

Swiss Relais

Maintien des revenus



Madame, Monsieur,

- Votre adhésion au contrat d'assurance de groupe à adhésion individuelle souscrit auprès de l'association AGIS est composée :
 - ✓ de la présente notice d'information qui définit le fonctionnement du contrat et présente les différentes garanties possibles,
 - ✓ du certificat d'adhésion stipulant l'identité des personnes assurées et la formule de garantie que vous avez choisie.
- Ce contrat vous permet de bénéficier des possibilités de déduction fiscale prévue dans le cadre de la loi du 11 février 1994 dite loi «Madelin», si vous remplissez les conditions pour en bénéficier.

Sommaire

I - Quelques définitions pour mieux nous comprendre

II - La vie du contrat

1	Déclaration du risque.....	4
2	Conclusion et prise d'effet	4
3	Durée	4
4	Résiliation.....	4
5	Forme de résiliation.....	5
6	Conséquence de la résiliation sur le droit aux prestations	5
7	Conséquences en cas d'exercice du droit de renonciation (article L 112-9 du Code des assurances).....	5
8	Cotisations.....	6
9	Paiement des cotisations	6
10	Etendue territoriale des garanties.....	6
11	Prescription (articles L.114.1 et 2 du Code des Assurances).....	6
12	Droit de communication et de rectification (loi 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée).....	6
13	Examen des réclamations	7
14	Contrôle des assurances	7

III - Les garanties accordées

1	Les indemnités journalières	8
2	La rente d'invalidité.....	9
3	Comment obtenir le versement des prestations ?	11
4	Ce qui n'est pas garanti.....	12

I - Quelques définitions pour mieux nous comprendre

Pour vous faciliter la lecture de ce document, nous avons défini certains termes fréquemment utilisés.

Vous :

Désigne l'adhérent ou l'assuré.

Nous :

Désigne la société d'assurance mentionnée aux Dispositions Personnelles.

Assureur :

Désigne également la société d'assurance mentionnée aux Dispositions Personnelles.

Adhérent :

La personne signant le contrat et désignée au certificat d'adhésion.

Assuré :

La ou les personne(s) garantie(s) par le contrat et désignée(s) aux Dispositions Personnelles.

Dispositions Personnelles :

Désignent également le certificat d'adhésion.

Maladie :

Toute altération de la santé constatée par une autorité médicale compétente.

Sont notamment considérées comme maladies : les hernies, ptôses, lumbagos, scolioses, lordoses, ainsi que les congestions, insolation, sauf si elles sont consécutives à un accident garanti. La grossesse pathologique est assimilée à la maladie.

Grossesse pathologique :

une grossesse est dite pathologique lorsqu'au cours de son évolution survient un phénomène pathologique médicalement constaté et traité, à l'exclusion de toute considération socio-professionnelle ou de convenances personnelles.

Accident :

Toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Hospitalisation :

Séjour de plus de 24 heures, en qualité de patient, prescrit par un médecin dans une clinique ou un hôpital public ou privé, dès lors que ce séjour a pour objet le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou d'un accident.

Arrêt de travail

a) Incapacité temporaire totale de travail :

impossibilité momentanée pour l'assuré d'exercer toute occupation professionnelle par suite de maladie ou d'accident, reconnue médicalement.

b) Invalidité permanente totale ou partielle :

réduction de l'intégrité physique ou intellectuelle de l'assuré l'empêchant d'exercer définitivement, totalement ou partiellement, toute activité professionnelle par suite de maladie ou d'accident.

Date de consolidation :

C'est le moment où, à la suite de l'état transitoire que constitue la période des soins, les lésions ou séquelles consécutives à une maladie ou à un accident prennent un caractère permanent, tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation.

II - La vie du contrat

L'objet du contrat Swiss Relais Maintien des revenus est de faire bénéficier les personnes assurées des garanties indiquées aux Dispositions Personnelles en cas de maladie ou d'accident.

Swiss Relais Maintien des revenus prévoit le versement des indemnités suivantes :

- des indemnités journalières en cas d'incapacité temporaire totale,
- une rente en cas d'invalidité permanente.

1 - Déclaration du risque

1.1 Qui peut souscrire ?

Le contrat est réservé aux artisans, commerçants, exploitants agricoles, professions libérales et chefs d'entreprises, membres de l'AGIS qui exercent une activité professionnelle sous statut de travailleur non salarié.

Ces personnes doivent être affiliées auprès de la caisse ou du régime obligatoire professionnel de prévoyance et de retraite dont relève leur activité.

Leur conjoint ayant le statut de conjoint collaborateur et affilié en tant que tel auprès des régimes obligatoires peut également adhérer au contrat dans les conditions qui lui sont réservées.

Pour être admis à l'assurance, l'assuré doit être âgé de moins de 61 ans.

1.2 Formalités d'adhésion

L'adhérent doit remplir, dater et signer une proposition d'assurance comportant notamment des indications relatives à la situation personnelle et professionnelle des personnes à assurer et un questionnaire concernant leur état de santé.

Selon les réponses apportées, l'assureur peut être amené à refuser sa garantie ou la subordonner à un complément d'information ou à un examen de santé.

En cours d'assurance, toute augmentation ou adjonction de garantie entraîne de nouvelles formalités d'admission.

1.3 Informations à communiquer en cours d'adhésion

L'assuré doit déclarer à l'assureur :

- tout changement de profession ou cessation d'activité,
- les modifications des conditions d'exercice de sa profession,
- la cessation ou le changement d'affiliation au Régime Obligatoire,
- le changement de domicile ou sa fixation hors de France métropolitaine,
- la minoration éventuelle de ses revenus.

Si la modification déclarée constitue une aggravation ou une diminution de risque, l'assureur proposera de nouvelles conditions de garantie et de cotisation à l'assuré. Dans ce cas, l'assuré peut demander la résiliation de son adhésion dans les 30 jours suivant la date à laquelle il a eu connaissance des nouvelles dispositions.

En cas de déclaration tardive de cette modification, l'assureur peut proposer à l'assuré la déchéance du droit à indemnisation, s'il est établi que ce retard a causé préjudice à l'assureur.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, toute omission ou déclaration inexacte entraîne l'application des sanctions prévues par le code des assurances :

- **Article L 113.8 - Nullité du contrat,**
- **Article L 113.9 - Réduction des indemnités.**

2 - Conclusion et prise d'effet

2.1 Conclusion de l'adhésion

L'adhésion est conclue par l'accord entre l'adhérent et nous, l'assureur. La date de conclusion de l'adhésion est celle des dispositions personnelles qui sont transmises à l'adhérent.

2.2 Prise d'effet

La garantie prendra effet le lendemain à midi du jour du paiement de la première cotisation et au plus tôt à la date indiquée aux Dispositions Personnelles.

3 - Durée

L'adhésion est conclue pour une durée d'un an à compter de la date d'effet initiale des garanties. Elle est ensuite reconduite tacitement d'année en année. Elle peut être résiliée dans les conditions prévues aux articles II-4 et II-5.

4 - Résiliation

4.1 Par vous :

- En cas d'exercice de votre droit à renonciation dans le cadre et dans les conditions prévus par l'article L 112-9 du Code des assurances.
- Chaque année à l'échéance anniversaire de l'adhésion moyennant préavis d'au moins deux mois. Le commencement du préavis se compte à partir de la date du cachet de la poste.
- En cas de disparition de circonstances aggravantes mentionnées aux Dispositions Personnelles, si l'assureur refuse de réduire la cotisation en conséquence.
- En cas de changement de profession ou cessation

d'activité professionnelle lorsque ce changement entraîne une modification dans la nature ou la portée des garanties. La résiliation doit intervenir dans les 3 mois suivant la connaissance de l'événement et prend effet un mois après sa notification.

- En cas de révision des cotisations selon les dispositions de l'article II.8-3. L'ajustement de la cotisation en fonction de l'âge ne constitue pas un motif de résiliation.

4.2 Par l'assureur :

- Pendant les deux premières années de garantie, à l'échéance anniversaire de l'adhésion moyennant préavis de deux mois.
Après 2 ans, le droit au maintien est acquis jusqu'au terme indiqué aux articles III 1.9 et III 2.10 sauf pour les motifs suivants :
 - non paiement des cotisations,
 - réticence ou fausse déclaration du risque à l'adhésion ou en cours de contrat ,
 - aggravation du risque en cours d'adhésion (non liée à l'état de santé), si l'assuré n'accepte pas le tarif proposé,
 - fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues.
- En cas de redressement judiciaire de l'adhérent (article L 113.6 du Code des Assurances).

4.3 Par l'administrateur ou le débiteur autorisé par le juge commissaire ou le liquidateur :

En cas de redressement judiciaire de l'adhérent (article L 113.6 du Code des Assurances).

4.4 De plein droit :

- En cas de retrait d'agrément de l'assureur,
- En cas de décès de l'adhérent,
- Pour chaque assuré, à la fin de l'année d'assurance au cours de laquelle il atteint l'âge de 65 ans. Toutefois, en cas de départ en retraite de l'assuré avant cette date, la garantie cesse dans tous ses effets à la date d'entrée en jouissance des droits à la retraite. Si des prestations sont en cours de versement, celles-ci cessent à la date du départ en retraite. Dans les 2 cas cités ci-dessus, si d'autres assurés sont garantis, la garantie est maintenue jusqu'à la prochaine échéance à partir de laquelle elle sera adaptée à la nouvelle situation.

5 - Forme de la résiliation

Par vous :

Dans tous les cas où vous avez la faculté de demander la résiliation, vous pouvez le faire :

- soit par lettre recommandée auprès du siège social de

- la société ou auprès de votre centre relations clients,
- soit en effectuant une déclaration contre récépissé au siège social,
- soit par acte extra judiciaire.

La résiliation prendra effet au jour de la réception de la lettre recommandée avec accusé de réception par la compagnie.

La résiliation pour l'un des événements repris au paragraphe 4.1 4^e alinéa devra être effectuée par lettre recommandée avec accusé de réception, lettre indiquant la nature de l'événement justifiant cette résiliation.

Par l'assureur :

La résiliation doit être notifiée par lettre recommandée au dernier domicile connu de l'assureur.

Dans le cas de résiliation au cours de la période annuelle d'assurance, la cotisation payée vous sera remboursée au prorata de la période non courue, sauf dans les cas ci-dessous :

- non paiement des cotisations,
- réticence ou fausse déclaration à l'adhésion ou en cours de contrat,
- fraude ou tentative de fraude pour obtenir des prestations indues.

6 - Conséquence de la résiliation sur le droit aux prestations

- En cas de résiliation de l'adhésion par l'assuré, de plein droit ou par l'assureur pour non paiement des cotisations, omission ou inexactitude dans la déclaration du risque, fraude ou tentative de fraude, la garantie et le versement des prestations éventuellement en cours cessent à la date de prise d'effet de la résiliation.
- En cas de résiliation par l'assureur à l'échéance annuelle ou par l'assuré suite à une révision des cotisations ou au refus de l'assureur de réduire les cotisations suite à une diminution du risque, la garantie cesse à la date de prise d'effet de la résiliation, mais le versement des prestations au titre d'un arrêt de travail survenu pendant la période de garantie est maintenu dans la limite de la durée contractuelle des obligations de l'assureur.

7 - Conséquences en cas d'exercice du droit de renonciation (article L 112-9 du Code des assurances)

- Dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie, le souscripteur ne peut plus exercer ce droit de renonciation.
- En cas de renonciation l'assureur procèdera au remboursement des cotisations dans le délai de 30 jours

suivant la date de résiliation, déduction faite du montant correspondant à la durée où le contrat a produit ses effets.

- L'intégralité de la prime reste due à l'assureur, si le souscripteur exerce son droit de renonciation alors qu'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat et dont il n'a pas eu connaissance est intervenu pendant le délai de renonciation.

8 - Cotisations

8.1 Montant

Le montant de la cotisation est fonction :

- de l'âge des assurés à la prise d'effet de l'adhésion. Il évolue de 3 % à chaque échéance principale pour tenir compte de l'augmentation du risque liée à l'âge.
- de l'activité professionnelle déclarée,
- du montant des indemnités garanties et des options souscrites.

8.2 Evolution des cotisations

Les montants des indemnités garanties et des cotisations seront revalorisés à chaque échéance anniversaire de l'adhésion d'un pourcentage correspondant à l'évolution de l'indice de référence avec un minimum de 2 %. L'indice de référence est constitué par la valeur du point A.G.I.R.C. (Association Générale des Institutions de Retraite des Cadres).

L'évolution de l'indice correspond à la valeur du point en vigueur à l'échéance anniversaire du contrat par rapport à celle en vigueur à l'échéance anniversaire précédente.

Le montant des indemnités garanties sera calculé sur la base de l'indice de la dernière cotisation acquittée au moment de la survenance de l'événement garanti.

8.3 Modification du tarif

L'assureur peut être amené à modifier son tarif.

En cas d'aggravation de caractère technique général, telle que l'augmentation de la fréquence ou du coût moyen des sinistres, la révision intervient à la prochaine échéance anniversaire de l'adhésion.

En cas d'application de la clause de révision, l'assureur en informera l'assuré qui aura alors la possibilité de résilier son adhésion dans les 15 jours où il aura eu connaissance de la modification. La résiliation prendra effet un mois après sa demande, l'assuré sera redevable de la portion de cotisation, calculée sur la base précédente, au prorata du temps écoulé entre la date d'échéance et la date de résiliation.

9 - Paiement des cotisations

Pour chaque année d'assurance, la cotisation est annuelle et payable d'avance.

L'assureur peut accepter des paiements semestriels, trimestriels ou mensuels; il en est alors fait mention aux Dispositions Personnelles.

En cas de non-paiement d'une cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'assureur, indépendamment de son droit de poursuivre l'exécution de l'adhésion en justice, peut adresser une lettre recommandée de mise en demeure et suspendre la garantie 30 jours après l'envoi de cette lettre. Il peut résilier l'adhésion 10 jours après l'expiration de ce délai de 30 jours et réclamer la totalité de la cotisation annuelle.

L'adhésion suspendue reprend ses effets le lendemain à midi du jour où les cotisations arriérées, les cotisations venues à échéance, les éventuels frais de poursuite et de recouvrement ont été payés.

La suspension des garanties entraîne pour chaque assuré, la perte de tout droit aux prestations se rapportant à des accidents ou maladies survenus pendant cette période, ainsi que leurs suites et conséquences.

10 - Etendue territoriale des garanties

La garantie s'exerce dans le monde entier pour des événements imprévisibles à la date de départ de France. Elle ne concerne que les assurés résidant durablement en France.

Calcul de l'indemnisation :

- dès le 1^{er} jour en cas d'hospitalisation à l'étranger, limitée à 3 mois,
- dès le 1^{er} jour de retour en France.

Les franchises prévues au contrat restent applicables.

Le règlement des prestations est toujours effectué en France et au moyen de la monnaie légale de l'état français.

11 - Prescription

(Articles L114.1 et 2 du Code des Assurances.)

Aucune action découlant de la présente garantie n'est recevable au-delà d'une période de 2 ans à compter de la date de l'événement qui lui a donné naissance.

12 - Droit de communication et de rectification

(loi 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée)

Conformément à l'article 32 de la loi du 06 janvier 1978 dite "informatique et libertés", modifiée par la loi n°2004-801 du 06 août 2004, nous vous informons que le responsable du traitement de vos données

personnelles est SwissLife Prévoyance et Santé. Vous pourrez exercer vos droits d'accès et de rectification prévus par les articles 39 et 40 de la loi précitée auprès du Médecin Conseil pour les informations à caractère médical, et pour les autres données auprès de la Direction Services Clients, tous deux situés : 60 boulevard de la Liberté, 59717 Lille cedex 09.

Les données personnelles recueillies seront utilisées par le Groupe Swiss Life, destinataire, avec ses mandataires et réassureurs, de l'information, pour :

- le traitement de votre dossier, dans le strict respect de la protection des données à caractère personnel et du secret médical,
- l'envoi de documents sur les produits des sociétés du Groupe Swiss Life. Si vous souhaitez ne pas être sollicité, il vous suffit de nous le faire savoir par simple courrier à l'adresse précisée ci-dessus.

L'ensemble des réponses aux questions est obligatoire, le défaut de réponse aura pour conséquence le non examen de votre dossier.

13 - Examen des réclamations

En cas de difficultés liées à votre adhésion, nous vous invitons à consulter votre intermédiaire d'assurance ou, à défaut, le service de relations clients qui gère votre adhésion. Si la réponse ne vous satisfait pas, vous pouvez demander l'avis d'un médiateur indépendant. Les conditions d'accès au Médiateur vous seront communiquées sur simple demande au siège social de SwissLife Prévoyance et Santé, 86 boulevard Haussmann - 75008 Paris.

14 - Contrôle des assurances

Autorité chargée du contrôle des assurances :

Autorité de Contrôle des Assurances et Mutuelles
(ACAM)
61, rue Taitbout
75009 PARIS

III - Les garanties accordées

1 - Les indemnités journalières

1.1 Objet de la garantie

Swiss Relais Maintien des revenus prévoit le paiement d'indemnités journalières, lorsque l'assuré est reconnu en état d'incapacité temporaire totale à la suite d'une maladie ou d'un accident.

Les indemnités ont pour but de maintenir tout ou partie du revenu professionnel net de l'assuré.

Par ailleurs, si l'assuré, atteint d'une affection de longue durée définie à l'article L322-3 3° du code de la sécurité sociale, (à l'exception des psychoses, troubles graves et arriération mentale) ayant fait l'objet d'une indemnisation, reprend pour des raisons thérapeutiques une activité professionnelle à mi-temps, l'assureur peut être amené à poursuivre son indemnisation pendant une durée maximum de 3 mois après étude et avis du médecin conseil de la compagnie. Dans ce cas l'indemnité sera réduite de moitié.

1.2 Montant de l'indemnité

Le contrat garantit le paiement des indemnités choisies et indiquées aux Dispositions Personnelles.

A l'adhésion, les indemnités doivent être choisies de façon à ne pas entraîner, en cas d'arrêt de travail un dépassement du revenu professionnel net de l'assuré compte tenu des indemnités pouvant être garanties par ailleurs (contrat d'assurance, régime de prévoyance obligatoire ou facultatif). Si en cours d'adhésion, le revenu professionnel se réduisait, l'indemnité devrait être réduite de manière correspondante, moyennant ajustement de la cotisation.

1.3 Franchise

Les indemnités journalières sont versées pour chaque journée d'arrêt de travail garanti intervenant après le nombre de jours qui constituent la franchise choisie et indiquée aux Dispositions Personnelles.

Franchise de 3 jours en cas d'hospitalisation :

Si une franchise de 3 jours en cas d'hospitalisation est choisie, le versement des indemnités intervient :

- dès le 4^e jour d'hospitalisation (d'une durée minimale de 3 jours et 3 nuits) consécutive à une maladie
- dès le 1^{er} jour d'hospitalisation pour toute hospitalisation de plus de 24 heures consécutive à un accident

1.4 Rechute

Lorsque l'assuré est de nouveau en incapacité temporaire totale de travail pour une maladie ou un accident ayant déjà fait l'objet d'une indemnisation et ceci dans un délai de 3 mois, les indemnités sont versées à compter du 1^{er} jour du nouvel arrêt de travail et à concurrence de la durée maximale prévue aux Dispositions Personnelles, déduction faite de la 1^{ère} indemnisation.

1.5 Durée d'indemnisation

La durée maximum de versement des prestations, pour une maladie ou un accident, et les suites qu'ils peuvent provoquer, est fixée aux Dispositions Personnelles.

Pour tout arrêt de travail consécutif à une maladie mentale ou une affection psychiatrique, la durée maximum d'indemnisation est de 6 mois pour toute la durée du contrat.

1.6 Entrée en vigueur de la garantie

Les garanties ainsi que leurs augmentations ou les extensions d'assurance prévues par avenant sont acquises :

- **dès la date d'effet de l'adhésion** : pour les accidents et maladies infectieuses suivantes : grippe, angine, rhino-pharyngite, coqueluche, varicelle, rubéole, oreillons, scarlatine, diphtérie, poliomyélite, méningite cérébro-spinale, dysenterie, fièvre typhoïde et paratyphoïde.
- **après un délai d'attente**, décompté à partir de la prise d'effet du contrat, de :
 - **3 mois** pour les autres maladies
 - **12 mois** pour les maladies mentales et affections psychiatriques.

Tout événement survenant pendant le délai d'attente ne sera jamais garanti.

1.7 Règlement des indemnités

L'indemnité est calculée en fonction du nombre de jours d'arrêt de travail garantis (1 jour = 1/30^e du montant mensuel des indemnités prévues aux Dispositions Personnelles). Le règlement de l'indemnité aura lieu dans le mois qui suit la remise des pièces justificatives, et après accord des parties. Lorsque la durée de l'incapacité est supérieure à 1 mois, l'indemnité pourra être versée par fractions mensuelles d'arrêt de travail et à concurrence des jours dus.

1.8 Exonération des cotisations

Les cotisations venant à échéance ne sont plus dues dès que l'assuré est en incapacité totale de travail, pendant la durée de l'incapacité ou de l'invalidité. Cette exonération commence à la fin de la franchise et, au plus tôt, après 90 jours d'incapacité totale continue, et indemnisée.

1.9 Fin des garanties

La garantie et le versement de l'indemnité éventuellement en cours cessent à la fin de l'année au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 65 ans.

Toutefois, en cas de départ en retraite avant cette date, la garantie et le versement des indemnités cessent à la date d'entrée en jouissance des droits à la retraite.

2 - La rente d'invalidité

2.1 Objet de la garantie

Si cette extension est choisie, Swiss Relais Maintien des revenus garantit le paiement d'une rente en cas d'invalidité permanente totale ou partielle consécutive à une maladie ou un accident mettant l'assuré dans l'impossibilité d'exercer tout ou partie de toute activité professionnelle.

Cette rente sera versée dès lors qu'à l'expiration d'un arrêt de travail couvert par les indemnités journalières, l'état de santé de l'assuré le met dans l'impossibilité présumée définitive de reprendre tout ou partie de toute activité professionnelle. Le point de départ du versement de la rente sera la date de consolidation définie par le médecin conseil de la compagnie.

Cette garantie est obligatoirement souscrite en complément de la garantie indemnité journalière.

Le versement de la rente met fin au service des indemnités journalières.

2.2 Montant de l'indemnité

Nous garantissons le paiement de la rente choisie et indiquée aux Dispositions Personnelles.

A l'adhésion, le montant de la rente doit être choisi de façon à ne pas entraîner, en cas d'invalidité un dépassement du revenu professionnel net de l'assuré compte tenu des indemnités pouvant être garanties par ailleurs (contrat d'assurance, régime de prévoyance obligatoire ou facultatif).

Si en cours d'adhésion, le revenu professionnel se réduisait, l'indemnité devrait être réduite de manière correspondante, moyennant ajustement de la cotisation. En outre une personne atteinte d'une invalidité qui reprendrait une activité à temps plein ou à temps partiel peut se voir, selon le niveau de son revenu, réduire ou supprimer la rente prévue.

2.3 Ce qui n'est pas garanti

L'état d'invalidité faisant suite à un arrêt de travail non garanti et pour lequel l'assuré n'a pas droit aux indemnités journalières, ainsi que celui consécutif à une maladie mentale ou une affection psychiatrique.

2.4 Détermination du taux d'invalidité

Le taux d'invalidité est fixé :

- en fonction du barème croisé pour les commerçants, artisans, exploitants agricoles professions libérales
- en fonction du barème spécifique réservée aux professions médicales.

Le choix du barème est indiqué aux Dispositions Personnelles

• Barème croisé

La nature et le taux d'invalidité sont fixés par le Médecin Conseil de la compagnie. Il y a invalidité lorsque l'assuré présente simultanément, après consolidation une incapacité fonctionnelle (physique ou mentale) et une incapacité professionnelle.

L'incapacité fonctionnelle est déterminée d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et intellectuelles de l'assuré. Elle est établie selon le barème fonctionnel indicatif des incapacités en droit commun.

L'incapacité professionnelle est appréciée selon la nature de l'invalidité de l'assuré par rapport à l'exercice de sa profession, en prenant en considération ses aptitudes, sa qualification professionnelle ainsi que sa capacité à effectuer une éventuelle reconversion.

Les taux d'incapacité fonctionnelle et professionnelle ainsi définis, le taux d'invalidité est déterminé d'après le tableau suivant :

Degré d'incapacité professionnelle	Degré d'incapacité fonctionnelle								
	20	30	40	50	60	70	80	90	100
10				29	33	37	40	43	46
20			32	37	42	46	50	55	59
30		30	36	42	48	53	58	62	67
40	25	33	40	46	52	58	64	69	74
50	27	36	43	50	56	63	68	74	79
60	29	38	46	53	60	66	73	79	84
70	30	40	48	56	63	70	77	83	89
80	32	42	50	58	66	74	80	87	93
90	33	43	52	61	69	76	83	90	97
100	34	45	54	63	71	79	86	93	100

• Barème spécifique applicable aux professions médicales (médecins généralistes, spécialistes, chirurgiens)

La nature et le taux d'invalidité sont fixés par le Médecin Conseil de la compagnie.

Le barème spécifique applicable aux médecins fixe pour les cas énumérés dans le tableau ci-après, le degré d'invalidité permanente fonctionnelle dans la mesure où les séquelles seront définitives, non réparables et non appareillables. Les taux indiqués varient selon la nature de la profession (médecins généralistes ou spécialistes, chirurgiens).

Barème spécifique applicable aux professions médicales

Incapacité fonctionnelle totale

Aliénation totale incurable.....	100 %
Cécité complète.....	100 %
Surdité totale non corrigible bilatérale.....	100 %
Désarticulation de l'épaule.....	100 %
Amputation du bras, de l'avant bras, du poignet.....	100 %
Paralysie complète du plexus brachial.....	100 %
Amputation ou perte fonctionnelle totale de la main.....	100 %
Perte des deux membres inférieurs.....	100 %
Désarticulation de la hanche.....	100 %
Hémiplégie organique complète.....	100 %

Incapacité fonctionnelle totale et partielle

Tête (avec ou sans fracture du crâne)

Epilepsie avec crises très fréquentes (plusieurs fois par mois) suivant la fréquence des crises sous traitement bien conduit.....	30 à 100 %
Troubles psychiques et déficits des fonctions intellectuelles ; déficit neurologique objectif.....	20 à 100 %
Syndrome subjectif post-commotionnel.....	5 à 15 %

Yeux et oreilles

Perte totale d'un c�il.....	40 % � 50 %
Altération de la fonction visuelle.....	3 % à 100 %
Surdité totale unilatérale.....	30 %
Hypoacousie unilatérale démontrée.....	3 % à 30 %

Séquelles laryngologiques

Amputation de la langue, suivant le degré de g�ne de la parole, de la mastication, de la déglutition.....	10 % � 80 %
---	-------------

Mâchoires et dents

Perte de la mâchoire inférieure.....	80 %
--------------------------------------	------

Nez

Anosmie totale associée à agueusie.....	5 % � 20 %
---	------------

Rachis

Fracture ou luxation vertébrale avec séquelles peu importantes à moyennes.....	5 % à 25 %
Fracture ou luxation vertébrale avec séquelles impor- tantes.....	25 % � 55 %

Appareil respiratoire

Paroi thoracique : en fonction de la douleur et de la d�for- mation après facture.....	2 % à 15 %
Atteinte de la fonction respiratoire objectiv�e par des �preu- ves fonctionnelles.....	5 % à 80 %

Bassin (  l'exclusion de la hanche)

Selon les séquelles (troubles statiques, moteurs et urinaires).....	10 % à 50 %
---	-------------

Membres supérieurs

	D*	ND**
Blocage de l'épaule.....	55 % � 70 %	45 % à 60 %
Blocage du coude en position favorable.....	30 % à 60 %	20 % à 50 %
Blocage du poignet , main fixée en pronation.....	35 % � 50 %	30 % à 40 %
Blocage du poignet , main fixée en position intermédiaire.....	30 % à 65 %	25 % à 50 %
Paralysie complète du circonflexe.....	50 % � 80 %	35 % à 80 %
Paralysie complète du médian.....	60 % à 70 %	45 % à 60 %
Paralysie complète du radial au dessus du triceps.....	80 % � 100 %	70 % à 100 %
Paralysie complète du radial au dessous du triceps.....	55 % � 70 %	45 % à 60 %
Paralysie complète du cubital.....	55 % � 70 %	45 % à 60 %

Mains

	D*	ND**
Amputation du pouce.....	60 % à 100 %	40 % à 100 %
Amputation de l'index.....	25 % à 80 %	15 % à 70 %
Amputation du médian.....	15 % à 60 %	15 % à 50 %
Amputation de l'annulaire.....	15 % à 40 %	10 % à 40 %
Amputation de l'auriculaire.....	20 % à 30 %	10 % à 30 %
Amputation de la phalange terminale du pouce.....	20 % à 40 %	15 % à 35 %
Amputation de la phalange terminale de l'index.....	15 % à 35 %	10 % à 30 %
Amputation de la phalange terminale du médian.....	10 % à 25 %	6 % à 20 %
Amputation de la phalange terminale de l'annulaire ou de l'auriculaire.....	5 % à 10 %	3 % à 5 %

Membres inférieurs

Désarticulation du genou en fonction de l'appareillage.....	80 %
Amputation de cuisse au tiers moyen.....	80 %
Amputation de jambe au tiers moyen.....	70 %
Amputation du pied (Lisfranc).....	45 %
Amputation des cinq orteils.....	25 % � 30 %
Amputation du gros orteil.....	10 %
Blocage du genou en extension.....	40 %
Blocage du cou-de-pied.....	40 %
Rupture du tendon d'Achille en fonction de la réparation.....	0 % à 15 %
Paralysie du nerf sciatique poplité externe complète.....	25 %

Divers

Splénectomie totale, en fonction de la formule sanguine.....	10 % à 30 %
Néphrectomie (majoration du taux selon l'azotémie) sans insuffisance rénale.....	10 % à 20 %
Néphrectomie (majoration du taux selon l'azotémie) avec insuffisance rénale, en fonction de la biologie et de l'hémodialyse.....	10 % à 100 %

*Dominant - ** Non Dominant

- les infirmités non énumérées ci dessus sont indemnisées en proportion de leur gravité rapportée à celles des cas énumérés, ou à défaut celles du Barème Accident du Travail de la Sécurité Sociale
- l'incapacité fonctionnelle totale d'un membre est assimilée à sa perte totale
- le taux d'incapacité résultant de plusieurs infirmités provenant d'un même événement s'obtient par cumul des incapacités sans pouvoir dépasser le taux applicable en cas d'incapacité fonctionnelle totale. De même, si plusieurs lésions atteignent le même membre, le taux d'incapacité ne pourra dépasser le taux prévu pour la perte totale dudit membre.

2.5 Montant de la rente

Le montant de la rente est calculé, en fonction du taux d'invalidité (T) déterminé comme ci dessus :

- si le taux d'invalidité(T) est supérieur à 66 %, l'assureur verse l'intégralité de la rente.
- si le taux (T) est ou devient inférieur à 66 % mais est supérieur ou égal à 33 %, le montant de la rente est égal à 3T/2 fois le montant de la rente annuelle.
- dès que le taux (T) est inférieur à 33 % : la rente n'est pas due ou cesse d'être versée.

2.6 Revalorisation des rentes en cours de service

Chaque année les rentes en cours de service sont revalorisées à l'échéance anniversaire de l'adhésion, en fonction de la valeur du point de retraite des cadres (AGIRC) dans la limite des sommes disponibles dans le fonds de revalorisation. Ce fonds est alimenté par un prélèvement des cotisations afférentes à cette garantie.

2.7 Révision

La rente est toujours accordée à titre temporaire, le taux d'invalidité peut être révisé périodiquement en fonction de l'aggravation ou de l'amélioration de l'état de l'invalidité de l'assuré. En outre, l'assuré devra déclarer à l'assureur toute modification du taux d'invalidité par son régime de prévoyance obligatoire.

2.8 Invalidités multiples

Si en cours d'adhésion plusieurs maladies ou accidents se déclarent successivement, la rente est calculée sur la base du taux d'invalidité global résultant de l'ensemble de ces maladies ou accidents.

2.9 Règlement de la rente

La rente est versée par trimestre échu.

2.10 Fin de la garantie

La garantie et le versement de la rente éventuellement en cours cessent à la fin de l'année au cours de laquelle l'assuré atteint l'âge de 65 ans. Toutefois, en cas de départ en retraite de l'assuré avant cette date, la garantie et le versement de la rente cessent à la date d'entrée en jouissance des droits à la retraite.

3 - Comment obtenir le versement des prestations ?

3.1 Déclaration de sinistre

L'arrêt de travail doit être déclaré par écrit à l'assureur, dans les 5 jours après que l'assuré en ait eu connaissance et au plus tard avant la fin de la franchise prévue au contrat, **sous peine de déchéance**.

Pour être prise en considération, la déclaration d'arrêt de travail doit être accompagnée :

- de la justification de l'exercice effectif d'une activité professionnelle au début de l'incapacité temporaire totale de travail,
- d'un certificat médical détaillé, indiquant notamment :
 - la date de début de l'arrêt de travail et sa durée prévisible, s'il s'agit d'un accident, la date, l'heure, les circonstances et le lieu de survenance de celui-ci,
 - la nature exacte de l'affection ou des blessures, les antécédents éventuels et l'évolution probable de la pathologie dont souffre l'assuré. Ce certificat peut être transmis directement au médecin conseil de l'assureur.

Par ailleurs, l'assuré doit transmettre les éléments suivants :

- les décomptes d'indemnisation de l'arrêt d'activité versée par les caisses ou les régimes de prévoyance obligatoire ou facultatif,
- la justification de ses revenus,
- en cas de rechute dans les 3 mois suivant la reprise du travail, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection.
- en cas de prolongation, tout certificat médical prescrivant une prolongation de l'arrêt de travail et fixant la durée de cette prolongation.

En cas d'invalidité, l'assuré doit faire parvenir à l'assureur, dès qu'il en a connaissance, la notification de mise en invalidité par son régime de prévoyance professionnel obligatoire.

3.2 Contrôle

L'assuré doit apporter la preuve de son incapacité de travail ou de son invalidité, fournir à ce titre les éléments justificatifs qui peuvent lui être demandés par l'assureur, se soumettre aux examens de contrôle effectués par le médecin délégué ou tout autre représentant mandaté par celui-ci.

Ainsi, l'assuré s'engage à autoriser l'accès de son domicile ou lieu de traitement préalablement signalé par lettre recommandée à l'assureur, tous les jours ouvrables entre 9 heures et 21 heures, sauf opposition justifiée.

3.3 Aggravation indépendante de l'événement garanti

Chaque fois que les conséquences d'un accident ou d'une maladie seront aggravées par l'état constitutionnel de la victime, par l'action d'une autre maladie ou d'une infirmité antérieure non garantie, par un manque de soins constaté, dû à la négligence de la victime ou à un traitement empirique, la durée de paiement des indemnités sera déterminée par le médecin

délégué par l'assureur, non en fonction de la durée réelle d'arrêt de travail, mais de celle qu'elle aurait été chez un sujet de santé normale soumis à un traitement médical rationnel.

3.4 Expertise

En cas de désaccord avec les conclusions du médecin délégué et sur présentation d'un certificat médical argumenté et contradictoire, l'assuré peut demander une expertise amiable qui sera confiée à un tiers expert désigné d'un commun accord entre les deux parties.

A défaut d'entente sur le choix de cet expert amiable, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré.

L'assuré et l'assureur supportent par moitié les frais relatifs à sa nomination ainsi que ses honoraires. Les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que l'expertise amiable n'a pas eu lieu.

Sanction : si l'assuré ne respecte pas un des points précédemment énoncés, l'assureur peut refuser l'indemnisation.

4 - Ce qui n'est pas garanti

Les maladies, invalidités et accidents constatés antérieurement à la prise d'effet des garanties, non déclarés au moment de l'adhésion, ou mentionnés aux Dispositions Personnelles, ainsi que leurs suites et conséquences ne sont pas pris en charge.

En outre, le contrat ne garantit pas l'attribution des indemnités consécutives à l'un des événements suivants :

- la participation active de l'assuré à des rixes, émeutes et mouvements populaires, à des actes de terrorisme ou de sabotage,

- les conséquences de l'usage de stupéfiant non prescrit médicalement ainsi que de l'éthylisme,
- les risques dus à des faits de guerre civile ou étrangère, d'actes de terrorisme, de rixes, d'émeutes ou de troubles,
- les maladies ou accidents qui sont le fait volontaire de l'assuré ou qui résultent d'une tentative de suicide ou de mutilation volontaire,
- les risques dus à la désintégration de noyau atomique, émission de radiation ionisante et tout phénomène de radioactivité,
- la pratique d'un sport à titre professionnel ou amateur avec compétition au niveau national ou international, ainsi que les entraînements afférents,
- la pratique des sports suivants : saut à l'élastique, deltaplane, spéléologie, alpinisme, parapente, parachutisme en chute libre et ascensionnel, taekwondo, boxe française savate, boxe thaïlandaise, triathlon, ULM, sports mécaniques et aériens, plongée subaquatique,
- les accidents en cas de conduite en état d'ivresse, c'est-à-dire lorsque l'alcoolémie de l'assuré est supérieure ou égale au taux d'interdiction de conduire prévu par la réglementation en vigueur,
- les accidents en cas de conduite de tout engin par l'assuré s'il n'a pas la qualification ou le permis requis par la réglementation en vigueur,
- les conséquences des cataclysmes,
- les risques liés à l'accomplissement du service militaire ou de périodes militaires supérieures à 1 mois.

Sont également exclus de la garantie :

- les traitements esthétiques ou de rajeunissement,
- les congés légaux de maternité et paternité.