

A photograph of a business meeting in a modern office. A woman with glasses and a dark jacket is leaning over a table, looking at a document. A man in a grey sweater and white shirt is sitting at the table, looking at the document. Another woman with grey hair and a light blue jacket is sitting at the table, looking at the document. The background shows large windows and a modern office interior.

Conditions générales

Business'Expat Prévoyance

Intermédiaire : MSH International
Siège social : Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch 75816 Paris Cedex 17 France

CONTRAT D'ASSURANCE GROUPE

REGIME PREVOYANCE

N° DE CONTRAT : **080582/001**

entre « L'ASSOCIATION SOUSCRIPTRICE »,

DATE D'EFFET : 1^{ER} Janvier 2018

PREVINTER

39 rue Mstislav Rostropovitch France
75816 Paris Cedex 17
France

Au nom et pour le compte de l'Entreprise Adhérente de l'Association Souscriptrice
d'une part,

et « L'ASSUREUR »,

AWP Health & Life S.A.

Société Anonyme au capital de 65 190 446 euros
immatriculée au R.C.S. de Nanterre, sous le numéro 401 164 679
régie par le Code des assurances dont le siège social est situé à cette adresse :
Tour Neptune – Case Postale 2513- 20 place de Seine – 92086 Paris la Défense cedex
France
Autorité chargée du contrôle d'AWP Health & Life S.A. :
Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) 61, rue Taitbout - 75436 Paris
Cedex 09

d'autre part,

D'UN COMMUN ACCORD ENTRE LES PARTIES, IL EST CONVENU CE QUI SUIT :

Le présent contrat est régi par le Code des Assurances. Il est établi aux conditions suivantes :

PREAMBULE

L'Association dénommée PREVINTER a souscrit, auprès d'AWP Health & Life SA, pour le compte de son adhérent, l'Entreprise adhérente, un régime de prévoyance. Celui-ci a pour objet de garantir aux salariés de l'Entreprise adhérente, de toute nationalité et ayant le statut d'expatrié dans le monde entier, de prestations en cas d'incapacité de travail, d'invalidité et en cas de décès.

Les droits et les obligations qui en résultent,

- pour l'« Association souscriptrice » du contrat, « PREVINTER »,
- pour l'adhérent de l'Association souscriptrice dénommé « l'Entreprise Adhérente »,
- pour le personnel expatrié de l'Entreprise Adhérente qui prend la qualité d'« Assuré »,
- pour l'Assureur représenté par AWP Health & Life SA, dénommé « l'Assureur »,

sont fixés par le présent contrat régi par le droit français.

PRESENTATION GENERALE DES OPTIONS DE COUVERTURE « PREVOYANCE »:

Le présent contrat d'assurance offre, en complément de la garantie obligatoire de base Capital en cas de décès et Perte totale et irréversible d'autonomie (Article 12), différentes options de couvertures au choix de l'Entreprise Adhérente et reportées aux Dispositions Particulières :

- Capital supplémentaire en cas de décès accidentel ou de Perte totale et irréversible d'autonomie par suite d'accident (Article 13)
- Capital en cas d'infirmité (invalidité permanente – Article 14)
- Indemnités quotidiennes et rente d'invalidité (garantie « Arrêt de travail » - Article 15)
- Indemnités quotidiennes (garantie « Protection des revenus » - Article 16). La garantie « Protection des revenus » comporte deux sous garanties qui peuvent être souscrites individuellement l'une de l'autre ou ensemble : Incapacité de courte durée (STD) et Incapacité de longue durée (LTD).

Il est précisé que les garanties optionnelles « Arrêt de travail » et « Protection des revenus » sont alternatives et ne peuvent donc être choisies simultanément.

DISPOSITIONS GENERALES

Les présentes Dispositions Générales sont enregistrées sous la référence 080582/001

PREAMBULE	3
TITRE I – OBJET ET BASES DU CONTRAT	5
Article 1 - Objet du contrat	5
Article 2 – Effet, durée et renouvellement du contrat	5
Article 3 – Effet, durée et renouvellement du certificat d’adhésion	5
Article 4 – Obligations de l’Association souscriptrice et de l’Entreprise adhérente	6
Article 5 - Traitement de référence	7
Article 6 - Autres dispositions	8
TITRE II – LES ASSURES	11
Article 7 - Catégorie de personnel à affilier	11
Article 8 - Conditions d’admission	11
Article 9 - Entrée en vigueur des garanties	11
Article 10 - Cessation ou suspension des garanties	12
TITRE III – LES GARANTIES ET PRESTATIONS	12
Article 11 - Définitions préalables	12
Article 12 - Capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d’autonomie	15
Article 13 - Capital supplémentaire en cas de décès accidentel ou de perte totale et irréversible d’autonomie par suite d’accident (garantie optionnelle)	15
Article 14 - Capital en cas d’infirmité (invalidité permanente – garantie optionnelle)	15
Article 15 - Indemnités quotidiennes et rente d’invalidité (garantie « Arrêt de travail » optionnelle)	16
Article 16 - Indemnités quotidiennes (garantie « protection des revenus » optionnelle)	19
Article 17 - Revalorisation des prestations et du traitement de référence	21
Article 18 - Maintien des garanties au niveau atteint en cas d’incapacité de travail ou d’invalidité d’un Assuré, y compris après résiliation du contrat	22
Article 19 - Contrôle et arbitrage médical	22
TITRE IV – RISQUES EXCLUS	24
Article 20 - Exclusions générales	24
Article 21 - Exclusions propres aux garanties	24
TITRE V - COTISATIONS	26
Article 22 - Taux et base de calcul	26
Article 23 - Paiement	27
Article 24 - Non-paiement	27
TITRE VI - FORMALITES EN CAS DE SINISTRE	28
Article 25 – Documents justificatifs à fournir	28
ANNEXE 1 – BAREME INFIRMITE (INVALIDITE PERMANENTE)	30
ANNEXE 2- DETERMINATION DU DEGRE "N" D'INVALIDITE	31

TITRE I – OBJET ET BASES DU CONTRAT

Article 1 - Objet du contrat

Le présent contrat d'Assurance Collective est régi par le Code des assurances, notamment par les dispositions du Titre IV du livre I dudit Code relatif aux assurances de groupe. Les déclarations, tant de l'Entreprise que des Assurés, lui servent de base.

Il a pour objet de garantir aux salariés de l'Entreprise adhérente, de toute nationalité et ayant le statut d'expatrié dans le monde entier de tout ou partie des garanties décrites au Titre III.

Le contrat est constitué :

- du certificat d'adhésion rempli et signé par le représentant de PREVINTER et l'Entreprise adhérente,
- des présentes Dispositions Générales définissant les obligations réciproques et l'ensemble des garanties pouvant être souscrites,
- des Dispositions Particulières précisant les garanties effectivement souscrites complétant et amendant celles figurant dans lesdites Dispositions Générales ainsi que le montant des prestations et des cotisations.
- d'une Notice d'information remise à PREVINTER par l'Assureur qui précise les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur et d'application et les formalités à accomplir en cas de sinistre.

La totalité du personnel salarié expatrié de l'Entreprise adhérente tel que défini contractuellement doit obligatoirement être assurée par le présent Contrat.

Article 2 – Effet, durée et renouvellement du contrat

Le contrat prend effet le 1^{er} Janvier 2018 pour une période se terminant le 31 décembre 2018, sous réserve de sa signature par l'Association souscriptrice PREVINTER.

Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier pour une durée d'un an, sauf résiliation par l'une des parties au moyen d'une lettre recommandée avec accusé de réception envoyée, au plus tard, le 31 octobre précédent.

Le contrat peut également prendre fin à l'initiative de l'Assureur :

- suite à une liquidation judiciaire de l'Association souscriptrice,
- en cas de non-paiement des cotisations selon les modalités définies à l'Article 24 du contrat,
- à la date de résiliation du certificat d'adhésion de l'Entreprise Adhérente.

Article 3 – Effet, durée et renouvellement du certificat d'adhésion

Pour l'Entreprise Adhérente, l'adhésion à l'assurance est constatée **par un certificat d'adhésion signé par PREVINTER et par l'Entreprise adhérente** qui mentionne notamment :

- le numéro d'adhésion,
- la date d'effet de l'assurance,
- le traitement de référence
- la zone de couverture,
- la nature et le montant des garanties souscrites,
- le montant des cotisations.

Pour l'Entreprise Adhérente, l'assurance prend effet à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion, et au plus tôt le 1^{er} janvier 2018, pour une période d'un an se terminant à sa date d'échéance.

Il se renouvelle ensuite par tacite reconduction à son échéance chaque année pour une durée d'un an, sauf résiliation par l'Entreprise Adhérente au moyen d'une lettre recommandée envoyée à l'Association souscriptrice au plus tard le 2 mois précédant l'échéance, la résiliation devenant effective à la date d'échéance suivante. L'Association souscriptrice s'engage à en informer immédiatement l'Assureur.

Le certificat d'adhésion peut également prendre fin :

- à la date à laquelle l'Entreprise adhérente n'est plus adhérente de PREVINTER,
- à la date de résiliation du présent contrat.

Article 4 – Obligations de l'association souscriptrice et de l'entreprise adhérente

Obligations de l'Association souscriptrice

PREVINTER s'engage à :

- remettre à l'Entreprise adhérente, la Notice d'information, transmise par l'Assureur, résumant les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur et d'application et les formalités à accomplir en cas de sinistre,
- informer par écrit l'Entreprise adhérente des modifications qu'il est prévu, le cas échéant, d'apporter à ses droits et obligations, notamment avant toute réduction de garanties, toute modification tarifaire ou résiliation de l'adhésion.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte par l'Association Souscriptrice, l'Assureur est en droit, en application des articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances, soit d'invoquer la nullité du contrat, soit d'en poursuivre l'exécution aux nouvelles conditions qu'il fixera.

Obligations de l'Entreprise adhérente

PREVINTER s'engage à informer l'Entreprise adhérente des obligations énumérées ci-après. L'Entreprise adhérente s'engage donc :

4.1 à affilier à l'assurance, la totalité des membres présents et futurs appartenant à la catégorie de personnel expatrié défini au présent contrat, et ceci pour l'ensemble des garanties souscrites par l'Entreprise adhérente.

4.2 à fournir les pièces suivantes à l'Assureur, par l'intermédiaire de l'Association souscriptrice :

4.2.1 Lors de sa demande d'adhésion :

- un formulaire d'adhésion signé par l'Entreprise adhérente sur lequel figurent, la catégorie de personnel expatrié à assurer, le niveau des garanties retenues et les taux de cotisation et y sont joints :
 - la liste nominative des membres appartenant à la catégorie de personnel expatrié à assurer, distinguant si tel est le cas, ceux d'entre eux qui sont atteints d'incapacité de travail ou d'invalidité, par suite de maladie ou d'accident, ou sont en mi-temps thérapeutique, ou en congé de maternité ou paternité, ou encore ceux dont le contrat de travail est suspendu ; cette liste doit être également signée par l'Entreprise adhérente,
 - les documents d'affiliation des membres appartenant à la catégorie de personnel expatrié à assurer, qu'ils soient ou non présents au travail, mentionnant leur pays d'expatriation.

4.2.2 Dans les quinze jours qui suivent leur prise de fonctions ou leur nomination (changement de catégorie) :

- les formulaires d'affiliation des nouveaux membres admissibles. Si ce délai n'est pas respecté, l'affiliation ne sera effective qu'au jour de réception par l'Assureur de ce document d'affiliation, même si des cotisations ont déjà été versées par l'Entreprise adhérente pour les intéressés.

4.2.3 Le règlement de la cotisation tel que prévu à l'article 23, aux dates mentionnées sur l'appel de cotisation envoyé par l'Assureur, accompagné s'il y a lieu, des modifications survenues :

- dans la composition du personnel assuré, avec indication des dates d'entrée ou de sortie et le motif du départ (notamment, le retour dans le pays d'origine, la maladie de longue durée ou autre, le départ en retraite ou préretraite, le licenciement, la démission, etc.),
- dans le changement du pays d'expatriation,
- dans le pays d'origine,
- dans la situation de famille et les charges de famille,
- dans l'adresse ou la raison sociale de l'Entreprise adhérente. le bordereau de régularisation annuelle, fourni par l'Assureur avec l'indication des personnes assurées au cours de l'exercice écoulé, ainsi que les dates d'entrée et de sortie.

4.3 à remettre à chaque Assuré, la Notice d'information transmise par l'Association souscriptrice, résumant les garanties, leurs modalités d'entrée en vigueur et d'application et les formalités à accomplir en cas de sinistre.

4.4 à informer par écrit les Assurés des modifications qu'il est prévu, le cas échéant, d'apporter à leurs droits et obligations, notamment avant toute réduction de garanties, toute modification tarifaire ou résiliation de l'adhésion.

Article 5 - Traitement de référence

5.1 Définition

Sauf dispositions spécifiques à certaines garanties, les prestations et les cotisations sont déterminées en fonction du salaire annuel d'activité brut déclaré et versé par l'Entreprise au titre de la période retenue pour le calcul des cotisations ou des prestations.

Le traitement de référence est plafonné à 250 000 (deux cent cinquante mille) Euros ou USD, selon la devise choisie à l'adhésion.

5.2 Base des prestations

Pour chaque garantie souscrite, le mode de calcul des prestations est fixé aux Dispositions Particulières.

Lorsque le montant des prestations est calculé en fonction du salaire d'activité déclaré et versé par l'Entreprise, ce dernier est égal au montant des salaires ayant donné lieu à paiement des cotisations, au cours des douze derniers mois civils consécutifs précédant la date de l'événement ouvrant droit aux prestations.

Si son montant est réduit ou nul du fait d'absence pour maladie, accident, congé maternité ou paternité, il est reconstitué dans la limite de celui correspondant à l'horaire normal d'activité de l'Assuré au cours des douze derniers mois civils consécutifs antérieurs à l'absence.

Lorsque l'Entreprise ne peut justifier de douze mois consécutifs de cotisation pour l'Assuré jusqu'à la date de l'événement (embauche ou mise en place du régime), le traitement annuel est égal à douze fois la moyenne mensuelle du salaire perçu depuis la date d'effet des garanties.

Si le traitement de référence comporte des sommes devenues exigibles du fait d'une rupture du contrat de travail, l'Assureur ne prend pas celles-ci en compte.

Lorsque le calcul des prestations tient compte de la situation de famille ou des personnes à charge de la personne assurée, celles-ci sont appréciées à la date de l'événement ouvrant droit aux prestations.

Article 6 - Autres dispositions

6.1 Clause de globalisation des résultats

Au titre de chaque exercice civil et de l'ensemble des contrats de même nature auquel le présent contrat appartient et prévoyant une même provision pour égalisation des risques destinée à faire face aux fluctuations de sinistralité, l'Assureur établit des comptes de résultats communs en fonction des ressources et des charges qui leur sont imputables.

6.2 Révision

Les conditions du présent contrat tiennent compte des dispositions législatives et réglementaires en vigueur à la date d'effet de celui-ci.

Toutefois, si celles-ci venaient à être modifiées en cours de contrat, l'Assureur se réserve la possibilité de procéder à une révision du contrat, au plus tôt, à compter de la date d'effet des nouvelles dispositions. L'Entreprise conserve néanmoins la possibilité de demander dans les trente jours suivant la notification de l'Assureur la résiliation du contrat sans délai de préavis.

La résiliation prendra alors effet le premier jour du mois civil suivant la demande de l'Entreprise ou à compter de la date de modification proposée si elle est postérieure.

Dans ce dernier cas, les conditions de garanties et de cotisations sont maintenues jusqu'à la date de résiliation sur les bases en vigueur avant lesdites modifications.

6.3 Champ de couverture des garanties

Sauf stipulation contraire mentionnée aux Dispositions particulières, les garanties peuvent intervenir, 24 heures sur 24, tant dans la vie privée que dans la vie professionnelle en cas de maladie ou d'accident.

6.4 Sinistres

Tout événement susceptible d'ouvrir droit aux prestations doit survenir pendant la période d'effet de la garantie concernée et être déclaré dans les délais fixés par celle-ci ou, si aucun délai n'est prévu, dans les six mois suivant cet événement.

Sauf cas de force majeure, les maladies ou accidents non déclarés dans les six mois qui suivent l'arrêt de travail seront exclus de la garantie et à ce titre non indemnisés, sous réserve que l'absence ou le retard de déclaration ait causé un préjudice à l'assureur

La notice d'information remise à chaque Assuré par l'Entreprise fait mention des pièces justificatives à faire parvenir à l'Assureur.

6.5 Prescription

Les dispositions relatives à la prescription des actions dérivant du contrat d'assurance sont fixées par les articles L.114-1 à L.114-3 du Code des assurances reproduits ci après:

Article L.114-1 du Code des assurances :

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

1° En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;

2° En cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Article L.114-2 du Code des assurances :

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

Article L.114-3 du Code des assurances :

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

Information complémentaire :

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription sont énoncées aux articles 2240 et suivants du Code civil ; parmi ces dernières figurent notamment : la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait, demande en justice même en référé, acte d'exécution forcée. Pour connaître l'exhaustivité des causes ordinaires d'interruption de la prescription se reporter aux articles du Code civil précités.

6.6 Recours

Conformément au Code des assurances, le bénéficiaire des prestations donne subrogation à l'Assureur en vue d'engager toute action récursoire à l'encontre de tout tiers responsable.

L'Assureur renonce à toute action récursoire contre l'Entreprise.

6.7 Réclamation

En cas de difficultés, l'Entreprise adhérente ou les Assurés doivent d'abord consulter le Gestionnaire MSH International par écrit à l'adresse suivante : MSH International, Service réclamation, Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch 75815 Paris Cedex 17 France. Si à la suite de ce premier contact un différend éventuel persistait, ils ont la possibilité de s'adresser à MSH International, Service réclamation, Season, 39 rue Mstislav Rostropovitch 75815 Paris Cedex 17 France. Si à la suite de ce premier contact un différend éventuel persistait, vous avez la possibilité de vous adresser au Médiateur de la Chambre Syndicale des Courtiers d'Assurances, compétent pour toute réclamation d'un particulier, 91 rue Saint Lazare, 75009 PARIS, ou à l'Autorité de Contrôle Prudentiel, 61 rue Taitbout 75009 PARIS.

Si, sa réponse ne satisfait pas à l'attente des Assurés ou de l'Entreprise adhérente, ces derniers peuvent adresser une réclamation par simple lettre ou courriel à :

AWP Health & Life S.A. - Relations Clients, Case Courrier 2513, 20 place de Seine, 92086 Paris La Défense Cedex.

Courriel : client.care@allianzworldwidecare.com

AWP Health & Life S.A. adhère à la charte de la médiation de l'Assurance. Aussi, en cas de désaccord persistant et définitif, l'Entreprise adhérente ou les Assurés ont la faculté, après épuisement des voies de traitement internes indiquées ci-dessus, de faire appel au Médiateur de l'Assurance,

- par voie postale à l'adresse suivante :
La Médiation de l'Assurance
TSA 50 110
75 441 Paris Cedex 09

- ou via son site internet :
<https://www.mediation-assurance.org/>

et ceci sans préjudice des autres voies d'actions légales.

6.8 Clause de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

Les informations concernant l'Entreprise ou des Assurés sont utilisées pour la gestion des contrats. L'Entreprise ou les Assurés bénéficient d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition, conformément aux termes de la Loi 78-17 du 06.01.1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

6.9 Limitation – Déclaration préalable

En cas de pluralité de sinistres causés par un même événement et sous réserve des dispositions du paragraphe suivant, le cumul des prestations servies à ce titre par l'Assureur pour l'ensemble des contrats d'assurances collectives en cas de décès et d'invalidité souscrits par l'Entreprise adhérente ne peut excéder 60 millions d'euros. Si cette somme est atteinte, elle est répartie entre tous les Assurés sinistrés proportionnellement aux montants respectifs des prestations garanties avant limitation.

Déclaration préalable en cas de déplacement collectif ou autres circonstances aggravantes

Lorsque par le fait de l'Entreprise adhérente ou des organismes qu'elle contrôle, plus de cinquante Assurés sont amenés à se déplacer ensemble dans le même véhicule de transport, que ce soit à titre professionnel ou non, l'Entreprise doit en déclarer les circonstances par écrit à l'Assureur au moins quinze jours ouvrés avant ledit déplacement.

Lorsque sur la base de cette déclaration, la limitation des prestations prévue ci-dessus est susceptible d'intervenir, l'Assureur fait connaître à l'Entreprise adhérente, dans les dix jours ouvrés suivant la date de réception de la déclaration, les conditions dans lesquelles il pourra y être dérogé.

6.10 Clause de limitation ou d'exclusion pour cause de sanction

L'Assureur ne sera pas tenu comme engagé par la couverture d'une garantie d'assurance (ou de réassurance), ni par le règlement d'un sinistre ou la fourniture de prestations au titre des présentes dispositions si cette couverture, ce règlement ou ces prestations l'exposent à une quelconque sanction, interdiction ou restriction au titre de résolutions des Nations-Unies en matière de sanctions économiques ou commerciales, ou en vertu des lois et réglementations de l'Union Européenne, des Etats-Unis d'Amérique ou de toute autre juridiction.

Article 7 – Entreprise adhérente

Peuvent adhérer au présent Contrat uniquement les Entreprises Adhérentes de l'Association Souscriptrice Prévinter comportant plus de quatre employés éligibles au présent contrat tels que défini à l'Article 8.

TITRE II – LES ASSURES

Article 8 - Catégorie de personnel a affilier

Sont affiliés les membres de la catégorie de personnel salarié expatrié de l'Entreprise Adhérente définie aux Dispositions Particulières.

Ne peuvent être affiliés les salariés expatriés dont le pays d'expatriation est le suivant : Afghanistan, Burundi, Inde (y/c:Jammu, Cachemire, Punjab, Rajasthan, Gujarat), Irak, Israël – territoires palestiniens, Libéria, Libye, Nigéria, Rep. Dem. Congo, République du Congo, Rwanda, Sierra Leone, Somalie, Timor Oriental, Yemen.

Article 9 - Conditions d'admission

Les membres de la catégorie de personnel à assurer doivent, au moment de leur affiliation :

- remplir et signer une Demande Individuelle d'Affiliation, pouvant comporter un questionnaire d'état de santé,
- et désigner les bénéficiaires en cas de décès.

Lorsque la Demande Individuelle d'Affiliation comporte un questionnaire d'état de santé, l'Assureur peut demander, si nécessaire, l'accomplissement de formalités médicales ou la production de toute information complémentaire.

L'Assureur se réserve le droit, au vu des documents et renseignements précités, de limiter les garanties ou de revoir le tarif du contrat indiqué dans la demande d'adhésion ou encore de refuser l'adhésion de l'Entreprise.

En cours de contrat, lors de l'entrée dans la catégorie de personnel assuré de salariés présentant un risque aggravé, l'Assureur peut également revoir les taux de cotisation prévus aux Dispositions Particulières au 1^{er} janvier de l'exercice suivant.

L'Assureur informe l'Entreprise en lui envoyant un Avenant l'informant des nouveaux taux de cotisation applicables.

L'Entreprise peut refuser cette augmentation et résilier son contrat en adressant à l'Assureur une lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de trente jours à compter de la date de réception de l'Avenant envoyé par l'Assureur. La résiliation prend effet le premier jour du trimestre civil suivant la notification de refus.

À défaut de résiliation par l'Entreprise dans le délai de trente jours, la majoration est considérée comme acceptée par celle-ci.

Article 10 - Entrée en vigueur des garanties

10.1 Lorsque le contrat a pris effet, les garanties sont effectives pour chaque membre du personnel salarié qui prend la qualité d'Assuré aux dates suivantes :

10.1.1 Personnel affilié lors de la prise d'effet du contrat :

- dès cette dernière date, sous réserve du respect par l'Entreprise Adhérente de l'article 3.2.1 du contrat,

10.1.2 Personnel affilié postérieurement à la date d'effet du contrat :

- à sa date d'entrée dans la catégorie de personnel salarié à assurer.

Article 11 - Cessation ou suspension des garanties

Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi, l'Assuré une fois admis, ne peut être exclu de l'Assurance contre son gré tant qu'il fait partie de la catégorie de personnel salarié à assurer sous réserve des dispositions de l'article L.141-3 du Code des assurances.

11.1 Toutes les garanties, y compris la garantie prévue à l'Article 18, cessent en tout état de cause :

11.1.1 Pour chaque Assuré :

- pour chacune des garanties, à la date à laquelle il cesse d'appartenir à la catégorie de personnel à laquelle les Dispositions Particulières s'appliquent, sous réserve des dispositions prévues à l'Article 18 relatif au maintien des garanties en cas d'arrêt de travail,
- ou à la date d'attribution d'une pension vieillesse ou de prestations de tout régime de retraite collectif ou d'une pension pour inaptitude au travail de la Sécurité sociale française ou de son équivalent local,
- ou au plus tard au jour de son 70^{ème} anniversaire.

11.1.2 Pour la totalité des Assurés appartenant à la catégorie de personnel précitée :

- à la date de résiliation du contrat, sous réserve des dispositions prévues à l'Article 18 relatif au maintien des garanties du contrat en cas d'arrêt de travail.

11.2 En cas de suspension du contrat de travail pour toute autre cause que les congés payés annuels, une maladie, un accident, une maternité ou une paternité, les garanties sont elles-mêmes suspendues pendant la même période.

TITRE III – LES GARANTIES ET PRESTATIONS

Article 12 - Définitions préalables

12.1 Personnes à charge

Chaque fois que les garanties ou le montant des prestations en tiennent compte, il faut entendre par :

12.1.1 Conjoint

Le conjoint de l'Assuré marié ou à défaut, le partenaire lié par un Pacte Civil de Solidarité « PACS ».

12.1.2 Concubin

On entend par « concubin » la personne vivant maritalement avec l'Assuré et remplissant avec ce dernier les deux conditions cumulatives suivantes :

- qu'ils soient tous les deux libres de tout lien matrimonial,
- que le concubinage ait été déclaré par l'Assuré lors de son affiliation, avec production d'un certificat attestant de cette situation.

Si la déclaration du concubinage est postérieure à la date d'affiliation de l'assuré, la personne n'est prise en compte en tant que concubin (e) qu'après une période de 6 mois. Ce délai n'est pas nécessaire si un enfant né de cette union est à la charge de l'affilié. La cessation de l'état de concubinage doit être déclarée par écrit par l'affilié.

En outre, pour la détermination des capitaux décès, la preuve de vie maritale devra dater de plus d'un an à la date du sinistre.

Une seule personne sera prise en charge en tant que bénéficiaire.

12.1.3 Enfants à charge

Les enfants non mariés de l'Assuré et ceux de son conjoint (ou de son partenaire de PACS, ou de son concubin), vivant sous le toit de l'Assuré, qu'ils soient légitimes, reconnus, adoptifs ou recueillis lorsqu'ils sont fiscalement à charge de l'Assuré :

- nés viables moins de **300** jours après le décès de l'Assuré,
- s'ils sont mineurs,
- ou quel que soit leur âge, s'ils sont titulaires de la carte d'invalidité prévue à l'article L. 241-3 du Code de l'Action Sociale et des Familles,
- ou s'ils remplissent les conditions cumulatives suivantes :
 - être âgés de moins de 26 ans,
 - bénéficiant d'un régime de Sécurité sociale français ou de son équivalent local,
 - ne pas être salariés ou ne pas bénéficier de ressources propres du fait de leur travail (sauf, lorsqu'ils poursuivent des études, s'il s'agit d'un emploi occasionnel dont la durée est inférieure à trois mois ou d'un emploi dans le cadre d'une formation en alternance dont la rémunération mensuelle est inférieure à 80 % du SMIC),

Sont considérés comme fiscalement à charge de l'Assuré, les enfants :

- pris en compte pour une demi-part au moins dans le calcul de l'impôt sur le revenu de l'Assuré payable par celui-ci l'année de l'événement mettant en jeu la garantie,
- lorsqu'il s'agit d'étudiants n'ayant pas choisi leur rattachement au foyer fiscal, recevant de l'Assuré une pension alimentaire venant en déduction dans le calcul de l'impôt payable par celui-ci l'année de l'événement mettant en jeu la garantie,
- reconnus, adoptifs ou recueillis par l'Assuré, s'ils sont fiscalement à charge de son partenaire de PACS ou de son concubin.

Si l'Assuré ne relève pas du régime fiscal français, la qualité d'enfants à charge définie ci-dessus est appréciée en utilisant les critères de la législation fiscale française

12.1.4 Bénéficiaires en cas de décès de l'assuré

Les capitaux garantis en cas de décès de l'Assuré sont attribués par ordre de préférence :

- au conjoint non séparé de corps de l'Assuré marié,
- à défaut, au partenaire lié à l'Assuré par un PACS,
- à défaut, aux enfants de l'Assuré nés ou à naître, par parts égales entre eux, la part du prédécédé revenant à ses propres enfants ou à ses frères et sœurs s'il n'a pas d'enfant,
- à défaut, aux père et mère, par parts égales entre eux, ou au survivant en cas de prédécès,
- à défaut, aux héritiers.

A tout moment, l'Assuré peut modifier l'ordre ci-dessus et désigner toute(s) personne(s) physique(s) ou morale(s) de son choix par acte sous seing privé ou par acte authentique. Il devra informer l'Assureur par écrit de la désignation de bénéficiaire(s).

Le ou les changements de bénéficiaires doivent être portés à la connaissance de l'Assureur de manière identique, la clause bénéficiaire pouvant notamment être modifiée lorsqu'elle n'est plus appropriée.

Lorsque que le bénéficiaire est nommément désigné, l'Assuré doit mentionner les coordonnées de ce dernier afin que l'Assureur puisse les utiliser en cas de décès.

La désignation d'un bénéficiaire devient irrévocable par l'acceptation de ce dernier dans les conditions prévues à l'article L.132-9 du Code des assurances. L'acceptation, faite par acte authentique ou sous seing privé signé par l'Assuré et le bénéficiaire, devra être notifiée à l'Assureur pour prendre effet.

Lorsque la désignation personnelle est caduque, la désignation type ci-dessus est applicable.

Les capitaux décès réglés à des personnes physiques sont revalorisés dans les conditions fixées à l'article L. 132-5 du code des assurances.

Conformément à l'Article L132-27-2 du code des assurances, les sommes dues au titre d'un contrat d'assurance vie qui ne font pas l'objet d'une demande de versement du capital, sont déposées à la Caisse des Dépôts et Consignations à l'issue d'un délai de 10 ans à compter de la date de prise de connaissance du décès de l'assuré par l'assureur. Six mois avant le transfert des sommes dues à la Caisse des Dépôts et Consignations, l'assureur informe le(s) bénéficiaire(s) par tout moyen, de ce transfert. Durant 20 ans à compter du transfert des sommes dues à la Caisse des Dépôts et Consignations, les bénéficiaires peuvent se rapprocher de cette dernière pour réclamer les sommes leur revenant. Passé ce délai, les sommes sont acquises à l'Etat.

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

Si le bénéficiaire désigné par l'Assuré ou en application de la clause type définie ci-avant assume effectivement la charge des personnes prises en considération pour le calcul des majorations, l'Assureur attribue celles-ci à la personne ainsi désignée.

Si le bénéficiaire désigné n'assume pas effectivement la charge de ces personnes, l'Assureur répartit les majorations entre les personnes à charge par parts égales entre elles.

La part de capital correspondant aux dites majorations est égale à la différence entre le capital dû en fonction de la situation et des charges de famille de l'Assuré et le capital que l'Assureur aurait dû verser si l'Assuré avait été célibataire sans enfant à charge.

L'Assureur verse alors le reliquat au bénéficiaire désigné par l'Assuré.

En cas de décès d'un Assuré et du ou de plusieurs bénéficiaires désignés au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, l'Assuré est présumé avoir survécu pour la détermination des bénéficiaires du capital.

11.3 Accident

Chaque fois que les garanties ou le montant des prestations s'y réfèrent, il faut entendre par accident, **toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action brusque, soudaine et inattendue d'une cause extérieure, à l'exclusion d'une maladie aiguë ou chronique.**

La preuve de l'accident incombe au(x) bénéficiaire(s) des prestations et toute classification d'un autre organisme et notamment de la Sécurité sociale ne saurait être opposable à l'Assureur.

11.4 Sécurité sociale

On entend par Sécurité sociale, tout régime de sécurité sociale dont peut dépendre l'Assuré, et notamment les assurances volontaires « maladie – maternité – invalidité » d'une part, et « accident du travail – maladie professionnelle » d'autre part, proposées par la Caisse des Français de l'Etranger (CFE).

Article 12 - Capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie

En cas de décès de l'Assuré, il est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), un capital dont le montant est fixé aux Dispositions Particulières selon le choix effectué par l'Assuré à l'adhésion.

Le montant du Capital en cas de décès ne pourra excéder quatre fois le montant du Traitement de référence tel que défini à l'Article 5.

Toutefois, ce capital est versé par anticipation à l'Assuré lui-même en cas de perte totale et irréversible d'autonomie.

L'Assuré est réputé atteint de perte totale et irréversible d'autonomie, lorsqu'il est reconnu par l'Assureur comme présentant une invalidité réduisant d'au moins deux tiers sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire, être hors d'état de se procurer dans une profession quelconque, un salaire supérieur au tiers de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie, dans la profession exercée avant la date de l'interruption de travail suivie d'invalidité ou la date de la constatation médicale de l'invalidité si celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme, et être dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie – à savoir : se nourrir, s'habiller, se laver, être continent, se déplacer (d'un lit à une chaise, et à l'intérieur dans des surfaces sans étages).

La date de survenance de la perte totale et irréversible d'autonomie est fixée au jour de cette notification par l'Assureur.

Lorsque ce capital est versé par anticipation, l'Assuré ne bénéficie plus de la garantie en cas de décès au titre du présent article.

Article 13 - Capital supplémentaire en cas de décès accidentel ou de perte totale et irréversible d'autonomie par suite d'accident (garantie optionnelle)

Lorsque le décès de l'Assuré est consécutif à un accident, **à condition toutefois qu'il survienne, au plus tard, un an après la date de l'accident**, un capital supplémentaire, dont le montant est fixé aux Dispositions Particulières, est versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s).

Le montant du Capital en cas de décès accidentel ne pourra excéder le montant versé au titre du Capital en cas de décès tel que prévu à l'Article 12.

Ce capital est versé par anticipation à l'Assuré lui-même, si dans les trois ans suivant la date de l'accident survenu dans les conditions précitées, il est reconnu par l'Assureur atteint d'une perte totale et irréversible d'autonomie.

Pour ouvrir droit à la prestation, tout accident susceptible d'entraîner le versement anticipé du capital doit être déclaré dans les six mois de sa survenance.

Lorsque ce capital a été versé par anticipation, l'Assuré ne bénéficie plus de la garantie en cas de décès accidentel au titre du présent article.

Cette garantie est optionnelle et ne prend effet que si elle a été souscrite par l'Assuré.

Article 14 - Capital en cas d'infirmité (invalidité permanente – garantie optionnelle)

14.1 Définition – Montant des prestations

Lorsqu'un Assuré est reconnu atteint d'infirmité (invalidité permanente), un capital, fixé aux Dispositions Particulières lui est versé.

L'invalidité est dite totale lorsque, conformément au barème figurant en Annexe 1 du présent contrat et aux règles d'évaluation prévues ci-après, elle atteint 100 %. Le capital est alors dû intégralement.

Elle est dite partielle dans le cas contraire et seul un pourcentage du capital égal au taux d'invalidité est versé.

Toutefois, aucune indemnité n'est due si le taux d'invalidité est inférieur à 33 %.

Le montant du Capital en cas d'infirmité ne pourra excéder le montant du Capital en cas de décès tel que prévu à l'Article 12.

14.2 Règles d'évaluation de l'invalidité

Pour l'application du barème, les règles suivantes sont observées :

- l'incapacité fonctionnelle partielle ou totale d'un membre ou organe est assimilée à sa perte partielle ou totale,
- s'il est médicalement constaté que l'Assuré est gaucher, le pourcentage d'invalidité prévu au barème pour le membre supérieur droit s'appliquera au membre supérieur gauche et inversement,
- les lésions non énumérées, de même que celles prévues par le barème qui ne sont pas conformes à leur description, sont indemnisées en proportion de leur gravité comparée à celle des cas énumérés, sans tenir compte de la profession exercée,
- si les lésions n'intéressent qu'un seul membre ou organe, le cumul ne peut, en aucun cas, dépasser le pourcentage d'invalidité prévu au barème pour la perte complète par suppression (ou perte complète de l'usage) dudit membre ou organe,
- lorsque d'un même accident résultent des lésions à plusieurs membres ou organes, les taux d'invalidité respectifs s'additionnent sans que le total puisse dépasser 100 %,
- l'évaluation des lésions de membres ou organes provoquées par l'accident ne peut être aggravée par l'état d'infirmité d'autres membres ou organes non touchés par l'accident,
- la perte ou la lésion de membres ou organes déjà infirmes n'est indemnisée que par différence entre l'état antérieur et postérieur à l'accident,
- toutes les fois que les conséquences d'un accident seront aggravées par une maladie, infirmité ou mutilation préexistante, par un état constitutionnel, par un manque de soins constaté imputable à une négligence de la victime ou par un traitement empirique, l'indemnité se calculera d'après les conséquences qu'aurait eues l'accident chez un sujet se trouvant dans des conditions normales de santé soumis à un traitement médical rationnel.

Cette garantie est optionnelle et ne prend effet que si elle a été souscrite par l'Assuré.

Article 15 - Indemnités quotidiennes et rente d'invalidité (garantie « arrêt de travail » optionnelle)

15.1 Règles communes

15.1.1 Objet

La garantie a pour objet le service de prestations en cas d'incapacité totale de travail ou d'invalidité d'un Assuré, par suite de maladie ou d'accident reconnu par l'Assureur. Ces prestations ont un caractère indemnitaire.

La garantie comporte, selon les dispositions fixées aux Dispositions Particulières, le paiement :

- d'indemnités quotidiennes en cas d'arrêt total de travail,
- d'une rente d'invalidité si l'Assuré est dans l'impossibilité physique ou mentale, totale ou partielle, d'exercer normalement une activité professionnelle.

En aucun cas, des indemnités quotidiennes et une rente d'invalidité dont le taux est supérieur ou égal à 66 % ne peuvent être versées simultanément.

15.1.2 Franchise

Le droit aux prestations prend effet au terme d'un délai de franchise fixé aux Dispositions Particulières : ce délai commence à courir au premier jour de chaque arrêt de travail ; il est constitué d'une suite ininterrompue de journées d'incapacité totale de travail.

15.1.3 Délai de déclaration

L'arrêt de travail doit être porté à la connaissance de l'Assureur au plus tard dans les deux mois suivant l'expiration du délai de franchise prévu aux Dispositions particulières.

L'arrêt de travail sera considéré comme s'étant produit au jour de la déclaration si celle-ci intervient passé ce délai.

L'Assuré, par l'intermédiaire de l'Entreprise, fournira les pièces justificatives mentionnées dans la Notice d'Information.

Sauf cas de force majeure, les maladies ou accidents non déclarés dans les six mois qui suivent l'arrêt de travail seront exclus de la garantie et à ce titre non indemnisés, sous réserve que l'absence ou le retard de déclaration ait causé un préjudice à l'Assureur.

15.1.4 Calcul

Le cumul des sommes versées par l'Assureur, l'Employeur, tout autre organisme de protection sociale ou de prévoyance garantissant un revenu de remplacement et, le cas échéant, de toutes celles versées en rémunération d'un travail, ne peut excéder :

- **en cas d'incapacité sans rupture du contrat de travail, 100 % du salaire déclaré d'activité de l'Assuré à la veille de son arrêt de travail,**
- **en cas d'invalidité ainsi que, dans tous les cas, après rupture du contrat de travail, 80 % du salaire déclaré d'activité de l'Assuré à la veille de son arrêt de travail.**

Le dépassement éventuel réduit d'autant la prestation de l'Assureur.

15.1.5 Appréciation par l'Assureur des sinistres déclarés

En tout état de cause et conformément à l'article 19 ci-après, l'Assureur se réserve la possibilité d'apprécier par une expertise médicale le bien-fondé de l'état d'incapacité ou d'invalidité de l'Assuré.

15.2 Indemnités quotidiennes

15.2.1 Service

En cas d'arrêt de travail d'un Assuré par suite d'incapacité totale, reconnu par l'Assureur, l'Assureur verse à l'Assuré, par l'intermédiaire de l'Entreprise, des indemnités quotidiennes dont le montant est fixé ci-après.

En cas de rupture du contrat de travail de l'Assuré, les indemnités quotidiennes sont versées directement à l'Assuré par l'Assureur.

Le congé légal de maternité ou de paternité n'ouvre pas droit au versement des indemnités quotidiennes.

Les indemnités quotidiennes cessent d'être dues :

- en cas de reprise de travail à temps complet, ou lorsque l'Assureur considère que l'Assuré est en état de reprendre une activité rémunérée à temps complet,
- ou au **1 096^{ème} jour** suivant la date de cessation du travail, la rente d'invalidité pouvant être ensuite attribuée à l'Assuré suivant les dispositions du présent contrat,
- ou à la date d'attribution par l'Assureur ou un régime de Sécurité sociale d'une pension d'invalidité, d'une rente d'incapacité ou d'une pension de vieillesse d'un régime de base ou d'une pension pour inaptitude au travail,
- ou au jour du 70^{ème} anniversaire de l'Assuré,
- ou à la date du décès de l'Assuré.

15.2.2 Montant

Le montant de la prestation est fixé aux Dispositions Particulières selon le choix effectué par l'Assuré à l'adhésion et dans la limite de 70% du Traitement de référence tel que défini à l'Article 5.

Les indemnités quotidiennes sont réduites de moitié en cas de reprise à mi-temps d'une activité rémunérée ou lorsque l'Assureur considère que l'Assuré est en état de reprendre à mi-temps une activité rémunérée,

15.2.3 Rechute

En cas de reprise du travail au sein de l'Entreprise suivie, avant deux mois, d'un nouvel arrêt pour la même cause et reconnu comme tel par l'Assureur, le service des prestations peut reprendre sur les mêmes bases, sans application du délai de franchise si le contrat est toujours en vigueur.

15.3 Rente d'invalidité

15.3.1 Service

L'Assuré a droit au versement d'une rente d'invalidité, lorsque l'Assureur reconnaît que le taux « n » d'invalidité est supérieur à 40%.

Ce taux est révisable selon l'évolution de l'invalidité de l'Assuré.

La rente est versée à l'Assuré par trimestre civil à terme échu, le premier paiement étant effectué prorata temporis. Il ne sera dû aucune fraction de rente au titre du trimestre civil au cours duquel l'Assuré décède.

Elle cesse d'être due dans l'un ou l'autre des cas suivants :

- si le taux « n » d'invalidité devient inférieur ou égal à 40 %,
- ou à la date d'attribution par un régime de Sécurité Sociale d'une pension de vieillesse ou d'une pension pour inaptitude au travail,
- ou au jour du 62^{ème} anniversaire de l'Assuré,
- ou à la date du décès de l'Assuré.

15.3.2 Montant

Le montant initial de la prestation est fixé aux Dispositions Particulières selon le choix effectué par l'Assuré à l'adhésion dans la limite de 70% du Traitement de référence de l'Assuré.

Le montant initial de la prestation est déterminé en appliquant au montant choisi par l'Assuré à l'adhésion dans la limite de 70% du Traitement de référence de l'Assuré. par l'assuré dans la limite de le coefficient obtenu comme suit :

- Si le taux « n » d'invalidité est au moins égal à 66%, la prestation est égale à 100% du montant fixé aux Dispositions Particulières,
- Si le taux « n » d'invalidité est compris entre 40% et 66%, la prestation est égale à $(« n » - 33) / 33$,
- Si le taux « n » d'invalidité est inférieur à 40%, aucune prestation n'est due.

Le taux « n » d'invalidité est déterminé selon les dispositions figurant en annexe 2 aux Dispositions Générales.

Cette garantie est optionnelle et ne prend effet que si elle a été souscrite par l'Assuré.

Article 16 - Indemnités quotidiennes (garantie « protection des revenus » optionnelle)

16.1 Règles communes

16.1.1 Objet

La garantie « Protection des revenus » comporte deux sous garanties qui peuvent être souscrites individuellement l'une de l'autre ou ensemble :

- **Incapacité de courte durée (STD)**
- **Incapacité de longue durée (LTD)**

La garantie a pour objet le service de prestations en cas d'incapacité totale de travail d'un Assuré, par suite de maladie ou d'accident reconnu par l'Assureur. Ces prestations ont un caractère indemnitaire.

La garantie comporte, selon les dispositions fixées aux Dispositions Particulières, le paiement d'indemnités quotidiennes en cas d'arrêt total de travail.

16.1.2 Délai de déclaration

L'arrêt de travail doit être porté à la connaissance de l'Assureur au plus tard dans les dix-huit jours suivant l'expiration du délai de franchise prévu aux Dispositions particulières.

L'arrêt de travail sera considéré comme s'étant produit au jour de la déclaration si celle-ci intervient passé ce délai.

L'Assuré, par l'intermédiaire de l'Entreprise, fournira les pièces justificatives mentionnées dans la Notice d'Information.

Sauf cas de force majeure, les maladies ou accidents non déclarés dans les six mois qui suivent l'arrêt de travail seront exclus de la garantie et à ce titre non indemnisés, sous réserve que l'absence ou le retard de déclaration ait causé un préjudice à l'Assureur.

16.1.3 Calcul

Le cumul des sommes versées par l'Assureur, l'Employeur, tout autre organisme de protection sociale ou de prévoyance garantissant un revenu de remplacement et, le cas échéant, de toutes celles versées en rémunération d'un travail, ne peut excéder :

- **en cas d'incapacité sans rupture du contrat de travail, 100 % du salaire déclaré d'activité de l'Assuré à la veille de son arrêt de travail,**

Le dépassement éventuel réduit d'autant la prestation de l'Assureur.

16.1.4 Appréciation par l'Assureur des sinistres déclarés

En tout état de cause et conformément à l'article 19 ci-après, l'Assureur se réserve la possibilité d'apprécier par une expertise médicale le bien-fondé de l'état d'incapacité ou d'invalidité de l'Assuré.

16.2 - Incapacité de courte durée (STD) - Indemnités quotidiennes

16.2.1 Franchise

Le droit aux prestations prend effet au terme d'un délai de franchise fixé à 7 jours en cas d'arrêt de travail résultant d'une maladie et sans franchise (soit dès le premier jour) en cas d'arrêt de travail résultant d'une hospitalisation ou d'un accident.

ce délai commence à courir au premier jour de chaque arrêt de travail ; il est constitué d'une suite ininterrompue de journées d'incapacité totale de travail.

16.2.2 Service

En cas d'arrêt de travail d'un Assuré par suite d'incapacité totale, reconnu par l'Assureur, l'Assureur verse à l'Assuré, par l'intermédiaire de l'Entreprise, des indemnités quotidiennes dont le montant est fixé ci-après.

En cas de rupture du contrat de travail de l'Assuré, les indemnités quotidiennes sont versées directement à l'Assuré par l'Assureur.

Le congé légal de maternité ou de paternité n'ouvre pas droit au versement des indemnités quotidiennes.

Les indemnités quotidiennes cessent d'être dues :

- en cas de reprise de travail à temps complet, ou lorsque l'Assureur considère que l'Assuré est en état de reprendre une activité rémunérée à temps complet,
- ou au **31^{ème}, 61^{ème} ou 181^{ème} jour** suivant la date de cessation du travail selon l'option de durée de la prestation choisie à l'adhésion par l'Assuré et telle que rappelée aux Dispositions Particulières,
- ou à la date d'attribution par l'Assureur ou un régime de Sécurité sociale d'une pension d'invalidité, d'une rente d'incapacité ou d'une pension de vieillesse d'un régime de base ou d'une pension pour inaptitude au travail,
- ou au jour du 70^{ème} anniversaire de l'Assuré,
- ou à la date du décès de l'Assuré.

16.2.3 Montant

Le montant de la prestation est fixé aux Dispositions Particulières selon le choix effectué par l'Assuré à l'adhésion et dans la limite de 70% du Traitement de référence tel que défini à l'Article 5.

Les indemnités quotidiennes sont réduites de moitié en cas de reprise à mi-temps d'une activité rémunérée ou lorsque l'Assureur considère que l'Assuré est en état de reprendre à mi-temps une activité rémunérée,

16.2.4 Rechute

En cas de reprise du travail au sein de l'Entreprise suivie, avant deux mois, d'un nouvel arrêt pour la même cause et reconnu comme tel par l'Assureur, le service des prestations peut reprendre sur les mêmes bases, sans application du délai de franchise si le contrat est toujours en vigueur.

Cette garantie est optionnelle et ne prend effet que si elle a été souscrite par l'Assuré.

16.3 Incapacité de longue durée (LTD) - Indemnités quotidiennes

15.2.1 Franchise

Le droit aux prestations prend effet au terme d'un délai de franchise fixé aux Dispositions Particulières : ce délai commence à courir au premier jour de chaque arrêt de travail ; il est constitué d'une suite ininterrompue de journées d'incapacité totale de travail.

16.2.2 Service

En cas d'arrêt de travail d'un Assuré par suite d'incapacité totale, reconnu par l'Assureur, l'Assureur verse à l'Assuré, par l'intermédiaire de l'Entreprise, des indemnités quotidiennes dont le montant est fixé ci-après.

En cas de rupture du contrat de travail de l'Assuré, les indemnités quotidiennes sont versées directement à l'Assuré par l'Assureur.

Le congé légal de maternité ou de paternité n'ouvre pas droit au versement des indemnités quotidiennes.

Les indemnités quotidiennes cessent d'être dues :

- en cas de reprise de travail à temps complet, ou lorsque l'Assureur considère que l'Assuré est en état de reprendre une activité rémunérée à temps complet,
- ou au **1 096^{ème} jour** suivant la date de cessation du travail,
- ou à la date d'attribution par l'Assureur ou un régime de Sécurité sociale d'une pension d'invalidité, d'une rente d'incapacité ou d'une pension de vieillesse d'un régime de base ou d'une pension pour inaptitude au travail,
- ou au jour du 70^{ème} anniversaire de l'Assuré,
- ou à la date du décès de l'Assuré.

16.2.3 Montant

Le montant de la prestation est fixé aux Dispositions Particulières selon le choix effectué par l'Assuré à l'adhésion et dans la limite de 70% du Traitement de référence tel que défini à l'Article 5.

Les indemnités quotidiennes sont réduites de moitié en cas de reprise à mi-temps d'une activité rémunérée ou lorsque l'Assureur considère que l'Assuré est en état de reprendre à mi-temps une activité rémunérée,

16.2.4 Rechute

En cas de reprise du travail au sein de l'Entreprise suivie, avant deux mois, d'un nouvel arrêt pour la même cause et reconnu comme tel par l'Assureur, le service des prestations peut reprendre sur les mêmes bases, sans application du délai de franchise si le contrat est toujours en vigueur.

Cette garantie est optionnelle et ne prend effet que si elle a été souscrite par l'Assuré.

Article 17 - Revalorisation des prestations et du traitement de référence

Le montant initial des indemnités quotidiennes, de la rente d'invalidité et du traitement de référence des garanties en cas de décès est revalorisé, au plus tôt, six mois, jour pour jour, après l'arrêt de travail de l'Assuré puis, lors de chaque modification de la valeur du point de retraite AGIRC (Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres).

Toutefois, en cas de résiliation du contrat ou de suppression de la garantie dont est issue la prestation, les évolutions ultérieures du point de référence cessent d'être prises en compte ; le niveau des revalorisations est maintenu à celui atteint à la date de la résiliation ou de la suppression.

Article 18 - Maintien des garanties au niveau atteint en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité d'un assuré, y compris après résiliation du contrat

En cas de versement de prestations au titre de l'incapacité totale de travail ou d'invalidité d'un Assuré, les garanties en cas de décès, y compris le paiement anticipé du capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie, lui sont maintenues aussi longtemps qu'il se trouve dans cette situation, **même après résiliation du présent contrat**, dans les conditions suivantes.

Pour être reconnues comme telles, l'incapacité ou l'invalidité doivent être de nature à ouvrir droit aux indemnités quotidiennes ou à la rente d'invalidité prévues ci-avant, que l'Entreprise ait ou non souscrit à ces garanties au titre du présent contrat.

Les garanties maintenues sont celles en vigueur la veille du premier jour d'arrêt de travail de l'Assuré.

Lorsque ce dernier cesse de relever des effectifs de l'Entreprise, ces garanties subsistent ; toutefois, dans ce dernier cas, le montant des prestations correspondantes est réduit de 50 % si :

- l'Assuré perçoit de l'Assureur des indemnités journalières réduites,
- ou perçoit une rente d'invalidité dont le taux « n » d'invalidité est compris entre 33% et 66%,
- si l'Assureur établit que l'Assuré peut reprendre une activité professionnelle à mi-temps.

Par ailleurs, le traitement servant de base au calcul des prestations garanties est déterminé compte tenu du niveau des revalorisations atteint à la date de résiliation, aucune revalorisation complémentaire n'étant attribuée postérieurement à cette dernière date.

Outre les cas prévus par chacune d'elles, les garanties maintenues cessent :

- dès que l'incapacité ou l'invalidité de l'Assuré n'est plus de nature à ouvrir droit aux indemnités quotidiennes ou à la rente d'invalidité, que l'Entreprise ait ou non souscrit ces garanties au titre du présent contrat,
- ou à la date d'attribution de la pension vieillesse par un régime de Sécurité sociale,
- ou au jour du 70^{ème} anniversaire de l'Assuré,
- ou dès le jour où il s'est écoulé une période de 6 mois pendant laquelle l'Assuré n'a pas produit de pièces justifiant de la continuité de l'arrêt.

ARTICLE 19 - CONTROLE ET ARBITRAGE MEDICAL

Les médecins et experts désignés par l'Assureur ont libre accès auprès de l'Assuré et de ses enfants à charge afin de pouvoir constater son état.

L'Assureur peut refuser, interrompre ou réduire le droit aux prestations, en raison des conclusions de ses médecins et experts, indépendamment des décisions prises et des versements effectués par la Sécurité sociale ou tout autre organisme.

Sous peine de suspension du service des prestations, l'Assuré doit fournir toute pièce justificative et se prêter à toute expertise ou examen demandés par l'Assureur, pour lui ou ses enfants à charge.

Les décisions de l'Assureur prises en fonction des conclusions du médecin conseil sont notifiées à l'Assuré par courrier recommandé ; il peut en contester le bien-fondé dans les trente jours suivant leur envoi au moyen d'une attestation médicale détaillée adressée à l'Assureur par lettre recommandée.

En cas de désaccord sur l'état de santé de l'Assuré ou de ses enfants à charge, il peut être procédé à une expertise amiable et contradictoire par le médecin choisi par l'Assuré et le médecin délégué par l'Assureur.

Si ces deux médecins ne peuvent parvenir à des conclusions communes ou s'il est décidé de procéder directement à un arbitrage, l'Assuré et l'Assureur choisissent un médecin arbitre pour les départager.

Faute d'entente sur son choix, la désignation en est faite par voie judiciaire.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin et, par moitié, ceux du médecin arbitre.

TITRE IV – RISQUES EXCLUS

Article 20 - Exclusions générales

Sont exclus de toutes les garanties :

- le suicide de l'Assuré, avant une année continue d'affiliation, Toutefois, le suicide est garanti si du fait de son affiliation au présent contrat et, précédemment à un autre contrat d'Assurance de Groupe à adhésion obligatoire, l'Assuré réunit une année continue d'assurance à la date du suicide,
- les conséquences de maladie ou d'accident qui sont le fait volontaire de la personne garantie, de mutilations volontaires ou d'une tentative de suicide,
- les conséquences de l'activité professionnelle de l'Assuré si celui-ci exerce son métier sur l'eau, sous l'eau, en l'air ou sous terre,
- les conséquences d'une guerre civile ou non, d'une insurrection, d'une émeute, d'un attentat ou d'un mouvement populaire ou d'actes terroristes, quel que soit le lieu où se déroulent ces événements et quels qu'en soient les protagonistes, sauf si la personne garantie ne prend pas une part active à l'événement, ou si elle est appelée à effectuer une mission d'entretien ou de surveillance en vue du maintien de la sécurité des personnes et des biens au bénéfice de l'Entreprise.
- Les sinistres survenus dans les pays suivants : Afghanistan, Burundi, Inde (y compris Jammu, Cachemire, Punjab, Rajasthan, Gujarat), Irak, Israël – territoires palestiniens, Libéria, Libye, Nigéria, République Démocratique du Congo, République du Congo, Rwanda, Sierra Leone, Somalie, Timor Oriental, Yemen.

L'Assureur se réserve toutefois la possibilité de modifier les garanties sur un ou des territoires déterminés, moyennant un préavis de quinze jours à l'Entreprise. Celle-ci peut refuser cette modification et résilier son adhésion en adressant à l'Assureur une lettre recommandée avec accusé de réception dans un délai de trente jours à compter de la date de réception de l'Avenant envoyé par l'Assureur. La résiliation prend effet le premier jour du trimestre civil suivant la notification de refus.

En outre, en cas de guerre où la France serait belligérante, aucune des garanties ne serait accordée.

Article 21 - Exclusions propres aux garanties

Sont également exclues des garanties suivantes :

21.1 Capital en cas de perte totale et irréversible d'autonomie

L'invalidité qui résulte de l'éthylisme s'il est révélé que l'Assuré a un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux caractérisant l'état d'alcoolémie répréhensible en vertu de la législation française, ou de l'usage de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites de prescription médicale.

21.2 Capital supplémentaire en cas de décès accidentel ou de perte totale et irréversible d'autonomie par suite d'accident

Les conséquences :

- d'une opération chirurgicale nécessitée par un accident exclu de l'assurance,
- de l'éthylisme, d'ivresse manifeste ou s'il est révélé qu'au moment de l'accident, la personne garantie à l'origine de l'accident avait un taux d'alcoolémie égal ou supérieur au taux caractérisant l'état d'alcoolémie répréhensible en vertu de la législation française,
- de l'usage de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites de prescription médicale,
- de la participation à un duel, un crime, un délit intentionnel ou une rixe, sauf le cas de légitime défense et d'assistance à personne en danger,
- de la participation à tous sports et compétitions à titre professionnel,
- de la participation à des actions militaires ou de police,
- de la détention, la possession ou la manipulation par l'Assuré sur le lieu de l'accident soit d'engins de guerre, soit d'une arme dont la détention est interdite,
- d'un acte de belligérance ou de terrorisme revendiqué ou non,
- de la participation de l'Assuré à toutes compétitions (et leurs essais) comportant l'utilisation de véhicules ou d'embarcations à moteur,
- d'accident résultant de la pratique du saut à l'élastique ainsi que de l'utilisation par l'Assuré (y compris en qualité de passager) de deltaplanes, parapentes, d'avions ultra légers motorisés et de tous autres aéronefs non agréés pour effectuer du transport public,
- de sinistre résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique,
- de la pratique de toute activité sportive effectuée en infraction manifeste des règles de sécurité définies par les pouvoirs publics de telle manière que l'Assuré ne pouvait ignorer le risque d'accidents survenus au cours de la participation de l'Assuré à des compétitions, démonstrations aériennes, exercices de voltige, acrobaties, raids, tentatives de records, vols sur prototypes, vols d'essais, sauts effectués avec des parachutes non homologués et activités de navigant militaire.

Par ailleurs, les conséquences d'accident de la navigation aérienne ne sont garanties que dans le cas où :

- l'aéronef utilisé est apte au vol conformément aux prescriptions techniques réglementaires et est muni d'un certificat de navigabilité en cours de validité,
- les membres de l'équipage sont titulaires de brevets, licences et qualifications en cours de validité exigés pour les fonctions qu'ils occupent à bord, compte tenu de l'aéronef utilisé et de la nature du vol, et pourvus des autorisations spéciales lorsqu'elles sont nécessaires,
- l'aéronef utilisé a reçu les agréments administratifs, en état de validité, l'autorisant à effectuer le transport de passagers.

21.3 Capital en cas d'infirmité (invalidité permanente)

Outre, les exclusions prévues à l'Article 21.2 ci-dessus, sont exclues les conséquences suivantes des maladies ou affections survenues après la date d'effet du présent contrat :

- les hernies, les ruptures musculaires autres que tendineuses, les lumbagos et les tours de reins,
- le rhumatisme vertébral, sauf dans les cas graves d'évolution entraînant la mise en non activité pour raison de santé.

TITRE V - COTISATIONS

Article 22 - Taux et base de calcul

22.1 Cotisations

Le montant des cotisations est calculé en appliquant le ou les taux fixés aux Dispositions Particulières aux tranches des traitements de référence des Assurés se rapportant à la période au titre de laquelle ces cotisations sont dues et selon la zone de couverture choisie à l'adhésion.

Le Pays de résidence principale ou d'expatriation de l'Adhérent détermine la « zone de couverture minimale à souscrire », dans laquelle les garanties sont acquises.

Zone 3 : Antarctique, Arménie, Azerbaïdjan, Bangladesh, Birmanie, Botswana, Burkina Faso, Cameroun, Colombie, Djibouti, El Salvador, Equateur, Erythrée, Ethiopie, Gabon, Georgie du Sud - Iles Sandwich Sud, Guinée Bissau, Guinée Equatoriale, Guyane, Haïti, Ile Bouvet, Kazakhstan, Kirghizistan – Sud, Kosovo, Laos, Lesotho, Liban MR, Malawi, Mongolie, Mozambique, Népal, Nicaragua, Ouganda, Ouzbekistan, Papouasie Nouvelle Guinée, Philippines, Sahara occidental, Salavdor (El), Sri Lanka , Tadjikistan, Tchad, Territoires Antartiques Français, Turkmenistan, Zambie, Zimbabwe, Côte d'Ivoire.

Zone 2 : Albanie, Algérie, Arabie Saoudite, Bénin, Bhoutan, Biélorussie, Bolivie, Bosnie-Herzégovine, Brésil, Brunei Darussalam, Comores, Costa Rica, Cuba, Fidji, Gambie, Ghana, Guam, Guatemala, Heard - Iles McDonald

Honduras, Ile Norfolk, Iles Christmas, Iles Cocos (Keeling), Iles Cook, Iles Marshall, Iles mineures éloignées des USA, Iles Salomon, Inde (sans Jammu, Cachemire, Punjab, Rajasthan, Gujarat), Israël MR, Jamaïque, Jordanie, Kenya, Kiribati, Koweït, Macédoine, Madagascar, Malaisie - Malacca & Sarawak, Mali, Marianne du Nord, Mauritanie, Micronésie, Montenegro , Montserrat, Nauru, Niger, Nioué, Nouvelle Calédonie, Palau, Paraguay, Pérou, Pitcairn, Polynésie Française, Porto Rico, Samoa , Sao Tomé & Principe, Senegal, Serbie (hors Kosovo), Suriname, Tanzanie, Territoires Britannique Océan Indien, Thaïlande, Tokelau, Tonga, Trinité et Tobago, Tuvalu, Ukraine, Vanuatu, Venezuela, Vietnam, Wallis & Futuna.

Zone 1 : Monde entier hors pays des Zones 2 à 3.

22.2 Révision en cas de modification des dispositions législatives et réglementaires

Les cotisations pourront être revues conformément aux dispositions de l'article 5.2.

22.3 Révision en fonction des résultats techniques

Conformément à l'article 5.1, les taux pourront être revus chaque 1^{er} janvier en fonction des résultats techniques des contrats de même nature.

En cas de désaccord, l'Entreprise pourra demander la résiliation du contrat par lettre recommandée dans un délai d'un mois à compter de la notification par l'Assureur. La résiliation prendra effet au premier jour du mois suivant la réception de la lettre recommandée par l'Assureur.

L'Assureur percevra le prorata de cotisation du 1^{er} janvier à la date de résiliation, calculé sur la base des taux de cotisation précédemment en vigueur.

Article 23 - Paiement

Les cotisations sont payables trimestriellement et dues le dernier jour du trimestre civil auquel elles se rapportent directement par l'Entreprise qui est seule responsable de leur versement.

À cet effet, cette dernière complète, selon les indications qu'ils comportent, les bordereaux trimestriels et les bordereaux de régularisation annuels qui lui sont adressés.

Article 24 - Non-paiement

À défaut du paiement intégral des cotisations dans le mois qui suit leur échéance, les garanties sont suspendues TRENTE jours après l'envoi par l'Assureur d'une lettre recommandée constituant la mise en demeure prévue à l'article L.113-3 du Code des assurances.

Si passé ce délai, l'Entreprise n'a pas procédé au paiement demandé, le contrat de l'Entreprise pourra être résilié, sans aucune autre formalité dans les DIX jours suivants.

TITRE VI - FORMALITES EN CAS DE SINISTRE

Article 25 – Documents justificatifs a fournir

Les documents justificatifs à fournir en cas de sinistre pour le paiement des prestations sont :

En cas de décès

- la déclaration de décès fournie par l'Assureur,
- un certificat médical établi par le médecin qui a constaté le décès et indiquant la cause du décès,
- une photocopie intégrale du livret de famille si applicable,
- une photocopie du Pacte Civil de Solidarité ou partenariat civil équivalent , si applicable,
- un certificat attestant du concubinage justifiant de la situation de vie commune, tel que défini à l'article 12.1.2,
- une copie intégrale de l'acte de naissance de l'Assuré décédé ou un document émanant d'un notaire indiquant la situation de famille de l'assuré,
- un extrait d'acte de naissance du (des) bénéficiaire(s), tant en ce qui concerne les bénéficiaires du capital décès que les bénéficiaires de rentes, ou le cas échéant une pièce officielle d'identité
- un relevé d'identité bancaire,
- un certificat de scolarité pour chaque enfant de plus de 21 ans et de moins de 26 ans.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)

- un extrait d'acte de naissance de l'Assuré ou le cas échéant une pièce officielle d'identité
- le certificat médical justifiant de la PTIA établi par le médecin traitant, et adressé au médecin conseil de l'Assureur, sous enveloppe portant la mention « Secret médical » ou via l'adresse email sécurisée,

En cas de sinistre d'origine accidentelle

- en plus des pièces susvisées, la photocopie du procès-verbal de police ou de gendarmerie ou du service des urgences ou premiers secours.

En cas d'arrêt de travail

- la déclaration d'incapacité–invalidité de travail dûment complétée par l'Employeur (cachet plus signature) précisant notamment le montant des salaires versés au cours des 12 mois précédant l'arrêt de travail,
- l'attestation médicale ou avis d'arrêt de travail dûment remplie par le médecin traitant, et adressée au médecin conseil de l'Assureur, sous enveloppe portant la mention « Secret médical » ou via l'adresse email sécurisée,
- l'avis de prolongation du médecin traitant.

En cas d'invalidité

- la photocopie de l'avis d'imposition de l'exercice n-1 pour déterminer les prélèvements sociaux,
- le relevé d'identité bancaire pour règlement par virement,
- le certificat médical justifiant de l'invalidité établi par le médecin traitant, et adressé au médecin conseil de l'Assureur, sous enveloppe portant la mention « Secret médical » ou via l'adresse email sécurisée,
- si le salarié poursuit une activité salariée, les photocopies des bulletins de salaire pour le trimestre concerné, ou l'attestation des versements des indemnités versées par l'assurance chômage locale le cas échéant

| L'Assureur peut demander tout autre justificatif destiné à compléter le dossier.

En cas d'invalidité

- la photocopie de l'avis d'imposition de l'exercice n-1 pour déterminer les prélèvements sociaux,
- le relevé d'identité bancaire pour règlement par virement,
- le certificat médical justifiant de l'invalidité établi par le médecin traitant, et adressé au médecin conseil de l'Assureur, sous enveloppe portant la mention « Secret médical »,
- si le salarié poursuit une activité salariée, les photocopies des bulletins de salaire pour le trimestre concerné, ou l'attestation des versements des indemnités versées par l'assurance chômage française (Pôle Emploi).

Après la rupture du contrat de travail (licenciement) :

- une photocopie de la lettre de rupture du contrat de travail ou une attestation de l'Employeur précisant la date de sortie de l'Assuré,
- une photocopie de l'attestation de paiement ou de non-paiement par l'assurance chômage locale

L'Assureur peut demander tout autre justificatif destiné à compléter le dossier.

ANNEXE 1 – BAREME INFIRMITÉ (INVALIDITÉ PERMANENTE)

INVALIDITÉS PERMANENTES TOTALES (100% du capital assuré)

Perte totale des deux yeux ou de la vision des deux yeux	100%	Alléation mentale incurable et totale résultant directement et exclusivement d'un accident	100%
Perte complète de l'usage des deux membres inférieurs ou supérieurs	100%		

INVALIDITÉS PERMANENTES PARTIELLES (pourcentages proportionnels du capital assuré)

TETE

Perte complète de la vision d'un œil sans énucléation	25%	Amsolie absolue	4%
Surdité totale non appareillable résultant directement et exclusivement d'un accident	60%	Fracture de ses propres os du nez ou de la cloison, avec gêne respiratoire	3%
Surdité complète d'une oreille	12%	Sténose nasale totale unilatérale	4%
Syndrôme subjectif des traumatisés crâniens, troubles post-commotionnels – forme complète	5%	Fracture non consolidée de la mâchoire inférieure	20%
Hémiplégie avec contracture : coté droit	70%	Perte totale ou presque totale de dents : avec possibilité de prothèse	10%
Hémiplégie avec contracture : coté gauche	55%	Perte totale ou presque totale de dents : sans possibilité de prothèse	35%
Epilepsie généralisée post-traumatique, une ou de deux crises convulsives par mois avec traitement	50%		

MEMBRES SUPÉRIEURS ET ÉPAULES

	Droite	Gauche		Droite	Gauche
Fracture de la clavicule avec séquelle nette	5%	3%	Amputation de l'index	10%	8%
Raidurs de l'épaule, peu accentués	5%	3%	Amputation du médus	8%	6%
Raidurs de l'épaule, la projection en avant et l'abduction n'atteignant pas 90	15%	11%	Amputation de l'annulaire	5%	3%
			Amputation de l'auriculaire	5%	3%
Perte complète de l'usage du mouvement de l'épaule	30%	22%	Perte de l'usage du mouvement du coude	20%	15%
Amputation du bras au tiers supérieur ou perte complète de l'usage d'un bras	70%	55%	Perte complète de mouvements d'un poignet	12%	9%
Perte complète de l'usage d'une main	60%	50%	Fracture du 1 ^{er} métacarpien avec séquelle mo dérée	4%	3%
Fracture non consolidée d'un bras	40%	30%	Fracture du 5 ^{ème} métacarpien avec séquelle mo dérée	2%	1%
Amputation du pouce : sans conservation du métacarpien	25%	20%			
Amputation du pouce : avec conservation du métacarpien	15%	10%			

MEMBRES INFÉRIEURS

Amputation de la cuisse au tiers moyen ou perte complète de l'usage d'un membre inférieur	60%	Perte complète du mouvement de la hanche	30%
		Perte complète du mouvement du genou	25%
Perte complète d'un pied	40%	Ankylose complète de la cheville en position favorable	12%
Fracture non consolidée de la cuisse	45%	Séquelle mo dérée de fracture transversales de la rotule	10%
Fracture non consolidée de la jambe	40%	Amputation du gros orteil avec son métacarpien	10%
Amputation partielle d'un pied comprenant tous les orteils et une partie du pied	25%	Amputation de deux ou trois orteils d'un pied	2%

RACHIS - THORAX

Fracture de la colonne vertébrale cervicale sans lésion médullaire	10%	Algies radiculaires avec irradiation (forme légère)	2%
Fracture de la colonne vertébrale dorsale-lombaire, tassement avec raidur rachidienne nette sans signes neurologiques	10%	Fracture isolée du sternum avec séquelle peu importantes	3%
		Fracture uni-costale avec séquelle peu importantes	1%
Cervicalgies avec raidur rachidienne importante	5%	Fractures multiples de côtes avec séquelle importantes	8%
Lombalgies avec raidur rachidienne importante	5%	Reliquats d'un épanchement traumatique avec signes radiologiques	5%

ABDOMEN

Splénectomie avec séquelle hémato logiques sans incidence clinique	10%	Cicatrice abdominale d'intervention chirurgicale avec éviscération de 10 cm non opérable	15%
Néphrectomie	20%		

ANNEXE 2- DETERMINATION DU DEGRE "N" D'INVALIDITE

Le degré « n » d'invalidité est fixé par expertise.

L'Assureur désigne un médecin pour apprécier le degré d'invalidité de l'Assuré qui peut alors se faire assister de son médecin traitant. En cas de désaccord entre le médecin de l'Assuré et le médecin de l'Assureur, il est procédé à un arbitrage comme il est indiqué à l'**article 19** du **Titre III**.

L'invalidité ouvrant droit au service des prestations est appréciée en fonction de :

- l'incapacité fonctionnelle, physique ou mentale,
- l'incapacité professionnelle.

Le taux d'incapacité fonctionnelle est établi de 0 à 100 % en dehors de toute considération professionnelle, sur la base de la diminution de capacité physique ou mentale consécutive à l'accident ou à la maladie.

Le taux d'incapacité professionnelle est ensuite établi de 0 à 100 % d'après le taux et la nature de l'incapacité fonctionnelle par rapport à la profession exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de la profession et des possibilités d'exercice restantes, abstraction faite du montant des ressources de l'intéressé.

A partir du croisement des taux d'incapacité tant fonctionnelle que professionnelle, le taux d'invalidité « n » est déterminé d'après le tableau suivant.

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

L'invalidité permanente est dite totale si le taux d'invalidité « n » est égal ou supérieur à 66%.

L'invalidité permanente est dite partielle si le taux d'invalidité « n » est compris entre 33% et 66%.

Ce taux est révisable selon l'évolution de l'invalidité de l'Assuré.