

Sommaire

Articles

- 1 - Préambule
- 2 - Objet
- 3 - Territorialité
- 4 - Date d'effet et de fin de l'adhésion
- 5 - Obligations du Souscripteur
- 6 - Portabilité des garanties
- 7 - Maintien des garanties
- 8 - Prorogation des garanties en cas de résiliation ou de non renouvellement du contrat
- 9 - Personnes à charge
- 10 - Exclusions
- 11 - Base des cotisations et des prestations - Revalorisation des prestations
- 12 - Cotisations
- 13 - Rapport
- 14 - Subrogation
- 15 - Prescription
- 16 - Contrôle médical et arbitrage
- 17 - Modalités d'examen des réclamations - Médiation
- 18 - Loi applicable au contrat et régime fiscal
- 19 - Autorité de contrôle de GRESHAM
- 20 - Informatique et Libertés

Titre A – Décès – Invalidité Absolue et Définitive

Titre B – Décès – Invalidité Absolue et Définitive par accident

Titre C – Incapacité de travail – Invalidité

Titre D – Rente éducation

Titre E – Pension de conjoint

Titre F – Prédéces du conjoint

Titre G – Infirmité permanente par accident

ARTICLE 1 – PREAMBULE

Le présent Contrat, ci-après dénommé « **Le Contrat** », est un contrat de prévoyance collective, régi par le Code des Assurances et par la Loi n°89-1009 du 31 décembre 1989.

Il est formé des présentes Conditions Générales et des Conditions Particulières dans lesquelles sont précisées les garanties souscrites, ces dernières étant explicitées dans les Titres correspondants.

1.1 Parties au contrat

Le Contrat est souscrit par :

- l'Entreprise désignée aux Conditions Particulières, dénommée, ci-après, "Le Souscripteur", auprès de :
- la Société d'Assurance GRESHAM dénommée ci-après "L'Assureur", ayant son Siège Social à Paris (8°), 20 rue de la Baume, immatriculée au R.C.S. de Paris sous le numéro B 338 746 464.

Ce Contrat fait bénéficier les Membres du Personnel du Souscripteur, définis aux Conditions Particulières et appelés « Adhérents », des garanties précisées aux Conditions Particulières et/ou Avenants, sous réserve qu'ils soient affiliés au régime général de la Sécurité Sociale.

L'adhésion est obligatoire pour l'ensemble du personnel appartenant à la catégorie désignée aux Conditions Particulières et définie dans le régime collectif mis en place

par le Souscripteur dans son entreprise dans les conditions prévues au Livre IX du Code de la Sécurité Sociale.

Les déclarations du Souscripteur et des Adhérents servent de base à ce Contrat.

1.2 Effet - Durée - Renouvellement

Le Contrat prend effet à la date indiquée aux Conditions Particulières, sous réserve de sa signature par les parties contractantes.

La souscription court jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle elle prend effet, puis est ensuite renouvelée par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année.

Le Contrat peut être résilié par le Souscripteur ou l'Assureur, par lettre recommandée avec avis de réception, moyennant le respect d'un préavis de DEUX MOIS avant l'échéance annuelle. La lettre de résiliation du contrat par le Souscripteur doit être adressée au siège social de l'Assureur.

ARTICLE 2 – OBJET

Le Contrat a pour objet de garantir le versement de prestations en cas d'incapacité, d'invalidité et/ou de décès au titre des garanties expressément indiquées aux Conditions Particulières et/ou Avenants, selon les modalités précisées dans les Titres correspondants.

IL EST PRECISE QUE LES GARANTIES MENTIONNEES DANS LES PRESENTES CONDITIONS GENERALES NE SONT PAS SYSTEMATIQUEMENT ACCORDEES. NE LE SONT EFFECTIVEMENT QUE CELLES QUI SONT ENUMEREES DANS LES CONDITIONS PARTICULIERES ET POUR LESQUELLES UN MONTANT DE PRESTATIONS EST INDIQUE. DANS TOUS LES AUTRES CAS, LES GARANTIES NE SONT PAS ACCORDEES.

ARTICLE 3 – TERRITORIALITE

Sauf stipulation contraire figurant aux Conditions Particulières, les garanties sont accordées aux Adhérents :

- relevant du régime général de la Sécurité Sociale exerçant leur activité en France ou dans l'un des pays de l'Espace Economique Européen ;
- détachés hors de l'Espace Economique Européen **pendant les trois premiers mois seulement de leur séjour.**

Les prestations sont servies en France et en euros.

ARTICLE 4 – DATE D'EFFET ET DE FIN DE L'ADHESION

4.1 Les garanties entrent en vigueur :

- Soit à la date de prise d'effet du présent Contrat si l'Adhérent fait partie de l'effectif assurable tel que déclaré par le Souscripteur et est effectivement présent au travail,
- Soit à compter de sa date d'entrée chez le Souscripteur lorsqu'il est embauché postérieurement à la date d'effet du Contrat,
- Soit à la date de reprise du travail à temps complet pour les salariés en arrêt de travail à la date d'effet du Contrat.

Sauf en cas de réticence, omission ou fausse déclaration pour lesquels la mauvaise foi est établie, l'Adhérent, une fois admis, ne peut être exclu de l'assurance contre son gré

tant qu'il fait partie de l'effectif assurable et que la cotisation a été versée.

Cas particuliers des personnes en arrêt de travail à la date d'effet :

Comme indiqué à l'Article 5, le Souscripteur devra fournir à la souscription une liste des salariés en Arrêt de Travail à la date d'effet du contrat et les conditions de garanties de l'ancien assureur. Les modalités de prise en charge éventuelle des garanties et des cotisations relatives à ces salariés seront précisées aux Conditions Particulières.

L'ASSUREUR NE PRENDRA EN CHARGE AUCUNE PRESTATION CONCERNANT DES SALARIES NE FIGURANT PAS SUR CETTE LISTE.

4.2 Les garanties cessent :

- a. à la date d'effet de la résiliation du présent contrat,
- b. le jour de la rupture du contrat de travail de l'Adhérent, même si des cotisations le concernant sont versées pour des périodes situées après cette date de rupture,
- c. au plus tard le jour de la liquidation d'un régime obligatoire de retraite,
- d. lorsque l'Adhérent est en congé sans solde,
- e. au terme des maintiens prévus au sein des articles 6 et 7.

Le point b ne s'applique pas aux Adhérents concernés par l'Article 12.5.

Les points b et c ne s'appliquent pas aux Adhérents lorsqu'ils sont en situation de cumul emploi-retraite dans les conditions visées à l'article L.634-6 du code de la Sécurité Sociale.

ARTICLE 5 – OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR

5.1 A la souscription du contrat

Dès la souscription du présent contrat, le Souscripteur fournit à l'Assureur les listes du personnel indiquées à l'article 4 et la liste des salariés en situation de cumul emploi-retraite.

De plus, le Souscripteur déclare à l'Assureur :

- Les salariés en arrêt de travail à la date d'effet du Contrat et en fournit la liste qui devra être conforme à celle prise en compte lors de la tarification pour l'appréciation du risque,
- Les rentes de conjoint et / ou d'éducation en cours de service à la date d'effet du Contrat,
- Les anciens salariés dont le contrat de travail a été rompu et qui bénéficient, au titre d'une précédente couverture de la portabilité des droits prévue à l'article L.911-8 du code de la Sécurité Sociale, dès lors qu'ils ne seront plus couverts à ce titre par le précédent organisme assureur.

En cas de non conformité de l'ensemble de ces éléments avec ceux utilisés lors de la tarification, l'Assureur aura la faculté, à réception, soit de majorer la cotisation initialement prévue, soit de refuser l'affiliation de la ou des personnes concernées. Dans ce dernier cas, il appartiendra au Souscripteur de prendre en charge les prestations éventuellement dues.

5.2 En cours de contrat

Le Souscripteur s'engage à informer l'Assureur **dans les plus brefs délais** et au plus tard à la fin du trimestre en cours :

- Pour leur affiliation au présent Contrat, des nouveaux embauchés répondant à la définition du groupe assurable, de même que les salariés qui, par suite de changement de catégorie, viennent à faire partie du groupe assurable. Le Souscripteur doit fournir en plus des informations prévues à l'article 5.1., selon le cas, soit la date d'embauche, soit la date d'entrée dans le groupe assurable.
- Pour leur radiation du présent Contrat, des nom et prénom ainsi que de la date de départ des Adhérents.

Le Souscripteur s'engage également à fournir à l'Assureur à la fin de chaque année civile un état récapitulatif des Adhérents indiquant leurs noms, prénoms, date de naissance, situation de famille, la période de garantie et le montant du salaire par tranche perçu pour la période d'assurance considérée. Cet état comportera également la liste des Adhérents bénéficiant de la portabilité des droits prévue à l'article 6, ainsi que ceux en situation de cumul emploi-retraite. Cet état devra impérativement être fourni à l'Assureur au plus tard le 15 février de l'exercice suivant.

5.3 Information des Adhérents

Le Souscripteur s'engage :

- à remettre aux Adhérents, lors de leur adhésion et ultérieurement en cours de contrat, la Notice d'Information et toutes ses modifications postérieures, rédigée par l'Assureur résumant d'une manière très précise leurs droits et obligations,
- puis à les informer par écrit des modifications qu'il est prévu d'apporter, le cas échéant, à leurs droits et obligations, trois mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur.

Le Souscripteur ne peut engager l'Assureur à l'égard de l'Adhérent et/ou des bénéficiaires des garanties au-delà de celles prévues par le Contrat et décrites dans la Notice d'Information. S'il le faisait, il devrait prendre à sa charge la part du sinistre ou le sinistre non couvert par le Contrat.

ARTICLE 6 - PORTABILITE DES GARANTIES

Le droit à la portabilité des garanties, sous réserve du respect des conditions posées par l'article L.911-8 du Code de la Sécurité Sociale, consiste en un maintien temporaire des garanties assurées dans le cadre du présent Contrat.

Le bénéfice de cette portabilité est accordé à tout Adhérent :

- dont le contrat de travail est rompu (sauf suite à licenciement pour faute lourde),
- et qui bénéficie à ce titre d'une prise en charge par le régime de l'assurance chômage.

6.1 Prise d'effet et durée du maintien des garanties

L'ensemble des garanties sera maintenu à compter du lendemain du jour de cessation du contrat de travail, pour une durée maximale égale à la durée du dernier contrat de travail (le cas échéant la durée des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur). Cette durée est appréciée en nombre de mois entiers, arrondie au nombre supérieur, telle que déclarée par le Souscripteur, et retenue dans la limite de 12 mois.

6.2 Cessation du maintien des garanties du contrat

- Au terme de la durée maximale précitée,
- Au jour où l'Adhérent liquide ses droits à pension de retraite dans un régime obligatoire, pendant la portabilité,
- En cas de résiliation du présent Contrat, - En cas de cessation de paiement des prestations du régime d'assurance chômage ou de radiation des listes de Pôle Emploi,
- En cas de non-production auprès de l'Assureur des documents justificatifs de l'indemnisation chômage, au moment du versement de la prestation,
- En cas de reprise d'activité, même partielle, par l'Adhérent.

6.3 Condition pour le versement des prestations

L'Assureur se réserve la possibilité de conditionner à tout moment le service des prestations à la justification par l'Adhérent de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage.

6.4 Base des prestations

Par dérogation à l'article 11, les sommes devenues exigibles du fait de la rupture du contrat de travail sont exclues de la base des prestations.

6.5 Modalités spécifiques du maintien

Par dérogation aux dispositions générales des présentes Conditions Générales

- Pour la garantie Incapacité de travail, si elle a été souscrite : la franchise contractuelle retenue est celle qui serait appliquée à l'Adhérent s'il était toujours salarié de l'entreprise le jour de son arrêt de travail.

Le terme du maintien de garanties n'interrompt ni le versement des prestations périodiques en cours de service, ni celles différées en raison de l'application de la franchise contractuelle.

L'ensemble des indemnités perçues par l'ancien salarié au titre de l'incapacité temporaire de travail par le biais des régimes obligatoires et complémentaires, ne pourront conduire à ce qu'il perçoive plus de 100 % des allocations nettes du régime d'assurance chômage qu'il aurait perçues au titre de la même période.

- Pour la garantie Décès, si elle a été souscrite : sauf nouvelle stipulation, la désignation bénéficiaire éventuellement établie par l'ancien salarié durant sa période d'activité demeure valide.

6.6 Cotisations

Le maintien des garanties est financé par un système de mutualisation, intégré aux cotisations du Contrat. Les Adhérents n'auront aucune cotisation complémentaire à acquitter.

ARTICLE 7 – MAINTIEN DES GARANTIES**7.1 Aux Adhérents dont l'état d'Incapacité de Travail ou d'Invalidité est survenu et a été notifié à l'Assureur avant la date d'effet du contrat**

Pour ces Adhérents, les conditions, les niveaux de garanties et les durées de prestations seront précisés aux Conditions Particulières. Le maintien des garanties cessera en cas de

résiliation du contrat et la prestation en cours restera maintenue au niveau atteint.

7.2 Aux Adhérents dont l'arrêt de travail est survenu pendant la durée du contrat

Les garanties sont maintenues aux mêmes clauses et conditions du Contrat, sur la base du salaire annuel déterminé à la date d'arrêt de travail selon l'article 11.1 et seront revalorisées comme indiqué au 11.2.

Le maintien ne pourra pas être accordé si les prestations prévues en cas d'incapacité ou d'invalidité figurant au Titre C ne sont pas dues. En cas de résiliation du présent Contrat, l'Assureur maintient les garanties tant que l'Adhérent perçoit de sa part des prestations d'indemnités journalières ou de rente d'invalidité. Ce maintien vaut jusqu'à la date de cessation prévue pour ces garanties.

ARTICLE 8 - PROROGATION DES GARANTIES EN CAS DE RESILIATION OU DE NON RENOUVELLEMENT DU CONTRAT

En cas de résiliation du contrat par le Souscripteur ou l'Assureur dans les conditions fixées à l'Article 1.2, l'Adhérent pourra demander, à titre individuel, le maintien de tout ou partie des garanties du présent Contrat. La demande devra être faite avant la fin du délai de préavis de résiliation.

Le niveau des garanties et les taux de cotisation seront indiqués aux Conditions Particulières ou par avenant.

Les Adhérents concernés par les articles 6 et 7.1 ne sont pas visés par ces dispositions.

ARTICLE 9 – PERSONNES A CHARGE

Sont considérées comme personnes à charge :

- les enfants de l'Adhérent, de son conjoint, de son partenaire de Pacte Civil de Solidarité (PACS) ou de son concubin (tels que définis ci-après), entrant en ligne de compte pour la détermination par l'Administration Fiscale du nombre de parts au foyer de l'Adhérent pour le calcul de l'impôt sur le revenu ;
- tout enfant dont l'Adhérent assume la charge d'entretien exclusif ou principal ;
- tout enfant recevant de l'Adhérent une pension alimentaire en application d'un jugement de divorce et pour autant qu'il poursuive des études ;
- tout enfant né dans les 300 jours qui suivent le décès de l'Adhérent;
- les ascendants de l'Adhérent, de son conjoint, concubin ou partenaire lié par un PACS, remplissant simultanément les conditions suivantes :
 - être âgé d'au moins 60 ans et vivre sous le toit de l'Adhérent,
 - ne pas être assujéti à l'impôt sur le revenu du fait de ses ressources personnelles et percevoir une pension de l'Adhérent déclarée fiscalement.

ARTICLE 10 – EXCLUSIONS

10.1 Pour les garanties Décès - I.A.D. (Titre A), Rente Education (Titre D), Pension de conjoint (Titre E) et Prédécès du conjoint (Titre F), l'Assureur ne garantit pas les conséquences directes ou indirectes des risques suivants :

- **SUICIDE**

L'ASSURANCE EST DE NUL EFFET EN CAS DE SUICIDE DE L'ADHERENT AU COURS DE LA PREMIERE ANNEE D'ASSURANCE.

EN CAS D'AUGMENTATION DES GARANTIES A LA DATE D'EFFET EN COURS DE CONTRAT, LE SUICIDE EST EXCLU POUR LES GARANTIES SUPPLEMENTAIRES PENDANT LA PREMIERE ANNEE D'ASSURANCE.

EN CAS DE CONTRAT D'ASSURANCE PRECEDENT IDENTIQUE ET SANS INTERRUPTION D'ASSURANCE, LA PRESENTE DISPOSITION NE S'APPLIQUE PAS.

- **RISQUES DE GUERRE**

EN CAS DE GUERRE CIVILE OU ETRANGERE, INSURRECTIONS, EMEUTES OU MOUVEMENTS POPULAIRES AUXQUELS L'ADHERENT PREND PART.

- **RISQUES AERIENS**

LE DECES RESULTANT D'UN ACCIDENT DE NAVIGATION, EN TANT QUE PILOTE OU PASSAGER, N'EST PAS COUVERT SI L'APPAREIL EST UTILISE POUR PARTICIPER A DES COMPETITIONS PROFESSIONNELLES OU SPORTIVES, DES TENTATIVES DE RECORDS OU D'ESSAIS.

10.2 Pour le Décès accidentel (Titre B), l'Incapacité de Travail/Invalidité (Titre C), l'Infirmité Permanente par accident (Titre G), outre les exclusions de l'article 10.1, l'Assureur ne couvre pas les conséquences :

- D'ACCIDENTS, BLESSURES, MUTILATIONS OU MALADIES QUI SONT LE FAIT VOLONTAIRE DE L'ADHERENT OU DU BENEFICIAIRE DU CONTRAT ;
- DE SUICIDE DE L'ADHERENT OU DE TENTATIVE DE SUICIDE QUELLE QUE SOIT L'ANNEE DE SURVENANCE ;
- DE L'IVRESSE MANIFESTE OU D'UN ETAT D'IMPREGNATION ALCOOLIQUE DE L'ADHERENT CARACTERISE PAR UNE CONCENTRATION D'ALCOOL DANS LE SANG OU DANS L'AIR EXPIRE EGALE OU SUPERIEURE AUX TAUX FIXES PAR LES DISPOSITIONS LEGISLATIVES OU REGLEMENTAIRES DU CODE DE LA ROUTE EN VIGUEUR LORS DE L'EVENEMENT GENERATEUR ;
- DE L'USAGE DE STUPEFIANTS OU DE MEDICAMENTS NON PRESCRITS OU CONSOMMES AU-DELA DES DOSES PRESCRITES ;
- DE MATCHS, PARIS, COMPETITIONS SPORTIVES, SAUF EN TANT QU'AMATEUR ;
- DE COURSES DE VEHICULES A MOTEUR EN TANT QUE PILOTE OU PASSAGER ;
- DE LA PRATIQUE (Y COMPRIS EN QUALITE DE PASSAGER) DU DELTAPLANE, DE L'AILE VOLANTE, DE L'U.L.M., DU PLANEUR, DU PARAPENTE, DU PARACHUTISME, DU PARACHUTISME ASCENSIONNEL OU D'ENGINS AERIENS SIMILAIRES ;
- DE LA PRATIQUE DU SAUT A L'ELASTIQUE OU DU BASE JUMP ;
- DE RIXE, SAUF LE CAS DE LEGITIME DEFENSE ET CELUI DE L'ACCOMPLISSEMENT DU DEVOIR PROFESSIONNEL ;
- DE FAITS DE GUERRE CIVILE OU ETRANGERE, D'INSURRECTION SI L'ADHERENT Y PREND UNE PART ACTIVE ;
- DE LA DESINTEGRATION DU NOYAU ATOMIQUE.

ARTICLE 11 - BASE DES COTISATIONS ET DES PRESTATIONS – REVALORISATION DES PRESTATIONS

11.1 Base des cotisations et des prestations

La base des cotisations et des prestations est définie aux Conditions Particulières. Lorsqu'elle est fonction du salaire, elle est plafonnée à une ou plusieurs des tranches suivantes :

- Tranche A : partie du salaire annuel brut soumise à cotisations de Sécurité Sociale, mais limitée au plafond de la Sécurité Sociale.

- Tranche B : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond de la tranche A et le plafond fixé pour l'application de la Convention Collective Nationale des Cadres du 17 Mars 1947 (C.C.N.C).

- Tranche C : partie du salaire annuel brut comprise entre le plafond de la C.C.N.C. précitée et le double de ce plafond.

La base des prestations est égale, dans les limites prévues ci-dessus, à la somme des éléments suivants :

a) Douze fois le salaire brut relatif au mois civil immédiatement antérieur à la date du sinistre (déduction faite des éléments variables, primes et gratifications).

Lorsque le salaire relatif au mois ci-dessus est incomplet (arrêt de travail pour maladie ou accident, embauche ou entrée dans la catégorie de personnel assurée au cours dudit mois), le salaire pris en considération est celui qui aurait été perçu si l'Adhérent avait travaillé pendant tout le mois.

b) Les éléments variables (primes et gratifications) perçus au cours des douze mois civils précédant la date du sinistre.

Dans le cas particulier de salaires ne comprenant que des parties non fixes telles que commissions, gratifications etc., le salaire mensuel utilisé sera égal à la moyenne arithmétique des douze derniers salaires mensuels bruts.

En cas d'activité inférieure à un an, le salaire sera rétabli sur la base annuelle.

En tout état de cause, le salaire à prendre en compte est celui perçu au titre du dernier contrat de travail.

Le montant total des prestations dues par l'Assureur en cas de décès de l'Adhérent, quelle qu'en soit la cause, est limité à 85 fois la valeur du Plafond Annuel de la Sécurité Sociale. Ce montant intègre à la fois les capitaux garantis mais également les éventuels capitaux constitutifs de rentes à servir. En cas de dépassement, les capitaux et rentes seraient réduits à due concurrence.

11.2 Revalorisation des prestations

Les prestations périodiques versées sont revalorisées le premier janvier de chaque année dans le rapport existant entre la valeur du point A.G.I.R.C. du 1^{er} janvier de l'année considérée et celle de l'année précédente.

ARTICLE 12 - COTISATIONS

Le Souscripteur est seul responsable du paiement des cotisations dues à l'Assureur.

12.1 Montant des cotisations

Le montant des cotisations s'obtient par application des taux indiqués aux Conditions Particulières sur la base définie à l'Article 11.

12.2 Paiement des cotisations

Le montant des cotisations annuelles dues par le Souscripteur et défini aux Conditions Particulières est à régler en quatre versements trimestriels au plus tard dix jours après la fin de chaque trimestre civil. Le calcul de chaque versement trimestriel est effectué en appliquant les taux définis aux Conditions Particulières aux assiettes trimestrielles.

Une révision de la cotisation annuelle peut également être effectuée au cours du premier trimestre civil qui suit l'année de référence si la base de calcul a été modifiée en fonction des éléments fournis par le Souscripteur en application de l'article 5.2.

Toutes taxes, contributions ou prélèvements en vigueur au jour de l'échéance sont à la charge du Souscripteur et payables en même temps que les cotisations.

12.3 Révision des cotisations

Le montant de cotisations a été arrêté en fonction des garanties indiquées aux Conditions Particulières et des bases de prestations de la Sécurité Sociale en vigueur à la date de souscription. Toute modification de ces règles ou des indices et valeurs de référence qui y sont liés, peut donner lieu à une modification des cotisations.

Jusqu'à la date de prise d'effet de la révision, les prestations de l'Assureur restent dues sur les bases de remboursement de la Sécurité Sociale en vigueur avant la modification.

Les cotisations peuvent être également modifiées annuellement en fonction du rapport mentionné à l'article 13.

12.4 Non-paiement des cotisations

En cas de non-paiement d'une cotisation ou d'une fraction de cotisation dans les dix jours de son échéance, l'Assureur adresse au Souscripteur une lettre de mise en demeure de payer en recommandé avec avis de réception.

Le défaut de paiement dans les trente jours de l'envoi de la lettre entraîne à l'issue de ce délai la suspension des garanties du contrat.

En cas de suspension, la remise en vigueur des garanties s'effectuera après accord écrit et préalable de l'Assureur, le lendemain du jour où ont été payées les cotisations arriérées et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que les frais de poursuite et de recouvrement.

La suspension des garanties entraîne pour chaque Adhérent, la perte de tous droits aux prestations se rapportant à des accidents, maladie ou maternité survenus pendant cette période.

L'Assureur peut résilier le Contrat dix jours après la date de suspension, et ce, conformément à l'article L.113-3 du Code des Assurances. Cette résiliation se fait soit par l'envoi d'une seconde lettre recommandée avec avis de réception, soit automatiquement si la résiliation automatique a été prévue dans la lettre de mise en demeure de payer.

12.5 Exonération du paiement des cotisations

Lorsque l'Adhérent bénéficie des prestations Incapacité de travail ou Invalidité du présent Contrat, il est maintenu dans le groupe assuré au titre du Contrat sans contrepartie de cotisations, et ce au plus tôt à compter du 91^{ème} jour d'arrêt de travail.

Cette exonération cesse le jour de la résiliation du Contrat quelle qu'en soit l'origine.

ARTICLE 13 - RAPPORT

A la fin de chaque exercice de l'Assureur, ce dernier établit pour l'ensemble des contrats concernant le Souscripteur, un rapport comportant :

- le montant des cotisations brutes hors taxes ;
- le montant des prestations payées ;
- le montant des provisions ;
- le montant total des chargements.

Ce rapport est adressé au Souscripteur au plus tard le 31 août de l'année suivant la clôture d'un exercice.

ARTICLE 14 - SUBROGATION

L'Assureur est subrogé conformément à l'Article L.121-12 du Code des Assurances, jusqu'à concurrence de l'indemnité payée par lui, dans les droits et actions de l'Adhérent victime d'un accident contre tout tiers responsable du sinistre, que la responsabilité soit entière ou partagée.

Si par la faute de l'Adhérent, la subrogation ne peut plus être actionnée par l'Assureur, celui-ci sera fondé à réclamer à l'Adhérent l'indemnité qu'il ne peut plus récupérer.

ARTICLE 15 - PRESCRIPTION

Conformément à l'article L.114-1 du code des assurances, toute action dérivant d'un contrat d'assurance est prescrite par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance,
- En cas de sinistre, que du jour où l'Adhérent et ses ayants droit en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

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

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription, telles qu'énoncées aux articles 2240 à 2246 du Code civil, et

notamment une demande en justice, la désignation d'un expert à la suite d'un sinistre ou par l'envoi d'une lettre recommandée avec avis de réception adressée par l'Assureur au Souscripteur en ce qui concerne le règlement de ses cotisations, ou par l'Adhérent à l'Assureur en ce qui concerne le règlement des prestations.

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. En outre, la prescription ne court pas ou est suspendue contre celui qui est dans l'impossibilité d'agir par suite d'un empêchement résultant de la loi ou de la force majeure.

ARTICLE 16 - CONTROLE MEDICAL ET ARBITRAGE

16.1 Contrôle médical

Pour l'ensemble des garanties du contrat, il est prévu la disposition suivante :

A toute époque, le médecin délégué par l'Assureur doit avoir, **sous peine de déchéance de garantie, de suspension ou de cessation définitive du paiement des prestations en cours**, un libre accès auprès de l'Adhérent en état d'incapacité ou d'invalidité, afin de pouvoir constater son état.

L'Assureur se réserve la faculté, à tout moment et sous peine de suspension ou de refus de prise en charge des demandes de règlement, de soumettre l'Adhérent à une expertise médicale en un lieu déterminé sur la convocation.

Les décisions de l'Assureur sont notifiées à l'Adhérent par lettre recommandée et s'imposent à lui. L'adhérent peut en contester le bien-fondé, par lettre recommandée avec avis de réception adressée à l'Assureur, dans les dix jours suivant leur réception.

L'Adhérent doit toujours indiquer à l'Assureur l'adresse où il peut être joint et signaler tout changement d'adresse.

En outre, l'Adhérent ne peut se prévaloir du secret médical pour refuser de répondre aux questions du médecin missionné par l'Assureur. L'Adhérent devra communiquer au médecin les informations requises directement sous pli confidentiel et se soumettre à tout contrôle médical éventuel.

En cas de refus de l'Adhérent de se soumettre au contrôle médical, le paiement des prestations est suspendu par l'Assureur.

Il appartiendra alors à l'Adhérent de solliciter, à ses frais, la désignation d'un expert judiciaire. Tant qu'une décision judiciaire irrévocable n'est pas obtenue, le paiement des prestations est suspendu par l'Assureur.

16.2 Expertise amiable et contradictoire

En cas de désaccord sur les décisions de l'Assureur suite à un contrôle médical (tel que prévu à l'article 16.1 précité), l'Adhérent peut demander par lettre recommandée avec avis de réception et dans les dix jours qui suivent la réception de la décision de l'Assureur, la mise en place d'une expertise amiable et contradictoire.

Cette demande devra être accompagnée d'une attestation médicale et des coordonnées du médecin chargé de le représenter lors de cette expertise qui sera réalisée avec le médecin délégué par l'Assureur, en un lieu déterminé sur la convocation. Chacun d'entre eux prend à sa charge les honoraires du médecin qu'il a désigné.

En cas de refus de l'Adhérent de communiquer les coordonnées du médecin le représentant à l'expertise amiable, ou de se rendre à ladite expertise, ou en cas de désaccord sur le résultat de cette expertise, le paiement des prestations sera suspendu par l'Assureur.

L'Adhérent aura alors la faculté de demander, à ses frais, la désignation d'un expert judiciaire. Tant qu'une décision judiciaire irrévocable n'est pas obtenue, le paiement des prestations est suspendu par l'Assureur.

16.3 Arbitrage

Si à l'issue de l'expertise amiable et contradictoire prévue à l'article 16.2 précité, les médecins de l'Adhérent et de l'Assureur ne peuvent parvenir à des conclusions communes, ils choisissent, dans un délai de 3 mois à compter de la réception du rapport d'expertise amiable et contradictoire, un médecin arbitre pour les départager.

Faute d'entente sur son choix, passé ce délai, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'Adhérent saisi par la partie la plus diligente.

Toute convocation à un arbitrage, non honorée de la présence de l'Adhérent, entraînera la suspension ou le refus de prise en charge des demandes de règlement par l'Assureur.

La décision du médecin arbitre s'impose à l'Adhérent et à l'Assureur qui supportent par moitié les frais relatifs à sa nomination.

Tant que cette procédure d'arbitrage n'a pas été accomplie, les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire pour le règlement des litiges.

ARTICLE 17 - MODALITES D'EXAMEN DES RECLAMATIONS – MEDIATION

Toute réclamation relative à l'exécution du Contrat doit être adressée :

. par courrier à : Direction de la Conformité – GRESHAM - 20 rue de la Baume – CS 10020 - 75383 Paris Cedex 08, ou,
. par courriel à : service.reclamations@gresham.fr.

Si malgré les efforts de l'Assureur, le désaccord persiste, toute requête non satisfaite peut être adressée pour avis au Médiateur de l'assurance, personnalité indépendante extérieure à GRESHAM. Sa demande devra être adressée à la Médiation de l'Assurance – TSA 50110, 75441 Paris Cedex 09.

Il n'est pas possible d'avoir recours au Médiateur si les Tribunaux ont été saisis pour la même raison. Le recours au Médiateur n'est toutefois pas exclusif d'une éventuelle procédure contentieuse ultérieure : la saisine du Médiateur interrompt d'ailleurs, et ce pendant tout le délai de traitement de la réclamation par le Médiateur, le délai de prescription du droit à se pourvoir en justice.

ARTICLE 18 - LOI APPLICABLE AU CONTRAT ET REGIME FISCAL

La loi applicable au Contrat est la loi française et le régime fiscal et social applicable est le régime fiscal et social français des contrats collectifs de prévoyance complémentaire à adhésion obligatoire.

Le Souscripteur et l'Adhérent autorisent donc l'Assureur à communiquer leur identité et leur domicile fiscal à l'Administration en tant que de besoin.

ARTICLE 19 – AUTORITE DE CONTROLE DE GRESHAM

GRESHAM est placée sous le contrôle légal de l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, sise 61 rue Taitbout, 75009 Paris.

ARTICLE 20 - INFORMATIQUE ET LIBERTES (Loi n°78-17 du 6 janvier 1978)

Les informations nominatives recueillies pourront être communiquées aux autres sociétés du Groupe GRESHAM, ainsi qu'à des sociétés sous-traitantes pour la nécessité de la gestion du Contrat. Ces données pourront également être communiquées pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires.

L'Adhérent peut exercer à tout moment son droit d'accès, de rectification et de suppression en envoyant un courrier à l'adresse suivante : GRESHAM - Direction Marketing - 20 rue de la Baume – CS 10020 - 75383 Paris Cedex 08.

TITRE A**DECES - INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE (I.A.D)**

Il est précisé que les garanties mentionnées dans le présent Titre ne sont pas systématiquement accordées. Ne le sont effectivement que celles qui sont énumérées dans les Conditions Particulières et pour lesquelles un montant de prestations est indiqué. DANS TOUS LES AUTRES CAS, LES GARANTIES NE SONT PAS ACCORDEES.

Pour l'application du présent Titre, est assimilé au conjoint :

- le partenaire de PACS de l'Adhérent : la personne ayant conclu un PACS avec l'Adhérent, sous réserve de la présentation d'une attestation, datant de moins de trois mois, d'inscription du PACS au greffe du Tribunal d'Instance. Les deux partenaires doivent être, au regard de l'Etat civil, libres de tout autre lien de mariage, de PACS ou de concubinage. Au jour du sinistre, le PACS ne doit pas être dissout et il doit pouvoir être justifié d'une domiciliation commune.
- le concubin notoire de l'Adhérent : la personne vivant maritalement avec l'Adhérent et justifiant d'une domiciliation fiscale commune depuis au moins un an au moment du sinistre. Ce délai est abrogé en cas de naissance d'un enfant commun aux concubins au cours de cette période. L'Adhérent et son concubin doivent être libres de tout autre lien de même nature (c'est-à-dire qu'ils sont chacun célibataire, veuf ou divorcé, et ne sont pas engagés dans les liens d'un mariage, d'un PACS ou d'un autre concubinage avec une autre personne).

ARTICLE A.1 - GARANTIE EN CAS DE DECES

En cas de décès de l'Adhérent, il est prévu le paiement d'un capital dont le montant est indiqué aux Conditions Particulières.

ARTICLE A.2 - GARANTIE EN CAS D'INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D.) de l'Adhérent, l'Assureur verse par anticipation à l'Adhérent, sur sa demande, les prestations prévues à l'Article A.1.

L'Adhérent est considéré comme atteint d'I.A.D.:

- s'il est classé par la Sécurité Sociale parmi les invalides de la 3^{ème} catégorie,
- ou bénéficie, au titre de la législation sur les Accidents du Travail et Maladies Professionnelles, d'une rente à 100 % avec majoration pour tierce personne et se trouve, en outre, dans l'impossibilité totale et définitive d'exercer une activité professionnelle quelconque.

Les prestations sont versées après réception de la preuve de l'I.A.D.

La demande de versement par un Adhérent des prestations prévues en cas d'I.A.D., acceptée par l'Assureur, met fin à la garantie Décès (article A.1) pour cet Adhérent.

ARTICLE A.3 - GARANTIE DOUBLE EFFET

Si simultanément ou postérieurement au décès de l'Adhérent, le Conjoint, le partenaire de PACS ou le concubin de l'Adhérent vient lui-même à décéder ou est atteint d'I.A.D, il est versé une prestation définie aux Conditions Particulières, au profit de son (ses) enfant(s), communs avec

l'Adhérent, considérés à charge à la date du décès de l'Adhérent et encore à sa charge à son décès.

ARTICLE A.4 - GARANTIE FRAIS D'OBSEQUES

En cas de décès du conjoint, du partenaire de PACS, du concubin de l'Adhérent ou d'une personne à charge définie à l'Article 9 des présentes Conditions Générales, il est versé à l'Adhérent une allocation forfaitaire dont le montant est fixé aux Conditions Particulières.

Le montant de cette allocation sera limité aux frais réellement engagés lorsqu'il s'agit d'un enfant à charge de moins de 12 ans.

ARTICLE A.5 – BENEFICIAIRES DU CAPITAL

* Clause bénéficiaire contractuelle :

A défaut d'envoi par l'Adhérent à l'Assureur d'une désignation bénéficiaire, selon les modalités indiquées ci-bas (cf. « clause bénéficiaire spécifique »), le capital sera versé :

- au conjoint de l'Adhérent judiciairement non séparé de corps, ou au Partenaire de l'Adhérent avec lequel celui-ci est lié par un PACS ou au concubin notoire de l'Adhérent et justifiant d'une domiciliation commune à la date du décès,
- à défaut, aux enfants de l'Adhérent, nés ou à naître, vivants ou représentés par parts égales,
- à défaut aux parents de l'Adhérent par parts égales entre eux et en cas de décès de l'un d'eux, la totalité au survivant,
- à défaut, aux héritiers de l'Adhérent.

Sauf le cas où un (des) bénéficiaire(s) aurai(en)t accepté leur désignation, ou sauf stipulation contraire de l'Adhérent, la majoration éventuelle du capital par personne à charge, telle que définie à l'article 9, est versée, par parts égales, aux enfants ouvrant droit à cette majoration, ou à leur représentant légal.

* Clause bénéficiaire spécifique :

Si l'Adhérent désire que le capital garanti ne soit pas attribué selon la clause bénéficiaire contractuelle précisée ci-dessus ou, si en cours de contrat, il souhaite modifier la désignation bénéficiaire, il doit en informer l'Assureur en lui adressant une lettre manuscrite, datée et signée. L'Adhérent peut également désigner le(s) bénéficiaire(s) :

- en remplissant le document *Désignation de bénéficiaires en cas de décès*, annexée à la Notice d'Information du contrat d'assurance, ou,
- dans un acte sous seing privé communiqué à l'Assureur, ou,
- dans un acte authentique dont l'existence a été communiquée à l'Assureur.

Lorsqu'un bénéficiaire est nommément désigné, il est recommandé de porter ses coordonnées sur la désignation, afin qu'en cas de décès, l'Assureur informe le bénéficiaire de la désignation effective existant à son profit.

Il est également recommandé à l'Adhérent de modifier la clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée, cependant, si l'Adhérent a consenti à l'acceptation d'un (des) bénéficiaire(s), sa (leur) désignation devient irrévocable. La modification de la stipulation faite au profit du bénéficiaire n'est alors possible qu'avec l'accord du bénéficiaire acceptant.

Lorsque l'adhérent est en vie, le bénéficiaire du contrat ne peut devenir bénéficiaire acceptant que si l'adhérent y consent et lui donne expressément son accord.

L'acceptation peut être faite soit par un acte authentique, soit par acte sous seing privé signé par l'Adhérent et par le bénéficiaire et n'a d'effet à l'égard de l'Assureur qu'après lui avoir été notifiée par écrit par lettre recommandée avec avis de réception.

Toute désignation ou changement de désignation non porté à la connaissance de l'Assureur lui est inopposable. La non-recevabilité d'une désignation entraînera l'application de la clause contractuelle mentionnée au présent article.

* Cas du contrat proposant plusieurs options en cas de décès :

Si les bénéficiaires ne parviennent pas à un accord sur le choix de l'option au moment du sinistre, alors l'option proposant le capital Décès sans rente sera retenue.

ARTICLE A.6 – JUSTIFICATIFS A PRODUIRE POUR LES REGLEMENTS

Les demandes de règlements doivent être adressées à l'Assureur accompagnées des pièces justificatives suivantes :

a) En cas de décès :

- Extrait de l'acte de décès mentionnant la date de naissance ;
- Certificat médical précisant si possible la cause du décès ;
- Justification de la situation de famille et des charges de famille (copie du livret de famille, certificats de scolarité, attestation fiscale, etc.).

De plus, en cas de décès :

- de l'Adhérent : copie des bulletins de salaires des douze mois civils précédant le mois du décès.
- du conjoint, du partenaire de PACS ou du concubin (article A.3) : extrait de la délibération du conseil de famille ou ordonnance du juge des Tutelles ayant nommé les tuteurs et subrogés tuteurs des enfants mineurs.

b) En cas d'Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D.) :

- Notification de l'attribution par la Sécurité Sociale d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité et de la majoration pour assistance d'une tierce personne ;
- Justification de la situation de famille.

De plus, s'il s'agit de l'I.A.D. de l'Adhérent : copie des bulletins de salaires des douze mois civils précédant la date à laquelle la Sécurité Sociale a reconnu l'Adhérent en invalidité de 3^{ème} catégorie ou lui a attribué une rente d'incapacité permanente de 100 % avec majoration pour assistance d'une tierce personne.

L'Assureur se réserve le droit de demander toute pièce qu'il jugera nécessaire pour le règlement d'un capital. A défaut de fourniture des pièces demandées, le règlement pourra être ajourné ou supprimé.

*****Fin des dispositions du Titre A *****

TITRE B DECES - INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE PAR ACCIDENT

Il est précisé que les garanties mentionnées dans le présent Titre ne sont pas systématiquement accordées. Ne le sont effectivement que celles qui sont énumérées dans les Conditions Particulières et pour lesquelles un montant de prestations est indiqué. DANS TOUS LES AUTRES CAS, LES GARANTIES NE SONT PAS ACCORDEES.

Pour l'application du présent Titre, est assimilé au conjoint:

- le partenaire de PACS de l'Adhérent : la personne ayant conclu un PACS avec l'Adhérent, sous réserve de la présentation d'une attestation, datant de moins de trois mois, d'inscription du PACS au greffe du Tribunal d'Instance. Les deux partenaires doivent être, au regard de l'Etat civil, libres de tout autre lien de mariage, de PACS ou de concubinage. Au jour du sinistre, le PACS ne doit pas être dissout et il doit pouvoir être justifié d'une domiciliation commune.

- le concubin notoire de l'Adhérent : la personne vivant maritalement avec l'Adhérent et justifiant d'une domiciliation fiscale commune depuis au moins un an au moment du sinistre.

Ce délai est abrogé en cas de naissance d'un enfant commun aux concubins au cours de cette période. L'Adhérent et son concubin doivent être libres de tout autre lien de même nature (c'est-à-dire qu'ils sont chacun célibataire, veuf ou divorcé, et ne sont pas engagés dans les liens d'un mariage, d'un PACS ou d'un autre concubinage avec une autre personne).

ARTICLE B.1 – DEFINITION

Le Décès ou l'I.A.D. sont considérés comme accidentels lorsqu'ils résultent d'un événement extérieur à l'Adhérent, soudain et involontaire entraînant le Décès ou l'I.A.D. dans les douze mois qui suivent la date de l'événement.

NE SONT PAS CONSIDERES COMME ACCIDENTELS, LE DECES OU L'I.A.D. SURVENANT A LA SUITE D'UN INFARCTUS, D'UNE INTERVENTION CHIRURGICALE OU DE LESIONS ORGANIQUES INTERNES PROVOQUEES PAR UN EFFORT.

ARTICLE B.2 – GARANTIE DECES PAR ACCIDENT

En cas de décès de l'Adhérent consécutif à un accident, il est prévu le paiement d'un capital supplémentaire dont le montant est indiqué aux Conditions Particulières.

ARTICLE B.3 - GARANTIE INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE PAR ACCIDENT

L'Invalidité Absolue et Définitive consécutive à un accident est assimilée au Décès par accident. L'Invalidité Absolue et Définitive est définie à l'Article A.2 du Titre A.

Après réception des pièces justificatives, l'Assureur verse par anticipation à l'Adhérent, sur sa demande, les prestations prévues à l'Article B.2.

La demande de versement par un Adhérent des prestations prévues en cas d'I.A.D. par accident, acceptée par

l'Assureur, met fin à la garantie Décès par accident (article B.2) pour cet Adhérent.

ARTICLE B.4 – BENEFICIAIRES

Les bénéficiaires en cas de décès de l'Adhérent sont ceux définis à l'Article A.5 du Titre A.

ARTICLE B.5 – JUSTIFICATIFS A PRODUIRE POUR LES REGLEMENTS

En complément des pièces justificatives prévues à l'Article A.6. du Titre A :

- Toutes pièces justificatives telles que certificat médical, rapport de police, coupures de journaux, etc., attestant le caractère accidentel du décès ou de l'I.A.D.

L'Assureur se réserve le droit de demander toute pièce qu'il jugera nécessaire pour le règlement d'un capital. A défaut de fourniture des pièces demandées, le règlement pourra être ajourné ou supprimé.

***** Fin des dispositions du Titre B *****

TITRE C INCAPACITÉ DE TRAVAIL – INVALIDITÉ

Il est précisé que les garanties mentionnées dans le présent Titre ne sont pas systématiquement accordées. Ne le sont effectivement que celles qui sont énumérées dans les Conditions Particulières et pour lesquelles un montant de prestations est indiqué. DANS TOUS LES AUTRES CAS, LES GARANTIES NE SONT PAS ACCORDEES.

ARTICLE C.1 - DEFINITIONS - ETENDUE DES GARANTIES

- Incapacité Temporaire Totale

Un Adhérent est considéré en état d'Incapacité Temporaire Totale (I.T.T.) s'il se trouve dans l'incapacité physique, constatée médicalement, d'exercer une activité rémunérée, et s'il perçoit de la Sécurité Sociale des indemnités journalières.

Toute réduction de l'intervention du régime de base, pour non respect des dispositions de l'article 27-VI de la Loi n°2004-810 du 13/08/2004, ne pourra être prise en charge au titre des garanties prévues au contrat.

- Invalidité Permanente

Un Adhérent est considéré en état d'Invalidité Permanente Totale (I.P.T.) lorsqu'il est classé par la Sécurité Sociale dans la 2^{ème} ou 3^{ème} catégorie d'invalides ou, s'il s'agit d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, lorsque cet organisme lui reconnaît une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 66 %.

Il est considéré en état d'Invalidité Permanente Partielle (I.P.P.) lorsqu'il est classé par la Sécurité Sociale dans la 1^{ère} catégorie d'invalides ou, s'il s'agit d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, lorsque cet organisme lui reconnaît une incapacité permanente d'un taux compris entre 33 % et 66 %.

- Les prestations garanties par le présent Titre sont servies uniquement en complément des indemnités, pensions ou rentes de même nature versées par la Sécurité Sociale.

Toutefois, lorsque l'Adhérent du fait de conditions d'ancienneté d'affiliation à la Sécurité Sociale ne peut bénéficier des prestations de celle-ci, l'Assureur verse les prestations correspondant à l'état d'Incapacité Temporaire Totale ou d'Invalidité Permanente de l'Adhérent, sous déduction des prestations qu'aurait versées la Sécurité Sociale, si elle était intervenue.

- Appréciation des sinistres déclarés

En tout état de cause, et conformément à l'article 16 des présentes Conditions Générales, l'Assureur se réserve la possibilité d'apprécier par une expertise médicale le bien-fondé de l'état d'Incapacité de travail ou d'invalidité de l'Adhérent.

ARTICLE C.2 - MONTANT DES PRESTATIONS

A) Incapacité Temporaire et Invalidité Permanente non consécutives à un accident du travail ou une maladie professionnelle

En cas d'Incapacité Temporaire Totale, l'Assureur verse une indemnité journalière égale à 1/365^{ème} de la base des prestations prévue aux Conditions Particulières.

Cette indemnité est servie à l'expiration d'un délai de franchise fixé aux Conditions Particulières. Sauf stipulation contraire prévue aux Conditions Particulières, la franchise est applicable à chaque arrêt de travail et correspond à une période continue d'arrêt total.

En cas d'hospitalisation, l'Assureur n'indemniserait que la période d'hospitalisation se situant au-delà de la franchise prévue.

Si l'Incapacité Temporaire Totale a pour origine les causes pathologiques d'une maternité, le délai de franchise est suspendu pendant la durée du congé de maternité légal ou conventionnel, sauf stipulations contraires précisées aux Conditions Particulières.

Invalidité Permanente

En cas d'Invalidité Permanente Totale de l'Adhérent, l'Assureur verse une rente trimestrielle égale à ¼ des prestations annuelles prévues aux Conditions Particulières.

En cas d'Invalidité Permanente Partielle de l'Adhérent, l'Assureur verse une rente trimestrielle égale à 60 % de celle prévue en cas d'Invalidité Permanente Totale.

B) Incapacité Temporaire et Invalidité Permanente consécutives à un accident du travail ou une maladie professionnelle

Incapacité Temporaire

Le montant de l'indemnité journalière est calculé par application du taux, fixé aux Conditions Particulières, à la base des prestations en cas d'incapacité temporaire non consécutive à un accident du travail ou une maladie professionnelle. De cette indemnité est déduite celle versée par la Sécurité Sociale au titre des accidents du travail et maladies professionnelles.

Invalidité Permanente

En cas d'Invalidité Permanente Totale de l'Adhérent, dont le taux N est supérieur ou égal à 66 %, l'Assureur verse une rente trimestrielle égale à ¼ des prestations annuelles prévues aux Conditions Particulières.

En cas d'Invalidité Permanente Partielle de l'Adhérent dont le taux N est compris entre 33 % et 66 %, l'Assureur verse une rente dont le montant annuel R, incluant les prestations de la Sécurité Sociale, est égal à :

$$R = 3/2 \times N \times G$$

dans laquelle

N est le taux d'incapacité permanente non corrigé servant au calcul de la rente versée en cas d'accident du travail,

G est la garantie de l'Assureur incluant les prestations Sécurité Sociale.

La rente est versée par quart trimestriellement.

EN CAS D'INVALIDITE PERMANENTE PARTIELLE INFÉRIEURE A 33 %, L'ASSUREUR NE VERSE AUCUNE PRESTATION.

C) Cas du mi-temps thérapeutique

En cas de reprise d'activité à temps partiel dans le cadre d'un « mi-temps thérapeutique », l'Assureur poursuit le

versement de son indemnité journalière pour un montant égal à la différence entre :

- Le montant garanti aux Conditions Particulières.
- Le cumul de l'indemnité journalière versée par la Sécurité Sociale et du salaire effectivement versé par le Souscripteur au titre dudit mi-temps thérapeutique.

En l'absence de salaire effectivement versé par le souscripteur, l'Assureur n'indemnise pas le mi-temps thérapeutique.

ARTICLE C.3 - DUREE ET FIN DU SERVICE DES PRESTATIONS

Les prestations du présent Titre sont servies aussi longtemps que l'état de l'Adhérent répond à l'une des définitions de l'Article C.1.

Elles cessent d'être versées le jour de la liquidation d'un régime de retraite obligatoire.

Reprise temporaire de travail

Si l'Adhérent rechute (suite de la même maladie) après avoir repris une activité, le délai de franchise fixé aux Conditions Particulières n'est pas appliqué si les deux conditions suivantes sont vérifiées :

- L'Assureur a versé des prestations au titre de l'arrêt (franchise dépassée),
- Le nouvel arrêt intervient moins de deux mois après la reprise d'activité.

Résiliation du contrat

La résiliation du contrat par le Souscripteur ou par l'Assureur est sans effet sur le versement des prestations immédiates ou différées acquises ou nées par l'exécution du présent Titre.

Les prestations continueront à être versées sur la base de la dernière prestation due ou payée avant la résiliation.

ARTICLE C.4 - REGLE DE CUMUL

Le cumul des prestations versées au titre d'une même période par l'Assureur, la Sécurité Sociale et, le cas échéant, le Souscripteur, et tout autre organisme (Pôle Emploi, ...), ne peut excéder 100 % de la base des prestations définies aux Conditions Particulières. **En cas de dépassement, les prestations de l'Assureur sont réduites à due concurrence.**

ARTICLE C.5 - DEBUT DU SERVICE DES PRESTATIONS - JUSTIFICATIFS A PRODUIRE

Le Souscripteur, ou à défaut l'Adhérent, doit adresser à l'Assureur dans les QUINZE JOURS qui suivent l'expiration de la période de franchise mentionnée aux Conditions Particulières, les pièces justificatives suivantes :

- Copie des bulletins de salaires des douze mois civils précédant le mois où a débuté l'arrêt de travail ;
- Certificat médical de l'Assureur dûment rempli par le médecin traitant de l'Adhérent et adressé au médecin conseil de l'Assureur sous enveloppe portant la mention « Secret Médical » ;
- Décomptes de prestations en espèces de la Sécurité Sociale;
- Avis d'arrêt de travail initial et de prolongation ;
- En cas d'hospitalisation, le bulletin d'hospitalisation mentionnant les dates d'entrée et de sortie.

Le cas échéant :

- Notification d'attribution par la Sécurité Sociale d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité et de la majoration pour assistance d'une tierce personne ;
- Copie du livret de famille ;
- Toute autre pièce justifiant que les personnes sont à charge.

En cas de rechute dans les 2 mois suivant la reprise du travail:

- Certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection.

Sauf cas de force majeure, si ces documents ne sont pas parvenus à l'Assureur dans le délai précisé ci-dessus, la franchise sera décomptée à partir du jour de réception de la déclaration.

Les indemnités journalières et les rentes trimestrielles sont payables après réception des pièces justificatives. Les prestations sont versées au Souscripteur pour le compte de l'Adhérent, tant que celui-ci fait partie de l'effectif de l'Entreprise.

Lorsque l'Adhérent ne fait plus partie de l'effectif et si des prestations sont dues par l'Assureur, elles sont directement versées à l'Adhérent : dans ce cas, elles sont calculées, selon les mêmes modalités mais sur la base des prestations indiquées aux Conditions Particulières correspondant au salaire net.

L'Assureur se réserve le droit de demander toute pièce qu'il jugera nécessaire pour le règlement d'un capital. A défaut de fourniture des pièces demandées, le règlement pourra être ajourné ou supprimé.

ARTICLE C.6 – REVISION

En cas de modification de l'état de l'Adhérent, les indemnités journalières ou rentes seront révisées en conséquence.

***** Fin des dispositions du Titre C *****

TITRE D RENTE EDUCATION

Il est précisé que les garanties mentionnées dans le présent Titre ne sont pas systématiquement accordées. Ne le sont effectivement que celles qui sont énumérées dans les Conditions Particulières et pour lesquelles un montant de prestations est indiqué. **DANS TOUS LES AUTRES CAS, LES GARANTIES NE SONT PAS ACCORDEES.**

ARTICLE D.1 - GARANTIE EN CAS DE DECES

Il est versé, en cas de décès de l'Adhérent, une rente d'éducation pour les enfants à charge (Article 9), dont le montant est indiqué aux Conditions Particulières.

Le service de la rente éducation est effectué trimestriellement à terme échu. Le premier versement intervient le premier jour du trimestre civil suivant le décès de l'Adhérent pour la période courue depuis le jour du décès. La rente cesse d'être due à compter du lendemain du jour où les conditions requises pour être bénéficiaire ne sont plus remplies, **sans pouvoir excéder la date à laquelle il atteint son 26^{ème} anniversaire, sauf s'il est titulaire de la carte d'invalidé civil avant son 18^{ème} anniversaire .** **Le dernier paiement est calculé prorata temporis.**

ARTICLE D.2 - GARANTIE EN CAS D'INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D.) de l'Adhérent, l'Assureur verse par anticipation à la demande de l'Adhérent, les prestations prévues à l'Article D.1.

L'Adhérent est considéré comme atteint d'I.A.D. :
- s'il est classé par la Sécurité Sociale parmi les invalides de la 3^{ème} catégorie,
- ou s'il bénéficie, au titre de la législation sur les Accidents du Travail et Maladies Professionnelles, d'une rente à 100 % avec majoration pour tierce personne et se trouve, en outre, dans l'impossibilité totale et définitive d'exercer une activité professionnelle quelconque.

Les prestations sont versées dès réception de la preuve de l'I.A.D.

La demande de versement par un Adhérent des prestations prévues en cas d'I.A.D., acceptée par l'Assureur, met fin à la garantie Décès (article D.1) pour cet Adhérent.

ARTICLE D.3 - BENEFICIAIRES

Sont considérés comme bénéficiaires les enfants à charge tels que définis à l'Article 9 des Conditions Générales. Les rentes sont payables à l'enfant bénéficiaire ou, tant qu'il est mineur, à son représentant légal.

ARTICLE D.4 - FIN DU SERVICE DES PRESTATIONS

La rente éducation est versée à l'enfant selon les garanties et les limites d'âge prévues aux Conditions Particulières.

Lorsque la garantie évolue en fonction de l'âge, la prestation du trimestre au cours duquel la garantie change est calculée prorata temporis selon la garantie de chaque tranche d'âge.

ARTICLE D.5 – JUSTIFICATIFS A PRODUIRE POUR LES REGLEMENTS

Les demandes de règlements doivent être adressées à l'Assureur accompagnées des pièces justificatives suivantes :

- a) en cas de décès :
- Extrait de l'acte de décès mentionnant la date de naissance ;
 - Certificat médical constatant l'origine accidentelle ou non du décès ;
 - Justification de la situation de famille et des charges de famille (copie du livret de famille, certificats de scolarité, attestation fiscale, etc.) ;
 - Copie des bulletins de salaires des douze mois civils précédant le mois du décès;
- b) en cas d'Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D.) :
- Justification de la situation de famille et des charges de famille (copie du livret de famille, certificats de scolarité, attestation fiscale, etc.);
 - Copie des bulletins de salaires des douze mois civils précédant la date à laquelle la Sécurité Sociale a reconnu l'Adhérent en invalidité de 3^{ème} catégorie;
 - Notification de l'attribution par la Sécurité Sociale d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité et de la majoration pour assistance d'une tierce personne.

L'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce justifiant que les enfants sont à charge au moment du décès et en cours de service de la rente. A défaut de fourniture des pièces demandées, les paiements pourront être ajournés ou supprimés.

***** Fin des dispositions du Titre D *****

TITRE E
PENSION DE CONJOINT

***** Fin des dispositions du Titre E *****

Il est précisé que les garanties mentionnées dans le présent Titre ne sont pas systématiquement accordées. Ne le sont effectivement que celles qui sont énumérées dans les Conditions Particulières et pour lesquelles un montant de prestations est indiqué.

DANS TOUS LES AUTRES CAS, LES GARANTIES NE SONT PAS ACCORDEES.

ARTICLE E.1 – RENTE VIAGERE

En cas de décès de l'Adhérent, il est prévu le paiement à son conjoint judiciairement non séparé de corps, d'une rente viagère annuelle dont le montant est indiqué aux Conditions Particulières.

Le service de la rente est effectué trimestriellement à terme échu.

Le premier versement intervient le premier jour du trimestre civil suivant le décès de l'Adhérent pour la période courue depuis le jour du décès. Le dernier versement est calculé prorata temporis.

ARTICLE E.2 – RENTE TEMPORAIRE

Une rente temporaire de relais est versée tant que le conjoint ne remplit pas les conditions de réversion prévues par les régimes de retraites complémentaires obligatoires dont relevait l'Adhérent. Le montant de la rente sera précisé aux Conditions Particulières.

Dispositions communes aux rentes temporaires & viagères :

Le cas échéant, cette rente est répartie entre les conjoints et ex-conjoint (s) conformément aux dispositions des régimes de retraite complémentaires obligatoires.

La rente cesse d'être versée en cas de remariage.

ARTICLE E.3 – JUSTIFICATIFS A PRODUIRE POUR LES REGLEMENTS

Les demandes de règlements doivent être adressées à l'Assureur accompagnées des pièces justificatives suivantes :

- Extrait de l'acte de décès mentionnant la date de naissance ;
- Certificat médical constatant l'origine accidentelle ou non du décès ;
- Justification de la situation de famille et des charges de famille (copie du livret de famille, attestation fiscale, facture, etc.) ;
- Copie des bulletins de salaires des douze mois civils précédant le mois du décès ;
- Attestations des régimes de retraites complémentaires obligatoires.

L'Assureur se réserve le droit de demander toute autre pièce justifiant la qualité de bénéficiaire au moment du décès et en cours de règlement. A défaut de fourniture des pièces demandées, les paiements pourront être ajournés ou supprimés.

TITRE F PREDECES DU CONJOINT

Il est précisé que les garanties mentionnées dans le présent Titre ne sont pas systématiquement accordées. Ne le sont effectivement que celles qui sont énumérées dans les Conditions Particulières et pour lesquelles un montant de prestations est indiqué.

DANS TOUS LES AUTRES CAS, LES GARANTIES NE SONT PAS ACCORDEES.

ARTICLE F.1 - GARANTIE EN CAS DE DECES

Si le conjoint de l'Adhérent, judiciairement non séparé de corps, décède avant lui, il est prévu le paiement à l'Adhérent d'un capital dont le montant est indiqué aux Conditions Particulières.

EN CAS DE DECES SIMULTANES, IL N'EST PAS FAIT APPLICATION DE CETTE GARANTIE.

ARTICLE F.2 – GARANTIE EN CAS D'INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D.) du conjoint de l'Adhérent, l'Assureur verse par anticipation au conjoint de l'Adhérent, sur sa demande, les prestations prévues à l'Article F.1.

Le conjoint de l'Adhérent est considéré comme atteint d'I.A.D. :

- s'il est classé par la Sécurité Sociale parmi les invalides de la 3^{ème} catégorie,
- ou s'il bénéficie, au titre de la législation sur les Accidents du Travail et Maladies Professionnelles, d'une rente à 100 % avec majoration pour tierce personne et se trouve, en outre, dans l'impossibilité totale et définitive d'exercer une activité professionnelle quelconque.

Si le conjoint n'est pas assujetti au Régime Général de la Sécurité Sociale, ou s'il n'exerce pas d'activité professionnelle, le classement dans la 3^{ème} catégorie est apprécié par le Médecin Conseil de l'Assureur, par référence aux dispositions du Régime précité.

Les prestations sont versées dès réception de la preuve de l'I.A.D.

Le demande de versement des prestations prévues en cas d'I.A.D., acceptée par l'Assureur, met fin à la garantie Décès (article F.1).

ARTICLE F.3 – JUSTIFICATIFS A PRODUIRE POUR LES REGLEMENTS

Les demandes de règlements doivent être adressées à l'Assureur accompagnées des pièces justificatives suivantes :

- a) en cas de décès :
- Extrait de l'acte de décès mentionnant la date de naissance ;
 - Certificat médical constatant l'origine accidentelle ou non du décès ;

- Justification de la situation de famille et des charges de famille (copie du livret de famille, certificats de scolarité, attestation fiscale, etc.) ;
- Copie des bulletins de salaires des douze mois civils précédant le mois du décès du conjoint de l'Adhérent ;

b) en cas d'Invalidité Absolue et Définitive (I.A.D.) :

- Justification de la situation familiale et des charges de famille
- (Copie du livret de famille, certificats de scolarité, attestation fiscale, etc.) ;
- Copie des bulletins de salaires des douze mois civils précédant la date à laquelle la Sécurité Sociale a reconnu le conjoint de l'Adhérent en invalidité 3^{ème} catégorie ;
- Notification de l'attribution par la Sécurité Sociale d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité et de la majoration pour assistance d'une tierce personne ;
- Assimilation à la 3^{ème} catégorie d'invalides de la Sécurité Sociale, s'il n'est pas assujetti au Régime Général de cet Organisme.

L'Assureur se réserve le droit de demander toute pièce qu'il jugera nécessaire pour le règlement d'un capital. A défaut de fourniture des pièces demandées, le règlement pourra être ajourné ou supprimé.

***** Fin des dispositions du Titre F *****

TITRE G

INFIRMITÉ PERMANENTE PAR ACCIDENT

Il est précisé que les garanties mentionnées dans le présent Titre ne sont pas systématiquement accordées. Ne le sont effectivement que celles qui sont énumérées dans les Conditions Particulières et pour lesquelles un montant de prestations est indiqué. Dans tous les autres cas, les garanties ne sont pas accordées.

ARTICLE G.1 – DEFINITION

L'infirmité Permanente Totale ou Partielle est considérée comme accidentelle lorsqu'elle résulte d'un événement extérieur à l'assuré, soudain et involontaire entraînant une infirmité dans les douze mois qui suivent la date de l'événement.

N'ENTRENT PAS DANS LE CADRE DE CETTE GARANTIE :

- LES MALADIES ;
- LES ACCIDENTS QUI SONT LA CONSEQUENCE D'UNE DES MALADIES SUIVANTES : EPILEPSIE, INFARCTUS DU MYOCARDE, RUPTURE D'ANEVRISME, EMBOLIE CEREBRALE, APOPLEXIE OU COMA DIABETIQUE ;
- LES CONSEQUENCES D'OPERATIONS CHIRURGICALES NON NECESSITEES PAR UN ACCIDENT GARANTI.

ARTICLE G.2 – GARANTIE INFIRMITÉ PERMANENTE

Si, à la suite d'un accident, l'Adhérent est atteint d'une infirmité permanente, il lui sera versé :

- En cas d'infirmité permanente totale : une indemnité égale au capital fixé aux Conditions Particulières. L'infirmité est totale lorsque, calculée conformément au barème et aux règles ci-après, elle atteint le taux de 100 %.
- En cas d'infirmité permanente partielle : une indemnité égale à un pourcentage du capital fixé aux Conditions Particulières. Le pourcentage est égal au taux d'infirmité calculé conformément au barème et aux règles ci-après. Toutefois aucune indemnité n'est versée dans le cas où le taux d'infirmité reconnu serait inférieur à la franchise fixée aux Conditions Particulières.

ARTICLE G.3 – JUSTIFICATIFS A PRODUIRE POUR LES REGLEMENTS

L'Adhérent doit déclarer l'accident dans un délai de 15 jours, par lettre recommandée adressée au Siège de l'Assureur.

Cette déclaration doit préciser :

- Les nom, prénom, date de naissance et adresse de l'Adhérent,
- Le numéro de son contrat,
- Les nom, adresse du médecin appelé à donner les premiers soins,
- Les nom et adresse de l'auteur de l'accident et si possible des témoins,
- Si un procès verbal de police ou de gendarmerie a été dressé,
- Si l'Adhérent est hospitalisé : le nom et l'adresse de l'établissement,
- En outre, si l'Adhérent est en arrêt de travail, il doit adresser à la Compagnie un certificat médical d'arrêt de travail indiquant la durée probable de cet arrêt.

Par ailleurs, le Médecin Conseil de l'Assureur doit recevoir dès que possible un certificat médical indiquant la nature ou la localisation des blessures ou lésions et leurs conséquences probables.

Le paiement de la prestation définie aux Conditions Particulières ne sera effectué qu'après fourniture de l'ensemble des pièces justificatives précitées. L'Adhérent qui, de mauvaise foi, ferait de fausses déclarations sur la nature, les causes, les circonstances et les conséquences de l'accident, serait entièrement déchu de tout droit à indemnisation au titre de cet accident ; si des prestations avaient déjà été versées, elles devraient être remboursées.

L'Assureur se réserve le droit de demander toute pièce qu'il jugera nécessaire pour le règlement d'un capital. A défaut de fourniture des pièces demandées, le règlement pourra être ajourné ou supprimé.

ARTICLE G.4 – BAREME**TETE**

- Perte totale des deux yeux ou de leur vision	100 %
- Aliénation mentale incurable et totale	100 %
- Perte d'un œil	30 %
- Perte de la vision d'un œil	25 %
- Surdité incurable et totale	40 %
- Surdité incurable d'une oreille	15 %
- Perte de substance osseuse du crâne dans toute son épaisseur :	
• Surface d'au moins 6 cm ²	40 %
• Surface de 3 à 6 cm ²	20 %
• Surface inférieure à 3 cm ²	10 %
- Ablation totale de la mâchoire inférieure	60 %
- Ablation partielle de la mâchoire inférieure, branche Montante en totalité ou moitié du corps du maxillaire	35 %

MEMBRES**Infirmitt  portant sur deux membres**

- Perte des deux bras ou des deux mains	100 %
- Perte des deux jambes ou des deux pieds	100 %
- Perte d'un bras ou d'une main et d'une jambe ou d'un pied	100 %

Membres inférieurs

- Amputation de la cuisse (moitié supérieure)	60 %
- Amputation de la cuisse (moitié inférieure) ou de la jambe	50 %
- Perte totale du pied (désarticulation ibio-tarsienne)	45 %
- Perte partielle du pied :	
• Désarticulation sous-astragalienne	40 %
• Désarticulation médio-tarsienne	35 %
• Désarticulation tarso-métatarsienne	30 %
- Ankylose de la hanche :	
• En position défavorable	45 %
• En rectitude	35 %
- Ankylose du genou :	
• En position défavorable	25 %
• En rectitude	15 %
- Ankylose de l'articulation tibio-tarsienne :	
• Position favorable	15 %
• En �quinisme	20 %
- Perte de substance osseuse étendue de la cuisse ou des deux os de la jambe, état incurable	50 %
- Perte de substance osseuse étendue de la rotule avec gros écartement des fragments et g�ne considérable des mouvements d'extension de la jambe sur la cuisse	40 %
- Perte de substance osseuse de la rotule avec conservation des mouvements	20 %
- Raccourcissement d'au moins 5 cm d'un membre inférieur	30 %
- Raccourcissement d'un membre inférieur de 3 à 5 cm	15 %
- Raccourcissement de 1 à 3 cm	5 %
- Paralysie totale d'un membre inférieur (lésion incurable de nerf)	60 %
- Paralysie complète du nerf sciatique poplité externe	30 %
- Paralysie complète du nerf sciatique poplité interne	20 %
- Paralysie complète des deux nerfs (sciatique poplité externe et interne)	40 %
- Amputation totale de tous les orteils	20 %
- Amputation du gros orteil	8 %
- Ankylose du gros orteil	5 %
- Amputation de deux orteils	4 %
- Amputation d'un orteil	2 %

Membres supérieurs	Droit *	Gauche *
- Perte d'un bras ou d'une main	60 %	50 %
- Fracture non consolidée du bras (pseudarthrose constituée)	30 %	25 %
- Perte du mouvement de l'épaule (ankylose totale)	35 %	25 %
- Ankylose du coude :		
• En position favorable, 15 degrés autour de l'angle droit	25 %	20 %
• En position défavorable	40 %	35 %
- Paralysie totale du membre supérieur	60 %	50 %
- Paralysie complète du nerf circonflexe	20 %	15 %
- Paralysie complète du nerf médian :		
• Au bras	45 %	35 %
• A la main	20 %	15 %
- Paralysie complète du nerf radial :		
• A la gouttière de torsion	40 %	35 %
• A l'avant-bras	30 %	25 %
• A la main	20 %	15 %
- Paralysie complète du nerf cubital	30 %	25 %
- Ankylose du poignet en position favorable (dans la rectitude ou en pronation)	20 %	15 %
- Ankylose du poignet en position défavorable (flexion ou extension forcée ou en supination)	30 %	25 %
- Perte totale du pouce	20 %	15 %
- Perte partielle du pouce (phalange unguéale)	12 %	9 %
- Ankylose totale du pouce	15 %	12 %
- Amputation totale de l'index	15 %	10 %
- Amputation partielle de l'index :		
• D'une phalange	6 %	4 %
• De deux phalanges	11 %	7 %
- Amputation simultanée du pouce et de l'index	35 %	25 %
- Amputation du pouce et d'un doigt autre que l'index	25 %	20 %
- Amputation de deux doigts autres que le pouce et l'index	15 %	10 %
- Amputation de trois doigts autres que le pouce et l'index	20 %	15 %
- Amputation de quatre doigts y compris le pouce	45 %	40 %
- Amputation de quatre doigts, le pouce étant conservé	40 %	35 %
- Amputation d'un doigt autre que le pouce et l'index	8 %	5 %

(*) Si l'Adhérent est gaucher, les taux prévus au barème ci-dessus pour les différentes infirmités des membres supérieurs droits et gauches sont inversés.

Rachis

- Séquelles douloureuses de fracture du corps de vertèbres cervicales, dorsales ou lombaires, avec tassement (sans signes neurologiques) :		
• Sans raideur rachidienne	10 %	
• Avec raideur rachidienne	15 %	
- Séquelles douloureuses de fracture d'apophyse transverse de vertèbres lombaires avec syndrome lumbago traumatique	7 %	
- Plexalgie cervico-brachiale avec enraidissement des mouvements du cou	4 %	

Rate

- Ablation de la rate (examen hématologique normal)	10 %
- Ablation de la rate (avec modification de la formule hématologique)	20 %

Rein

- Ablation d'un rein (azotémie inférieure à 0,60)	20 %
---	------

ARTICLE G.5 – REGLES

1 – Le taux d’invalidité est fixé en dehors de toute considération professionnelle, en tenant compte uniquement des atteintes à l’intégrité physique, sans prendre en considération des éléments subjectifs tels que préjudice esthétique ou préjudice d’agrément.

2 – Les invalidités non énumérées au barème ci-dessus seront indemnisées en proportion de leur gravité comparée à celle des cas énumérés ; en cas de perte partielle de la vue, l’indemnité sera proportionnée à la diminution de l’acuité visuelle. L’incapacité totale ou partielle d’un membre ou d’un organe est assimilée à la perte totale ou partielle.

3 – Si plusieurs lésions résultant d’un même accident affectent plusieurs membres ou organes, l’indemnité est calculée en retenant tout d’abord le taux prévu au barème ci-dessus pour la lésion la plus importante, puis en rajoutant successivement, et par ordre décroissant, le taux de chacune des lésions suivantes, en fonction chaque fois de la capacité restante.

4 – La perte d’un membre ou d’un organe frappé avant l’accident :

- **D’incapacité fonctionnelle totale, ne donne lieu au paiement d’aucune indemnité ;**
- **D’incapacité fonctionnelle partielle, n’est indemnisée que par différence entre l’état antérieur et postérieur à l’accident.**

5 – Quand les circonstances d’un accident sont aggravées par :

- L’état constitutionnel de l’Adhérent ;
- L’action d’une maladie ou d’une infirmité antérieure à l’accident, mais indépendante de celui-ci ;
- Un manque de soin constaté imputable à l’Adhérent ;
- Un traitement empirique ;

L’indemnité sera calculée, non pas sur les conséquences réelles de l’accident mais sur celles qu’il aurait eues chez un sujet de santé normale soumis à un traitement médical classique.

6 – Les maladies nerveuses, les troubles nerveux postcommotionnels et les lésions nerveuses périphériques ne donnent droit à indemnité que s’ils sont la conséquence d’un accident compris dans la garantie et s’ils se manifestent par des signes objectifs caractérisés. Dans ce cas, un premier règlement sera effectué qui ne pourra dépasser la moitié de l’indemnité correspondant au degré de l’infirmité ; cet acompte sera, en tout état de cause acquis et le solde sera versé, s’il y a lieu, après un nouvel examen médical pratiqué dans un délai maximum de 2 ans, examen qui déterminera le taux définitif.

***** *Fin des dispositions du Titre G* *****