

APREP RENTE UNIVERSELLE

CONDITIONS GÉNÉRALES VALANT NOTICE D'INFORMATION N° LMP175050297R0

Contrat collectif d'assurance de rente viagère immédiate à garanties multiples

Il est souscrit par : **APREP**
Association pour la Protection de la Retraite de l'Épargne
et du Patrimoine régie par la loi du 1^{er} juillet 1901
26, rue de Montholon
75009 PARIS

Auprès de : **LA MONDIALE PARTENAIRE**
Membre du Groupe AG2R LA MONDIALE
Entreprise régie par le Code des assurances
SA au capital de 73 413 150 euros
RCS Paris B 313 689 713
104-110 Boulevard Haussmann - 75379 PARIS cedex 08

DÉFINITION

Assureur :
La Mondiale Partenaire, société anonyme d'assurance sur la vie, régie par le Code des assurances français.

Souscripteur :
Le souscripteur est l'APREP. Il a souscrit le contrat APREP RENTE UNIVERSELLE auprès de l'assureur, au profit de ses membres. Seules les personnes faisant partie de cette association ont la possibilité d'adhérer à ce contrat.

Adhèrent :
La personne, faisant partie de l'association souscriptrice, qui a demandé l'adhésion au contrat dénommé APREP RENTE UNIVERSELLE après avoir reçu et pris connaissance de l'ensemble des documents contractuels afférents au contrat. L'adhérent choisit les caractéristiques de son contrat en remplissant et signant un bulletin d'adhésion. Ses choix lui sont confirmés par l'envoi du certificat d'adhésion émis par l'assureur. L'adhérent est le seul autorisé à modifier, le cas échéant, la clause bénéficiaire.

Assuré :
Il s'agit de la personne sur la vie de laquelle repose le versement de la rente initiale et dont dépendent éventuellement les garanties complémentaires retenues. C'est aussi la personne soumise aux éventuelles formalités médicales. Sauf indication contraire exprimée lors de l'adhésion, l'assuré est l'adhérent.

Bénéficiaire de la réversion :
Il s'agit de la personne désignée par l'adhérent pour percevoir, au décès de l'assuré, les prestations de réversion garanties par l'assureur. A ce titre, il est également signataire du bulletin d'adhésion au contrat.

Bénéficiaires en cas de décès de l'assuré dans le cadre de l'option « garantie décès » ou « annuités garanties » :

Il s'agit de la ou des personnes désignées par l'adhérent pour percevoir, au décès de l'assuré, les prestations en capital garanties par l'assureur. Afin de percevoir ce capital, chaque bénéficiaire doit accepter le bénéfice du contrat. Lorsque cette acceptation survient avant le décès de l'assuré, elle a pour effet de rendre définitive et irrévocable la stipulation effectuée à son profit. Dans un tel cas, l'adhérent ne peut plus, sans l'accord du bénéficiaire, révoquer la désignation. Cette acceptation est subordonnée à l'acceptation écrite de l'adhérent. L'assureur informera l'adhérent en cas d'acceptation du bénéfice de son contrat.

Arrérage :
Les arrérages correspondent aux revenus servis périodiquement tout au long de la vie de l'adhérent ou de son réversataire dans le cadre de la rente viagère.

Adhésion :
Toute adhésion est constituée par les présentes conditions générales et par un certificat d'adhésion.

Devise du Contrat :
La devise du contrat est l'euro.

Contrôle de l'assureur :
L'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) : 61, rue Taitbout - 75009 PARIS est l'autorité de contrôle de La Mondiale Partenaire.

I - OBJET DU CONTRAT

APREP RENTE UNIVERSELLE est un contrat collectif d'assurance sur la vie à adhésion facultative, à versement unique et libellé en euros. Ce contrat a pour objet de garantir à l'adhérent le versement de revenus réguliers, toute la durée de sa vie, sous forme de rente viagère immédiate. Le contrat propose diverses garanties optionnelles dont la liste et les caractéristiques sont définies ci-après. De nouvelles garanties pourront être proposées ultérieurement, elles seront alors accessibles aux nouvelles adhésions. Lors de l'adhésion, l'adhérent peut retenir des options parmi les garanties complémentaires proposées au contrat. Ce choix ne peut être modifié ultérieurement.

II - DATE D'EFFET DU CONTRAT ET VERSEMENT

L'adhérent remplit et signe le bulletin d'adhésion. Il doit joindre à l'adhésion une photocopie de sa pièce d'identité en cours de validité et le relevé d'identité de son compte bancaire. Le montant minimum du versement initial est fixé à 30 000 euros.

Le contrat prend effet le 1^{er} jour du mois suivant la réception par l'assureur du versement accompagné de la demande d'adhésion signée. Le certificat d'adhésion est délivré à l'adhérent au présent contrat, précisant notamment :
- la date d'effet de son adhésion,
- le montant du versement ainsi que celui du capital constitutif de la rente,
- le montant des revenus de première année,
- le taux technique,
- la date de versement du premier revenu de rente,
- les garanties demandées et acceptées par l'assureur,
- le bénéficiaire éventuel de la rente au titre de la réversion et le taux de réversion retenu,
- le bénéficiaire éventuel de la rente au titre des annuités garanties et le nombre d'annuités garanties retenu,
- le cas échéant, le bénéficiaire des capitaux dus en cas de décès. L'adhérent retourne une copie signée du certificat d'adhésion pour accord. Le premier versement n'intervient qu'après réception par l'assureur du certificat d'adhésion signé par l'adhérent.

III - REVENUS DE RENTE

La périodicité des arrérages est définie au moment de la conversion. L'adhérent peut choisir entre des versements annuels, semestriels, trimestriels ou mensuels. Les arrérages seront versés en cas de vie de l'assuré (ou du bénéficiaire de la réversion) à terme échu : le dernier jour de l'année, du semestre, du trimestre ou du mois civil. L'assuré devra fournir à l'assureur, chaque début d'année, une attestation sur l'honneur précisant son état civil et son lieu de résidence, accompagnée d'une photocopie d'une pièce d'identité. L'assureur se réserve le droit de vérifier, à tout moment, l'état civil déclaré par le rentier. La non-réception de ce document par l'assureur entraîne la suspension du versement de la rente. Le versement reprend dès réception du document demandé. Les montants suspendus sont alors versés dans un délai d'un mois, sans dommage ni intérêts. En cas de déclaration tardive de décès, les revenus versés postérieurement au décès de l'assuré doivent impérativement être remboursés à l'assureur.

En cas de dépendance, si la garantie dépendance a été souscrite, le doublement de la rente prend effet à compter de la date de reconnaissance par l'assureur de l'état de dépendance de l'assuré, pour les seuls versements suivant cette date. Les critères et modalités d'acceptation sont spécifiés à l'article VII des présentes conditions générales valant notice d'information.

IV - REVALORISATION DES REVENUS

Le montant des arrérages de première année est calculé à l'adhésion, en fonction du tarif en vigueur à cette date, des garanties complémentaires choisies et du taux technique indiqué sur le certificat d'adhésion. Le taux technique (taux d'intérêts précomptés) est fixé par l'assureur à l'adhésion, sans pouvoir excéder le maximum autorisé par l'article A. 335-1-1 du Code des assurances. Le versement de l'adhérent, net de frais, est investi sur l'actif en euros. L'épargne constituée sur l'actif en euros est adossée à un actif financier représentatif des engagements libellés en euros donnant droit à une participation aux bénéfices déterminée chaque année sur la base de 100 % des produits financiers nets des frais et charges financières et techniques et montant des intérêts précomptés correspondant au taux technique.

La participation aux bénéfices acquise au titre d'une année est attribuée le 31 mars de l'année suivante sur l'ensemble des adhésions en vigueur au 31 décembre. Les adhésions ayant pris effet en cours d'année seront revalorisées au prorata temporis de leur présence dans l'année d'adhésion. Cette participation entraîne une revalorisation des arrérages, à compter du 31 mars de l'année suivante.

V - FRAIS

Frais d'entrée :
Les frais d'entrée sont prélevés lors du versement initial. Ils sont égaux à 5,5 % maximum du montant du versement.

Frais de gestion sur encours :
Les frais de gestion sont fixés à 1 % de l'épargne annuelle moyenne et sont prélevés au moment de l'attribution de la participation aux bénéfices pour l'actif en euros.

Frais de gestion sur arrérages :
Les arrérages sont versés sans majoration des frais de gestion. Les frais de gestion de l'option "garantie dépendance" sont fixés à 5 % des montants versés. Ils sont prélevés lors du versement de la rente.

VI - GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

Le contrat propose diverses garanties optionnelles dont la liste et les caractéristiques sont définies ci-après.

Options de la rente principale
Les options de la rente ci-dessous s'appliquent aux arrérages servis dans le cadre de la rente principale, reposant sur la vie de l'assuré.

• **L'option "garantie dépendance" :** En cas de dépendance de l'assuré reconnue par l'assureur selon les modalités de l'article VII des présentes conditions générales, le montant des arrérages de la rente principale est doublé jusqu'à ce que l'assuré sorte de cet état de dépendance et au plus tard jusqu'à son décès. Les modalités précises de fonctionnement de la garantie dépendance sont spécifiées à l'article VII des présentes conditions générales.

SIGNATURE DE L'ADHERENT / ASSURE
(précédée de la mention "lu et approuvé")

- **L'option "majoration / minoration"** : L'adhérent a la possibilité, de choisir un montant de rente majoré de 10, 20 ou 30 % pendant une période allant de 2 à 5 ans à compter de l'adhésion. Cette option permet de percevoir des arrérages plus importants pendant la période de majoration, en contrepartie d'arrérages plus faibles une fois la période de majoration écoulée.

De la même façon, il est possible de choisir un montant de rente minoré de 10, 20 ou 30 % pendant une période allant de 2 à 5 ans. Ainsi, l'adhérent diminue ses arrérages immédiats pour augmenter ensuite les arrérages qu'il percevra après la période de minoration écoulée.

Options de la rente de réversion (en cas de décès de l'assuré)

Les options de la rente ci-dessous s'appliquent aux arrérages servis dans le cadre de la rente de réversion. Le montant de l'arrérage est calculé à partir du revenu servi au titre de la rente principale de l'assuré, hors option "garantie dépendance" ou "majoration / minoration".

- **L'option "garantie décès"** : Lors du décès de l'assuré ou, le cas échéant, lors du décès du bénéficiaire de la réversion s'il est postérieur, l'assureur versera un capital décès au bénéficiaire désigné au certificat d'adhésion ou sur le dernier avenant en vigueur. Le montant du capital décès versé correspond au versement initial net de frais d'entrée de l'adhérent, diminué du cumul des montants versés par l'assureur (hors doublement garantie dépendance) au titre de la présente adhésion. Si le cumul des montants versés par l'assureur est supérieur au versement initial, le capital décès est nul.
- **L'option "annuités garanties"** : Si l'adhérent opte pour une rente viagère avec annuités garanties, l'assureur s'engage à verser au minimum le nombre d'annuités garanties choisi et ce, quelle que soit la date du décès de l'assuré.

Le nombre d'annuités doit respecter les limites réglementaires. Selon l'âge de l'assuré au moment de la conversion en rente, le nombre d'annuités garanties ne peut excéder 20 ans si l'assuré est âgé de 60 à 62 ans, 15 ans de 63 à 67 ans, 10 ans de 68 ans à 72 ans et 5 ans de 73 ans à 75 ans.

En cas de décès de l'assuré, le bénéficiaire désigné par l'adhérent pour cette garantie devient titulaire de la rente et bénéficie des revenus versés au titre de cette garantie jusqu'au terme du nombre minimum d'annuités garanties restant dues.

- **L'option "réversion adaptée"** : En cas de décès de l'assuré et au plus tôt à la fin de l'éventuelle période d'annuités garanties, le bénéficiaire au titre de la réversion adaptée devient titulaire de la rente et bénéficie de la fraction (entre 5 % et 100 %) de réversion mentionnée dans le certificat d'adhésion.
- **L'option "réversion majorée"** : En cas de décès de l'assuré et au plus tôt à la fin de l'éventuelle période d'annuités garanties, le bénéficiaire au titre de la réversion majorée devient titulaire de la rente et bénéficie de la fraction (entre 105 % et 200 %) de réversion mentionnée dans le certificat d'adhésion.
L'assuré désirant bénéficier de la garantie de réversion majorée doit satisfaire à l'adhésion aux formalités médicales simplifiées, en fonction desquelles l'assureur se prononce sur l'acceptation ou le refus des garanties complémentaires demandées.

Choix des options

Lors de l'adhésion, l'adhérent a la possibilité de choisir parmi les options définies ci-dessus. Son choix doit être effectué uniquement au moment de l'adhésion et ne peut être modifié ultérieurement.

L'adhérent peut ainsi opter pour une ou plusieurs options. Cependant, les "annuités garanties" ne peuvent pas être choisies avec les options "garantie décès" ou "majoration/minoration".

VII – GARANTIE DÉPENDANCE

Pour accéder à la garantie :

Pour pouvoir bénéficier de la garantie dépendance, l'assuré doit être âgé de 60 à 75 ans à l'adhésion (au moment de la conversion en rente). Il doit de plus satisfaire aux conditions suivantes :

- 1) ne pas être exonéré du ticket modérateur en application de l'article L.322-3 du Code de la Sécurité Sociale ou ne pas avoir effectué une demande d'exonération du ticket modérateur auprès de la Sécurité Sociale antérieurement à la date de la demande d'adhésion,
- 2) pour les personnes retraitées : ne pas avoir liquidé sa retraite au titre d'une inaptitude au travail ou à la suite du bénéfice d'une rente d'invalidité pour une invalidité supérieure ou égale à 40 %.

Ces conditions étant remplies, l'adhésion est également subordonnée à la décision du médecin conseil de l'assureur qui statue après examen du formulaire de déclaration de santé complété, si nécessaire, par un questionnaire médical complet.

Prise d'effet et durée de la garantie dépendance :

- **Application d'un délai de carence**

Le délai de carence court à compter de la date de prise d'effet de l'adhésion.

Toute dépendance consécutive à une maladie ayant débuté pendant le délai de carence, ne donne pas lieu à prise en charge par l'assureur et entraîne la résiliation de la garantie dépendance avec le remboursement du coût de la garantie sous forme d'augmentation du revenu de rente.

- **Durée du délai de carence**

1) Le délai de carence est ramené à 0 jour pour toute dépendance consécutive à un accident dont la survenance est postérieure à la prise d'effet de la conversion en rente. Par accident, il faut entendre tout événement soudain et violent, extérieur à l'assuré et non intentionnel de sa part et générateur d'une atteinte corporelle.

2) Le délai de carence est fixé à 3 ans pour toute dépendance consécutive à un état de démence sénile invalidante ou à la maladie d'Alzheimer.

3) Le délai de carence est fixé à 1 an pour tous les cas autres que ceux mentionnés ci-avant.

- **Durée de la garantie**

Le délai de carence passé, la durée de couverture de la garantie dépendance est viagère.

La couverture ne peut être remise en cause par l'assureur, à l'exception d'une fausse déclaration de l'assuré qui entraîne la nullité de la couverture conformément à l'article L.113-8 du Code des assurances.

Nature et montant de la garantie :

Lorsque l'état de dépendance est reconnu, dans les conditions définies ci-après (*Définition de l'état de dépendance*), la garantie est versée sous forme de rente tant que l'état de dépendance perdure. Dans tous les cas, le versement de la rente dépendance s'interrompt au décès de l'assuré.

La rente dépendance vient en complément de la rente viagère principale. Son montant est égal au montant de la rente viagère principale, sans pouvoir excéder 2 500 euros par mois.

Lorsque l'état de dépendance n'est plus reconnu, l'assureur propose à l'assuré le choix suivant :

- soit sa rente dépendance est suspendue pour reprendre sans délai le jour où son état de santé répond à nouveau aux critères du présent contrat,
- soit une rente viagère immédiate, venant en complément de la rente viagère principale, est versée à l'assuré. Le montant de cette rente est égal à 50 % du montant de la rente dépendance. Le choix alors effectué a un caractère définitif.

Définition de l'état de dépendance :

Est reconnue en état de dépendance, la personne satisfaisant cumulativement aux deux conditions suivantes :

1) L'état de santé est jugé "consolidé" et la personne se trouve être reconnue dans l'impossibilité physique totale et permanente de pouvoir effectuer seule au moins trois des quatre actes ordinaires de la vie : satisfaire à son hygiène corporelle, se nourrir, se déplacer, s'habiller :

- **Satisfaire à son hygiène corporelle** : capacité de se laver dans un bain ou une douche ou de faire sa toilette à l'éponge, sans l'assistance d'une tierce personne,
- **Se nourrir** : capacité de préparer les aliments mis à disposition et de les manger sans l'assistance d'une tierce personne,
- **Se déplacer** : capacité de se lever d'un lit ou d'une chaise, de se coucher, de s'asseoir, être capable de sortir de son domicile y compris en utilisant les moyens adaptés sans l'assistance d'une tierce personne,
- **S'habiller** : capacité de mettre ou d'enlever ses vêtements sans l'assistance d'une tierce personne.

2) Justifier en outre d'une prestation médicale dans l'un des cas suivants :

- de sa reconnaissance en invalidité troisième catégorie par la Sécurité Sociale : "est considérée comme invalide 3^e catégorie toute personne qui est reconnue définitivement incapable de se livrer à la moindre occupation ni au moindre travail lui procurant gain ou profit, et doit avoir recours pour les actes ordinaires de la vie à l'assistance d'une tierce personne" (cf. article L.314-4 du Code de la Sécurité Sociale),
- de son hospitalisation en long séjour dans un service adapté aux personnes dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien (loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 et circulaire n° 1575 du 24 septembre 1971),
- ou de l'assistance d'une tierce personne rémunérée, complétant les services de soins à domicile pris en charge par la Sécurité Sociale (loi n° 78-11 du 4 janvier 1978 et décret n° 81.448 du 8 mai 1981).

Cette assistance pourra le cas échéant, être apportée :

- par un membre de la famille même non rémunéré sous réserve d'un accord de prise en charge des soins par la Sécurité Sociale,
- par l'hébergement en cure médicale prise en charge par la Sécurité Sociale (décret n° 78.478 du 29 mars 1978),
- par un séjour en hôpital psychiatrique pour cause de démence sénile invalidante, reconnu et indemnisé par la Sécurité Sociale.

Lorsque la dépendance est d'origine neuropsychiatrique, celle-ci devra être également constatée médicalement par un neuropsychiatre par test de "Mini Mental State Examination" appelé M.M.S. de Folstein. Le résultat du test doit être inférieur à " 15 " pour que la dépendance soit reconnue.

Reconnaissance par l'assureur de l'état de dépendance :

C'est à l'assuré ou à toute autre personne de son entourage, d'apporter les pièces justificatives de l'état de santé de l'assuré.

Le dossier de demande d'ouverture des prestations doit comporter un certificat du médecin traitant ou du médecin hospitalier, exposant l'état de dépendance de l'assuré ainsi que sa date de survenance et précisant l'origine (accidentelle ou pathologique) de l'affection ou des affections.

En retour, un questionnaire médical de dépendance est adressé par l'assureur à l'assuré. Ce questionnaire est rempli par la ou les personnes qui s'occupent effectivement du malade et par le médecin traitant ou hospitalier. Ce dernier doit, de plus, fournir un dossier médical comportant les comptes-rendus d'hospitalisation et le résultat des examens complémentaires effectués. En cas d'affection neuropsychiatrique, des éléments descriptifs précis doivent en outre être communiqués (tests d'évaluation des fonctions cognitives).

De plus, si l'assuré est maintenu à domicile et s'il bénéficie des prestations d'un service de soins ou d'hospitalisation à domicile, la notification de prise en charge de ces soins, délivrée par la Sécurité Sociale, doit être produite. Si, en revanche, il est hospitalisé en centre de long séjour, en section de cure médicale ou dans un établissement spécialisé, la date d'entrée, le type d'établissement, le type de service et la nature de la prise en charge accordée par la Sécurité Sociale doivent être spécifiés dans le certificat médical rédigé par le médecin hospitalier. Ce questionnaire médical de dépendance ainsi que le dossier médical sont à envoyer au médecin conseil de l'assureur.

Ce dernier peut être amené à prendre contact avec le médecin concerné (médecin traitant ou médecin hospitalier) si les éléments décrivant la dépendance de l'assuré paraissent insuffisants. Le médecin conseil de l'assureur a toujours la possibilité de faire vérifier l'état de dépendance de l'assuré par le médecin de son choix et (ou) de faire pratiquer les examens médicaux qu'il jugera nécessaires. Un dossier refusé peut être examiné à nouveau par le médecin conseil de l'assureur après un délai de trois mois minimum depuis la dernière étude. Les pièces justificatives doivent comporter des éléments nouveaux justifiant de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré, intervenus depuis la dernière demande.

Contestation de l'évaluation par l'assureur de l'état de santé :

Dans le cas où l'assuré ou son représentant légal ainsi que le médecin traitant de l'assuré seraient en désaccord avec la décision du médecin conseil de l'assureur, il sera procédé à la désignation d'un médecin expert ayant pour mission de départager les parties. Ce médecin est choisi sur la liste des experts auprès des tribunaux parmi les spécialistes en gérontologie. A défaut d'entente sur ce choix, l'expert est désigné par le Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré qui statuera à la requête de la partie la plus diligente. Les honoraires et frais relatifs à ce troisième médecin sont supportés à charges égales par les deux parties, celles-ci s'interdisant d'avoir recours à la voie judiciaire tant que l'expertise n'a pas eu lieu.

SIGNATURE DE L'ADHERENT / ASSURE
(précédée de la mention "lu et approuvé")

Conditions de paiement de la rente dépendance :

La reconnaissance de la dépendance par l'assureur dans les conditions définies précédemment, donne droit à la perception par l'assuré de la rente dépendance déterminée dans les limites fixées précédemment (*Nature et montant de la garantie*). Pendant le service de la rente, l'assuré sera tenu d'informer l'assureur sur l'évolution de son état de santé et notamment de l'aviser, dans un délai de 30 jours :

- de la suppression de prise en charge précédemment accordée par la Sécurité Sociale,
- d'un changement d'établissement,
- de son retour à son domicile ou à celui d'un proche.

L'assureur se réserve la faculté de procéder à tout moment à un contrôle auprès de l'assuré et notamment de le faire examiner par un médecin de son choix. Il peut en outre demander communication de tout document qu'il jugerait nécessaire pour son appréciation de l'état de santé du bénéficiaire. L'assureur se réserve le droit, avant règlement de la rente, de demander un justificatif prouvant que l'assuré est toujours en vie. En cas de refus de l'assuré de se soumettre à un contrôle ou de communiquer les documents demandés, le paiement de la rente est suspendu.

Revalorisation de la rente dépendance :

Au début de chaque année, les assurés bénéficient d'une revalorisation de leur rente dépendance dans les mêmes conditions que pour la rente principale.

Risques exclus :

Sont exclues de la garantie dépendance les conséquences :

- **du fait volontaire ou intentionnel de l'assuré, tentative de suicide, mutilation, usage de stupéfiants non ordonnés médicalement, alcoolisme aigu ou chronique,**
- **de guerre civile ou étrangère, d'émeute, de rixe, d'actes de terrorisme dans lesquels l'assuré a pris une part active, étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis,**
- **de la transmutation de noyau de l'atome.**

VIII – DÉCÈS DE L'ASSURÉ OU DU BÉNÉFICIAIRE DE LA RÉVERSION

En cas de décès de l'assuré avant la prise d'effet de l'adhésion, l'assureur rembourse le versement initial.

En cas de décès de l'assuré après la date de prise d'effet de l'adhésion, le décès de l'assuré met fin à l'adhésion.

Dans le cas où le versement des revenus de rente aurait été poursuivi postérieurement au décès de l'assuré, ces versements devront être impérativement restitués à l'assureur.

Lorsqu'une option a été choisie :

• Si une option réversion a été choisie

L'assureur verse au bénéficiaire de la réversion, s'il est en vie à cette date, des revenus égaux au taux de réversion défini au certificat d'adhésion, appliqué au dernier revenu de rente principale que percevait l'assuré décédé.

La demande de réversion doit être accompagnée d'un extrait d'acte de décès de l'assuré, d'un relevé d'identité bancaire et de la copie d'une pièce d'identité en cours de validité du bénéficiaire de la réversion ainsi que de l'original du certificat d'adhésion.

Le terme de l'adhésion n'intervient alors qu'à la date de décès du bénéficiaire de la rente. Dans le cas où le versement des revenus de la rente de réversion aurait été poursuivi postérieurement au terme de l'adhésion, ces versements devront être impérativement restitués à l'assureur.

• Si l'option "garantie dépendance" ou "majoration / minoration" a été également choisie :

Les garanties « dépendance » et « majoration / minoration » ne s'appliquent pas au bénéficiaire de la réversion si elle avait été choisie. L'assiette de calcul du montant des arrrages de la rente de réversion est le montant des arrrages de la rente principale (hors doublement, majoration, minoration).

• Si l'option "annuités garanties" a été choisie

Si le nombre d'annuités effectivement servies au décès de l'assuré est inférieur au nombre minimum garanti sur le certificat de rente, l'assureur verse au bénéficiaire désigné par l'adhérent pour cette garantie une rente égale au dernier montant de rente que percevait l'assuré décédé.

Les montants versés au titre de cette garantie sont limités au nombre d'annuités permettant d'atteindre le nombre minimum d'annuités garanties.

Le terme de l'adhésion n'intervient alors qu'à la date du règlement de la dernière annuité garantie.

• Si l'option "garantie dépendance" a été également choisie :

La "garantie dépendance" ne s'applique pas au bénéficiaire de la réversion si elle avait été choisie. L'assiette de calcul du montant des arrrages de la rente de réversion est le montant des arrrages de la rente principale (hors doublement).

• Si l'option de réversion a été également choisie :

- Si le nombre d'annuités effectivement servies au décès de l'assuré est supérieur au nombre minimum garanti sur le certificat de rente, l'assureur verse au bénéficiaire désigné une rente égale au taux de réversion défini au certificat d'adhésion, appliqué au dernier montant de la rente principale que percevait l'assuré décédé.

- Si le nombre d'annuités effectivement servies au décès de l'assuré est inférieur au nombre minimum garanti sur le certificat de rente, l'assureur garantit le nombre d'annuités restant dus, permettant d'atteindre le nombre minimum d'annuités garanties.

Le terme de l'adhésion n'intervient alors qu'à la date de décès du bénéficiaire de la rente de réversion.

Dans tous les cas, lorsque le versement de la rente s'est poursuivi indûment, postérieurement au décès de l'assuré ou du bénéficiaire de la réversion, ces versements devront être impérativement restitués à l'assureur.

• Si l'option "garantie décès" a été choisie

L'assureur verse au terme de l'adhésion et dans un délai de 1 mois à compter de la réception des pièces justificatives, le montant du capital décès tel qu'indiqué à l'article VI des présentes conditions générales valant notice d'information.

La demande de règlement des sommes dues au titre de la garantie décès doit être adressée au siège social de l'assureur et doit être accompagnée d'un extrait d'acte de décès de l'assuré, du certificat d'adhésion original précisant le bénéficiaire éventuel de la réversion et de la copie d'une pièce d'identité en cours de validité pour chaque bénéficiaire.

Sont exclues de la garantie décès les conséquences :

- **du fait volontaire ou intentionnel de l'assuré, tentative de suicide, mutilation, usage de stupéfiants non ordonnés médicalement, alcoolisme aigu ou chronique,**
- **de guerre civile ou étrangère, d'émeute, de rixe, d'actes de terrorisme dans lesquels l'assuré a pris une part active, étant précisé que les cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger sont garantis,**
- **de la transmutation de noyau de l'atome.**

Montant de l'arrage de la rente de réversion :

Lorsque le montant de l'arrage de la rente de réversion est inférieur au minimum défini à l'article A.160-2 du Code des assurances, le bénéficiaire peut :

- soit modifier la périodicité du paiement de ces arrrages afin d'atteindre le montant minimum,
- soit opter pour un versement unique correspondant à la provision mathématique de la rente de réversion.

IX - LOI APPLICABLE AU CONTRAT ET RÉGIME FISCAL

En vertu de l'article 158-6 du CGI, les rentes viagères constituées à titre onéreux ne sont considérées comme un revenu, que pour une fraction de leur montant. Cette fraction, déterminée d'après l'âge du créancier lors de l'entrée en jouissance de la rente, est fixée à :

- à 70 % si l'intéressé est âgé de moins de 50 ans ;
- à 50 % s'il est âgé de 50 à 59 ans inclus ;
- à 40 % s'il est âgé de 60 à 69 ans inclus ;
- à 30 % s'il est âgé de plus de 69 ans.

Lorsque la rente est réversible, l'âge à retenir pour déterminer la fraction imposable de la rente est en principe celui du plus jeune des créanciers. Néanmoins, lorsque la réversibilité est prévue au profit du conjoint, il convient de retenir tant pendant la vie des deux époux qu'au décès de l'un d'eux, l'âge de l'ainé au moment de l'entrée en jouissance de la rente réversible.

Mais, il est fait application de la solution suivante si elle est plus favorable ; on tient compte de l'âge atteint par le nouveau bénéficiaire au moment où il perçoit pour la première fois les arrrages.

Enfin, lorsqu'elles s'opèrent au profit d'un conjoint ou entre parents en ligne directe, les reversions de rente viagère sont exonérées de droits de successions. De même, les reversions de rente viagère au profit du conjoint survivant ou entre parents en ligne directe ne sont pas assujetties au prélèvement prévu à l'article 990 I du CGI.

X - AUTRES DISPOSITIONS

1 FACULTÉ DE RENONCIATION

L'adhérent peut renoncer à son adhésion ; il lui suffit d'adresser une lettre recommandée avec avis de réception au siège de La Mondiale Partenaire, (104-110 Boulevard Haussmann, 75379 PARIS Cedex 08) dont le modèle figure ci-après. L'adhésion prend fin en toutes ses dispositions à compter de la date de réception de la lettre adressée à La Mondiale Partenaire qui s'engage alors à rembourser, dans un délai maximum de trente jours, l'intégralité des sommes versées sur le compte d'origine.

"Messieurs, Je vous informe que je renonce à donner suite à mon adhésion n° au contrat APREP RENTE UNIVERSELLE signée en date du pour un montant de Afin de permettre à La Mondiale Partenaire de satisfaire à ses obligations dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, je précise la raison qui me pousse à renoncer à mon adhésion : Je vous prie de bien vouloir me rembourser l'intégralité des sommes versées dans un délai maximum de 30 jours à compter de la réception de la présente lettre. Fait à le Signature."

L'adhérent peut renoncer au présent contrat en utilisant le modèle ci-dessus pendant 30 jours calendaires révolus à compter de la réception du certificat d'adhésion l'informant de la conclusion du contrat.

2 PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Ce délai est porté à dix ans lorsque le bénéficiaire est différent de l'adhérent. Cette prescription peut être interrompue par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'adhérent ou par le bénéficiaire à l'assureur (articles L.114-1 et L.114-2 du Code des assurances).

3 INFORMATIQUE ET LIBERTÉS

La collecte des données personnelles de l'adhérent est effectuée par l'assureur dans le cadre d'un traitement relatif à la gestion administrative de son dossier, dont le responsable demeure la société La Mondiale Partenaire. Conformément à la loi du 6 janvier 1978 modifiée, l'adhérent bénéficie d'un droit d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition sur les données qui le concernent, sur simple courrier adressé à AG2R LA MONDIALE, Direction des Risques - Conformité, 104-110 Boulevard Haussmann, 75379 PARIS Cedex 08. Pour les traitements mis en œuvre aux seules fins de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, le droit d'accès de l'adhérent aux données s'exerce auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, 8 rue Vivienne, CS 30223, 75083 PARIS Cedex 02.

4 DURÉE DU CONTRAT COLLECTIF

Le contrat conclu entre l'assureur et le souscripteur a pris effet le 1^{er} janvier 2003, a été modifié en date du 06 mai 2005 et prend fin au dernier jour de l'année civile concernée. Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction le premier janvier de chaque année. Cette reconduction peut être interrompue par un avis de résiliation adressé par le souscripteur à l'assureur ou par l'assureur au souscripteur, par lettre recommandée adressée trois mois au moins avant la date de reconduction.

Les clauses et conditions du présent contrat, ainsi que les avenants éventuels conclus d'un commun accord entre les parties, s'appliquent à tous les adhérents.

En cas de résiliation du présent contrat, les adhésions en cours à cette date continueront à produire l'ensemble de leurs effets jusqu'à leur propre terme. Aucune adhésion nouvelle ne pourra être acceptée au-delà de la date de résiliation.

Les adhésions au contrat APREP RENTE UNIVERSELLE ne sont pas transférables à l'initiative du souscripteur.

SIGNATURE DE L'ADHERENT / ASSURE
(précédée de la mention "lu et approuvé")