, et plus généralement sur toute question inscrite à l'ordre du jour.

Une Assemblée Générale Ordinaire peut être réunie entre deux Assemblées Générales Ordinaires annuelles si le Conseil d'Administration doit soumettre à son approbation des questions relevant de sa compétence.

L'assemblée générale ordinaire ne peut valablement délibérer que si un trentième des adhérents au moins sont présents, représentés ou ont fait usage de la faculté de vote par correspondance.

Les décisions sont prises à la majorité simple des votes exprimés par les membres présents, représentés, ou votant par correspondance ou par tout autre moyen mis à leur disposition par l'Association (les votes «oui» devant donc représenter plus de la moitié des votes exprimés).

L'élection et la révocation des Administrateurs sont votées individuellement.

8.3.2. Assemblée Générale extraordinaire

Sont soumis à une Assemblée Générale Extraordinaire les sujets relevant de sa compétence conformément aux textes législatifs et réglementaires et aux présents statuts.

L'Assemblée Générale Extraordinaire est convoquée par le Président du Conseil d'Administration • sur décision du Conseil d'Administration à la demande d'au moins 10% des membres.

L'assemblée générale extraordinaire ne peut valablement délibérer que si un trentième des adhérents au moins sont présents, représentés ou ont fait usage de la faculté de vote par correspondance.

Les décisions sont prises à la majorité des deux tiers des votes exprimés par les membres présents, représentés, ou votant par correspondance ou par tout autre moyen mis à leur disposition par l'Association (les votes «oui» devant donc représenter plus des deux tiers des votes exprimés).

8.4. Procès-verbaux

Les délibérations des Assemblées Générales sont constatées dans des procès-verbaux contenant un résumé des débats, le texte des délibérations et le résultat des votes. Les procès-verbaux sont signés par le Président et le Secrétaire de séance.

Les procès-verbaux rédigés et conservés au siège social de l'Association. Le droit de consultation peut être exercé soit par le Membre lui-même, soit par un autre Membre de l'Association ou un tiers mandaté à cet effet.

Les Membres peuvent consulter les procès-verbaux des Assemblées Générales au siège social de l'Association.

Les copies et les extraits des procès-verbaux, certifiés conformes par le Président, peuvent être délivrés aux Membres de l'Association sur simple demande adressée au siège de celle-ci.

ARTICLE 9. LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

9.1. Composition

L'Association est administrée par un Conseil composé au minimum de deux (2) et au maximum de dix (10) personnes physiques, membres de l'Association en qualité de membre individuel.

Le Conseil d'Administration est composé conformément aux prescriptions légales et réglementaires en vigueur. En outre, ne peuvent être Administrateurs :

- les Adhérents âgés de moins de 18 ans au jour de l'élection
- les Adhérents ayant adhéré depuis moins de 2 ans au jour de l'élection ,

- les Adhérents, intermédiaires d'assurance, salariés ou mandataires sociaux d'un intermédiaire d'assurance, ou ayant exercé une telle activité au cours des cinq années précédant leur élection comme membres du Conseil d'Administration ,
- toute personne ayant fait l'objet d'une condamnation ou d'une interdiction visée par l'article L. 322-2 du Code des assurances.

Le Conseil d'Administration doit être composé d'au moins deux tiers d'Administrateurs ayant moins de 72 ans au jour de leur élection.

9.2. Durée du mandat

Les Administrateurs sont élus pour une durée de trois (3) ans. Ils sont rééligibles. Leur révocation en cours de mandat est votée à la même majorité que celle requise pour les décisions prises en Assemblée Générale Extraordinaire. En cas de vacance, le Conseil d'Administration peut coopter un Administrateur dont le mandat expirera à la date à laquelle devait expirer celui du membre remplacé. Cette cooptation est soumise pour ratification au vote de la plus prochaine Assemblée Générale Ordinaire. A défaut de ratification, les délibérations prises et les actes accomplis antérieurement par le Conseil d'Administration n'en demeurent pas moins valables.

9.3. Attributions

Le Conseil est investi des pouvoirs nécessaires pour assurer la gestion de l'Association, autoriser toutes opérations et prendre toutes dispositions conformes à son objet et non dévolus à l'Assemblée Générale ou au Président du Conseil d'Administration par la Loi ou les présents statuts.

Les fonctions de membre du Conseil d'Administration sont gratuites. Cependant, le Conseil d'Administration peut décider d'allouer aux Administrateurs, dans les limites fixées par l'Assemblée Générale, des indemnités et avantages au titre de membre du Conseil d'Administration.

Le Président du Conseil d'Administration informe chaque année l'Assemblée Générale du montant des indemnités et avantages alloués conformément à l'alinéa précédent aux membres du Conseil d'Administration.

Relèvent également des attributions du Conseil d'Administration la création et l'animation des comités mentionnés ci-après (article XII). Le Conseil peut déléguer une partie de ses pouvoirs à toute personne désignée parmi ses membres ou à des tiers ; il en demeure responsable vis-à-vis de l'Association.

9.4. Fonctionnement

Le Conseil se réunit sur convocation du Président chaque fois que celui-ci le juge utile ou sur demande de la moitié des Administrateurs et au moins une fois par an.

L'ordre du jour est arrêté par l'auteur de la convocation.

Chaque Administrateur dispose d'une voix. Il ne peut être porteur de plus de deux pouvoirs conférés par d'autres Administrateurs. Le Conseil ne délibère valablement que si la moitié au moins des Administrateurs sont présents ou représentés.

Toute décision est prise à la majorité simple des Administrateurs présents ou représentés. La voix du Président est prépondérante en cas de partage égal des voix.

9.5. Procès-verbal

Les délibérations des Conseils d'Administration sont constatées dans des procès-verbaux et ils sont établis et sont consultables dans les conditions de l'article 8.4.

ARTICLE 10 - PRÉSIDENT-BUREAU

10.1. Président

Le Conseil d'Administration élit parmi les Membres Fondateurs un Président. En cas de refus des Membres Fondateurs, le Conseil d'Administration peut alors choisir le Président parmi l'ensemble des autres Membres à jour de leur cotisation.

Le Président est élu pour la durée de son mandat et est rééligible.

Ses attributions sont - sans préjudice de toute autre mission qui pourrait lui être confiée par ledit Conseil d'Administration - les suivantes :

- convoquer les réunions du Conseil d'Administration, en fixer l'ordre du jour, et diriger et animer ses travaux ;
- assurer la gestion courante de l'Association,
- la représenter - dans les conditions et limites prévues par les textes législatifs et réglementaires - à l'égard des tiers ; il est in-

- vesti des pouvoirs les plus étendus à cet effet ;
- appliquer et faire appliquer les décisions du Conseil d'Administration ,
- agir en justice au nom de l'Association, comme précisé à l'article 17.

Le premier Président sera désigné lors de l'Assemblée Générale Constitutive pour un premier mandat de trois (3) ans.

10.2. Bureau

Le Conseil d'Administration élit parmi ses membres un Bureau qui sera composé :

- d'un Président,
- d'un Trésorier,
- d'un Secrétaire, le cas échéant,
- et, s'il le juge nécessaire, un ou plusieurs Vice(s)-Président(s).

Le Bureau du Conseil d'Administration ainsi formé est composé de membres élus pour les trois années qui suivent leur désignation. Les membres du Bureau sont rééligibles.

En cas de cessation de fonction d'un membre du Bureau, le Président peut proposer au Conseil d'Administration son remplacement jusqu'à la fin de la période de trois ans en cours. La cooptation par le Conseil d'Administration doit être ratifiée par le vote de la plus proche Assemblée Générale Ordinaire conformément à l'article 13.2 ci-avant des présents Statuts.

Le premier Trésorier sera désigné lors de l'Assemblée Générale Constitutive pour un premier mandat de trois (3) ans. Les autres membres du Bureau seront désignés par le premier Conseil d'Administration dans les vingt-quatre (24) mois suivant la date de signature des présents statuts.

ARTICLE 11 – COMMISSAIRES AUX COMPTES

L'Assemblée Générale Ordinaire peut nommer, pour une durée de six (6) exercices, un ou plusieurs commissaires aux comptes titulaires et un ou plusieurs commissaires aux comptes suppléants.

Le(s) commissaire(s) aux comptes exerce sa mission selon les normes et règles de la profession. Il établit et présente chaque année à l'assemblée générale appelée à statuer sur les comptes de l'exercice clos, un rapport rendant compte de sa mission et certifiant la régularité et la sincérité des comptes.

L'Assemblée Générale Ordinaire peut demander au Tribunal la révocation des Commissaires aux Comptes avant le terme de leur mandat.

ARTICLE 12 – COMITÉ(S) CONSULTATIF(S)

Le Conseil d'Administration a, le cas échéant, la possibilité de créer et d'animer un ou plusieurs Comité(s) Consultatif(s). Leur composition et leurs modalités de fonctionnement sont décrites dans le Règlement Intérieur de l'Association.

ARTICLE 13 – FRAIS & INDEMNITÉS

Par principe, les fonctions de membres du Conseil d'Administration sont bénévoles, exercées à titre gratuit et ne donnent donc lieu à aucune rétribution de quelque nature que ce soit.

Toutefois, le Conseil d'Administration peut allouer aux Administrateurs des indemnités, avantages ou remboursements de frais exposés, sur la base des justificatifs, pour l'exercice de leur mandat, dans des limites fixées par l'Assemblée Générale Ordinaire.

Les indemnités versées et les avantages alloués aux membres du Conseil d'Administration sont présentés dans les comptes annuels de l'exercice N-1 à l'occasion des Conseils d'Administration et Assemblées Générales statuant sur les comptes.

Les indemnités et avantages susceptibles d'être versés ou alloués aux membres du Conseil d'Administration par l'Association devront être présentés, à titre prévisionnel, lors des Conseils d'Administration et Assemblées Générales statuant sur les comptes annuels

ARTICLE 14 – RÈGLEMENT INTÉRIEUR

Un règlement intérieur, destiné à fixer les divers points non prévus par les statuts, notamment ceux qui ont trait au fonctionnement de l'association, peut être établi par le Conseil d'Administration.

Tout membre de l'Association s'engage à respecter les statuts de l'Association et, le cas échéant, le règlement intérieur de l'Association.

ARTICLE 15 – MODIFICATION DES STATUTS

Toute modification des présents statuts relève de la compétence exclusive de l'Assemblée Générale Extraordinaire statuant à la majorité prévue à l'article 8.4. ci-avant.

ARTICLE 16 – DISSOLUTION ET LIQUIDATION DE L'ASSOCIATION

La dissolution ne peut être prononcée qu'à l'initiative du Conseil d'Administration et votée en Assemblée Générale Extraordinaire statuant à la majorité prévue à l'article 8.4. ci-avant.

La liquidation se fait conformément aux dispositions de la Loi du 1er juillet 1901 et des textes subséquents. En cas de liquidation, les biens de l'Association seront dévolus à une autre association poursuivant un objectif similaire.

ARTICLE 17 – REPRÉSENTATION EN JUSTICE

L'Association est représentée en justice et dans tous les actes de sa vie civile par son Président en exercice, qui peut introduire tout type d'action judiciaire et/ou défendre les intérêts de l'Association.

A défaut, l'Association peut être représentée par toute personne habilitée à cet effet par le Conseil d'Administration ou l'Assemblée Générale.