

Extrait des conditions générales valant note d'information

ADOHA PREVOYANCE KINES

Contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative N°4494 09 21

souscrit par l'Association pour la Santé, la Prévoyance, la Retraite et l'Épargne (ASPRES), association régie par la loi du 1er juillet 1901, déclarée à la préfecture de police de Paris sous le numéro 229 576 6 K, Siège Social : 6, rue Laferrière 75009 PARIS, auprès de la Mutuelle des Personnels de l'Industrie, du Commerce et des Mines (MICOM), soumise aux dispositions du livre II du Code de la Mutualité, Immatriculée au Registre National des Mutuelles sous le N° 379 655 541 dont le siège est situé 24, boulevard de Courcelles 75017 PARIS par l'intermédiaire d'ADOHA, Société de Courtage en Assurances RCS Paris 480 403 815 APE 672Z dont le siège est situé 34, boulevard des Italiens 75009 PARIS.

Autorité chargée du contrôle de l'Assureur MICOM : Commission de Contrôle des Assurances, Mutuelles et Institutions de Prévoyance, 54, rue de Châteaudun – 75009 PARIS.

La gestion des adhésions est confiée par MICOM à la société de gestion TELERGOS, société anonyme au capital de 1 200 000 Euros, RCS B 378 784 862, dont le siège administratif et social est situé : 6, rue Laferrière, 75 009 PARIS

Article 1 - NATURE DU CONTRAT

Le Contrat « ADOHA PREVOYANCE KINES » est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative.

En cas de résiliation du Contrat, aucune nouvelle demande d'adhésion n'est acceptée et toutes les garanties prennent fin à la date d'effet de la résiliation, mais les prestations relatives à des sinistres survenus antérieurement à la date de résiliation restent acquises. L'Assureur s'engage à en informer chaque adhérent au moins deux mois avant l'échéance.

Cependant, les assurés qui ont bénéficié pendant au moins deux années consécutives des dispositions de la présente convention au jour de la résiliation pourront être maintenus dans l'effectif assurable, sous réserve des dispositions de l'article 8 et dans la limite de l'âge requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse et, au plus tard, au 65ème anniversaire de l'adhérent.

LOI MADELIN

Toutes les garanties, sont éligibles à la Loi N° 94-126 du 11 février 1994 dite « Loi Madelin ». La garantie de capital en cas de décès ou de perte totale et irréversible d'autonomie (Article 9 et Article 10) et de la garantie de capital en cas d'invalidité permanente accidentelle (Article 13), sont dans ce cas versées sous forme de rentes viagères.

Lorsque les prestations Décès, PTIA ou IPA sont versées sous forme de rentes au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), le montant de la rente est calculé en fonction de l'âge du bénéficiaire, du montant garanti et des tables actuarielles en vigueur au moment du sinistre.

Toutefois, pour bénéficier des avantages de la Loi Madelin, l'adhérent doit, à la date d'adhésion ainsi que chaque année suivante, fournir à l'Assureur une attestation de paiement de ses cotisations aux régimes obligatoires de retraite et de prévoyance.

Article 2 - DEFINITIONS APPLICABLES AU PRESENT CONTRAT

ACCIDENT : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure, à l'exclusion de toute maladie, même si elle se manifeste sous une apparence accidentelle (affection cardio-vasculaire...). La preuve de l'accident incombe au bénéficiaire de la prestation.

ADHERENT : personne physique, âgée d'au moins 18 ans et d'au plus 60 ans à la date d'adhésion, adhérente à l'association ASPRES, qui adhère au présent Contrat. Elle doit exercer la profession de Masseur Kinésithérapeute Rééducateur libéral ou salarié en France continentale ou dans les DOM.

ASSURE : personne physique sur la tête de laquelle repose le risque. L'assuré est aussi l'adhérent.

DESIGNATION DE BENEFICIAIRE : la Clause bénéficiaire permet d'attribuer le bénéfice de l'assurance en cas de décès, à une ou plusieurs personnes, qui sans être nommément désignées, sont suffisamment définies dans cette stipulation pour être identifiées au moment de l'exigibilité du capital ou de la rente garanti. Cette clause bénéficiaire peut faire l'objet d'un acte sous seing privé ou d'un acte authentique. A tout moment, sauf acceptation du bénéfice de l'assurance par le bénéficiaire (bénéficiaire acceptant), l'assuré peut procéder à la modification par tout moyen, outre par acte sous seing privé ou acte authentique, par modification du bulletin d'adhésion, avenant au contrat ; Lorsque le bénéficiaire est nommément désigné, il est possible de mentionner les coordonnées de ce dernier. Toutefois, lorsque la désignation a fait l'objet d'une acceptation formelle par le bénéficiaire, celle-ci devient irrévocable.

A défaut de désignation formelle, la prestation sera versée en application des dispositions ci-après /

. conjoint survivant, non divorcé, non séparé de corps par un jugement définitif passé en force de chose jugée.

. à défaut les enfants nés ou à naître, vivants ou représentés,

. à défaut les héritiers.

CARENCE : période durant laquelle les garanties ne sont pas encore en vigueur. Le point de départ de cette période est la date d'effet de l'adhésion portée au Certificat d'Adhésion. Toutes affections ou maladies et leurs suites apparues avant ou pendant ce délai sont définitivement exclues des garanties.

CONGE MATERNITE : période définie au contrat comme congés pré et post nataux fixés à 6 semaines avant l'accouchement présumé et 10 semaines après celui-ci.

DATE DE CONSOLIDATION : date à partir de laquelle les séquelles consécutives à une maladie ou un accident prennent un caractère permanent, permettant de constater la stabilisation de l'état de santé de l'assuré.

ENFANT A CHARGE : on entend par enfant à charge de l'adhérent ou de son conjoint, un enfant légitime, reconnu, adopté, pupille de la Nation ou recueilli au foyer de l'adhérent, âgé de moins de 18 ans, ou de moins de 26 ans s'il poursuit des études, ou bénéficiant des allocations pour personnes handicapées prévues par la loi 75-534 du 30 juin 1975, et fiscalement à charge de l'adhérent ou de son conjoint.

FRANCHISE : période s'écoulant entre la date d'hospitalisation ou de l'arrêt de travail médicalement prescrit et le début de la période d'indemnisation.

GROSSESSE PATHOLOGIQUE : complications pathologiques survenant pendant la grossesse à l'exclusion de la période définie au contrat comme « congé maternité » mentionné ci-dessus, entraînant une incapacité temporaire totale de travail pendant plus de 24 heures sans interruption.

INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL : un assuré est en état d'incapacité temporaire totale de travail s'il se trouve, par suite de maladie, de grossesse pathologique ou d'accident survenant pendant la période garantie, dans l'impossibilité complète et temporaire d'exercer son activité professionnelle (indiquée sur le bulletin d'adhésion).

L'état d'incapacité temporaire totale de travail est constaté par le Service Médical de l'Assureur.

INVALIDITE PERMANENTE : un assuré est considéré en état d'invalidité permanente lorsque à la suite d'un accident ou d'une maladie survenant pendant la période garantie, il se trouve médicalement dans l'impossibilité complète et permanente d'exercer son activité professionnelle.

L'état et le taux d'invalidité permanente sont constatés par le Service Médical de l'Assureur.

PERTE TOTALE ET IRREVERSIBLE D'AUTONOMIE (PTIA) : un assuré est considéré en état de perte totale et irréversible d'autonomie lorsque, à la suite d'un accident ou d'une maladie survenant pendant la période garantie, les deux conditions suivantes sont remplies :

- il est dans l'impossibilité totale et irréversible de se livrer à toute occupation et à toute activité rémunérée lui procurant gain ou profit,
- il est reconnu par l'Assureur comme étant dans l'obligation définitive d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

La perte totale et irréversible d'autonomie est réputée consolidée au jour de la constatation de l'état ainsi défini.

L'état de perte totale et irréversible d'autonomie est constaté par le Service Médical de l'Assureur.

TERRITORIALITE : les garanties s'exercent pour tout sinistre survenu exclusivement en France continentale et dans les DOM, à l'exception des séjours de moins de 3 mois à l'étranger.

Article 3 - OBJET DU CONTRAT

L'objet du présent contrat est d'accorder aux adhérents une ou plusieurs des garanties suivantes, dont le choix est précisé au certificat d'adhésion :

- un capital ou une rente en cas de décès ou de PTIA de l'adhérent avec une majoration du capital ou de la rente lorsque l'origine du sinistre est accidentelle (Article 9) garantie obligatoire ;

- un capital en cas de décès ou de PTIA simultané ou postérieur du conjoint de l'adhérent (Article 10) garantie obligatoire ;

- des indemnités en cas d'incapacité temporaire totale de travail (Article 11) garantie obligatoire ;

- des indemnités en cas d'invalidité permanente (Article 12) garantie obligatoire ;

- un capital ou une rente en cas d'invalidité permanente accidentelle (Article 13) garantie optionnelle ;

- des indemnités en cas d'hospitalisation de l'adhérent (Article 14) garantie optionnelle.

- L'exonération des cotisations en cas d'incapacité temporaire totale de travail (Article 15) garantie obligatoire.

En cas d'accident ou de maladie atteignant l'assuré hors de France, celui-ci est tenu de faire élection de domicile en France pour toute contestation d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un sinistre

Article 4 - ADHESIONS

Seuls les adhérents à l'ASPRES peuvent adhérer au contrat. L'adhérent qui désire s'assurer doit remplir une demande d'adhésion individuelle, ainsi qu'un questionnaire médical confidentiel.

L'Assureur se réserve le droit de lui demander de passer, au frais de l'Assureur, une visite médicale ou tout autre examen qu'il jugerait nécessaire, et de fournir toutes précisions ou compléments d'informations permettant d'apprécier les risques.

L'adhérent doit exercer, tout au long de son adhésion, la profession de masseur kinésithérapeute rééducateur.

Le contrat d'adhésion est constitué :

- de l'extrait des présentes conditions générales valant note d'information remises à l'adhérent à la date de demande d'adhésion, qui fixent les conditions générales de formation et d'exécution du contrat de groupe ainsi que celles de l'adhésion ;

- du certificat d'adhésion qui indique, notamment, le numéro d'adhésion, l'identité de l'adhérent assuré, les garanties souscrites, la base des garanties, leur date d'effet, les restrictions de garanties éventuelles, le montant et la date d'exigibilité des cotisations.

L'adhésion est effective à compter de la date d'effet fixée au certificat d'adhésion et sous réserve du paiement de la première cotisation.

Les dispositions du présent article s'appliquent à tout avenant au contrat d'adhésion.

L'adhésion au contrat est conclue pour une durée se terminant le 31 décembre de l'année suivant celle son adhésion. Au 1^{er} janvier suivant, l'adhésion se renouvelle d'année en année par tacite reconduction.

Article 5 - CESSATION DE L'ADHESION

L'adhésion au contrat peut cesser :

- A la demande de l'adhérent :
 - au 31 décembre de l'année civile en cours sous réserve d'une notification par lettre recommandée avec avis de réception deux mois avant cette date ;
 - lors de la révision du tarif, conformément à l'article 8, et au plus tard dans les 30 jours qui suivent cette modification.
- A l'initiative de l'Assureur :
 - pendant le délai de deux ans suivant l'adhésion, conformément à l'article 6 de la Loi n°89.1009 du 31 décembre 1989 dite Loi Evin ;
 - en cas de cessation de fonction ou de changement d'activité professionnelle qui pourrait induire une aggravation des risques.
- De plein droit :
 - dès que l'adhérent cesse d'être adhérent de l'ASPRES,
 - n'exerce plus la profession de Masseur Kinésithérapeute Rééducateur ;
 - à la date de liquidation, par l'adhérent, de ses droits à la retraite aux régimes obligatoires, et au plus tard au 65^{ème} anniversaire de l'adhérent, sauf cas prévu à l'Article 9;
 - en cas de décès ou de PTIA de l'adhérent ;
 - si les cotisations ne sont pas réglées. Conformément à l'article L.223-19 du Code de la Mutualité, si l'adhérent omet de régler une cotisation dans les 10 jours de son échéance, l'Assureur lui adressera une lettre recommandée l'informant que ce défaut de paiement peut entraîner la résiliation de son contrat d'assurance. Dans un délai de 40 jours à dater de l'envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation échue ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai, entraîne de plein droit la résiliation de l'adhésion ;
 - en cas de fausse déclaration intentionnelle conformément à l'article L.221-14 du Code de la Mutualité.

Article 6 - RISQUES EXCLUS

En cas de suicide de l'assuré, les garanties ou l'augmentation de garanties n'ont pas d'effet au cours de la première année suivant la prise d'effet de l'assurance de ces garanties ou de ces augmentations de garanties.

Les garanties sont accordées en cas d'accident ou de maladie. Toutefois, sont exclus des garanties :

- les conséquences, récidives, suites ou rechutes de maladies ou accidents survenus antérieurement à l'adhésion et non déclarés ;
- les conséquences du fait intentionnel de l'assuré ou du bénéficiaire,
- les conséquences de mutilations volontaires et de tentatives de suicide ;
- **les conséquences de l'ivresse de l'assuré (taux d'alcool dans le sang égal ou supérieur au taux maximum légal au jour du sinistre) et de l'usage de drogues, de stupéfiants ou tranquillisants non prescrits médicalement ;**
- les accidents occasionnés par la pratique de tous les sports à titre professionnel ;
- les accidents occasionnés par la pratique de vols acrobatiques ou de compétition, de saut à l'élastique, exhibitions, paris et tentatives de record, de sauts en parachute non motivés par une raison de sécurité, du parapente, de la varappe, de l'escalade, de l'alpinisme, du saut à ski, de la spéléologie, de la plongée sous-marine avec appareil autonome à plus de 40 mètres, par l'utilisation d'ailes volantes ou d'engins similaires avec ou sans moteur, ainsi que leurs conséquences, de prototypes, d'Ultra Légers Motorisés (ULM) ;
- les accidents en cas de conduite d'engin à moteur sans permis (s'il est obligatoire) ainsi que leurs conséquences ;
- les conséquences de la navigation aérienne lorsque l'assuré se trouvait à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou conduit par un pilote ne possédant pas un brevet valable pour l'appareil utilisé ou ayant une licence périmée, ce pilote pouvant être l'assuré lui-même ;
- les accidents dus aux travaux souterrains ou sous-marins, ainsi que leurs conséquences ;
- les conséquences de tremblements de terre, éruptions volcaniques, inondations ou autres cataclysmes,
- les conséquences de la manipulation volontaire d'engins de guerre ou d'explosifs dont la détention est interdite,
- les conséquences de maladies ou accident :
 - Causés pas des armes ou engins destinés à exploser par modifications de structure du noyau atomique,
 - Liés aux effets directs ou indirects d'explosions, de dégagement de chaleur, d'irradiation provenant de la transmutation de noyaux d'atomes ou de la radioactivité ainsi que les radiations provoquées par l'accélération artificielle des particules,
 - Dus aux rayonnements ionisants dont seraient victimes les personnes exposées de manière prévisible à de tels rayonnements du fait de leur activité professionnelle.
 - Occasionnés par des faits de guerre civile ou étrangère,
 - Liés à la participation à une rixe, sauf en cas de légitime défense ou d'assistance à personne en danger,
 - Liés à la participation active à des opérations militaires, à des actes de terrorisme ou de sabotage, à des émeutes ou mouvements populaires.

Le meurtre de l'assuré par le bénéficiaire de l'assurance n'est pas couvert à l'égard du bénéficiaire ou de ses complices.

De plus, en complément des exclusions décrites ci-dessus, sont exclues des garanties Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente, Invalidité Permanente Accidentelle et indemnités en cas d'hospitalisation :

- les conséquences des arrêts liés à des maladies mentales ou affections psychiques ne donnant pas lieu à hospitalisation de plus de 7 jours,
- les conséquences des arrêts dus à des pathologies rachidiennes qui ne sont pas en rapport avec une fracture, une tumeur, et non accompagnées de signes neurologiques objectifs. Ces pathologies ne peuvent pas être considérées comme fait générateur des garanties accidentelles,

- les conséquences des traitements à but esthétique, sauf les conséquences d'un accident garanti,
- les cures de toute nature, notamment thermales, climatiques ou hélo-marines, de rajeunissement, de sommeil, d'amaigrissement ou d'engraissement, de désintoxication.

Article 7 – TRAITEMENT DES CONTESTATIONS

L'Assuré qui conteste la décision de l'Assureur doit faire parvenir à l'Assureur un certificat médical justifiant sa réclamation ainsi qu'une lettre demandant expressément la révision de son dossier.

Après examen de la demande par le Service Médical de l'Assureur, celui-ci et le médecin de l'Assuré doivent désigner un troisième médecin, choisi parmi les médecins exerçant la médecine d'assurance ou experts auprès des tribunaux, afin de procéder à un nouvel examen.

Après les conclusions de ce troisième médecin, le recours judiciaire peut être exercé. Les conclusions de ce dernier resteront applicables jusqu'à la décision judiciaire définitive.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin. Les frais et honoraires du troisième médecin sont à la charge de la partie perdante, l'Assuré en faisant l'avance.

Cette procédure n'est pas appliquée si le médecin de l'Assuré et le Service Médical de l'Assureur peuvent signer un procès verbal d'accord sur l'évaluation de l'état de santé de l'Assuré.

L'Assuré s'engage à ne pas opposer le secret médical à l'égard du Service Médical de l'Assureur.

Article 8 - COTISATIONS

Les cotisations (taxes comprises) à la charge de l'adhérent sont fixées au certificat d'adhésion.

Elles dépendent de l'âge atteint par l'adhérent au début de chaque échéance annuelle.

Les cotisations annuelles sont payables par l'adhérent mensuellement (prélèvement automatique obligatoire), trimestriellement (prélèvement automatique obligatoire), semestriellement ou annuellement à terme anticipé. La première est déterminée prorata temporis de la période d'adhésion.

Le paiement et l'encaissement d'un montant inférieur à celui de la cotisation attendue ne sauraient valoir délivrance ou maintien des garanties.

En plus de l'augmentation de cotisation liée à l'âge de l'adhérent, les cotisations sont révisables à chaque échéance annuelle. Cette révision de la cotisation, non liée à l'âge de l'adhérent, ne pourra intervenir qu'au terme de chaque année civile et devra être proposée par l'Assureur à chaque adhérent au moins deux mois à l'avance. Au cas où il ne souhaiterait pas accepter cette augmentation, l'Adhérent peut résilier son adhésion dans les conditions de l'Article 5.

Article 9 – DECES OU PTIA DE L'ADHERENT

1°) Objet et montant de la garantie

En cas de décès ou de PTIA de l'adhérent, l'Assureur paie le capital déterminé à l'adhésion ou lors d'une augmentation de garantie, et figurant au certificat d'adhésion.

Ce capital est à choisir entre 15 000 € et 300 000 €, sans décimale.

Ce capital est doublé en cas de décès ou de PTIA d'origine accidentelle.

La preuve de l'accident incombe au bénéficiaire de la prestation.

La garantie DECES PTIA peut être éligible au dispositif Madelin, sous réserve que l'adhérent en fasse le choix au moment de l'adhésion. Dans ce cas la prestation est obligatoirement versée sous forme de rente.

Les garanties décès ou PTIA ne sont pas optionnelles ; elles sont obligatoires pour toute adhésion.

2°) Bénéficiaire(s)

- En cas de décès :
 - à défaut de désignation particulière faite par l'adhérent, le capital ou la rente est payé au conjoint, à défaut aux enfants (vivants ou représentés) par parts égales, à défaut aux héritiers sous couvert du notaire chargé de la succession de l'assuré.
- En cas de PTIA :
 - Sauf convention contraire, le bénéficiaire du capital ou de la rente est l'adhérent.

3°) Formalités en cas de sinistre

- En cas de décès :
 - le décès de l'adhérent doit être notifié à l'Assureur par écrit dans les 180 jours qui suivent la survenance du décès, cette notification étant accompagnée ou suivie de la remise du bulletin individuel d'affiliation, de l'acte de décès, d'un certificat médical précisant la cause du décès et d'une photocopie de chaque page du livret de famille avec attestation sur l'honneur de sa validité, du procès-verbal de l'accident le cas échéant, ainsi que de toute autre pièce que l'Assureur estimerait nécessaire à l'instruction du dossier. De plus, les pièces suivantes devront être fournies :
 - une attestation sur l'honneur de non séparation du conjoint,
 - si l'adhérent était célibataire, veuf, séparé ou divorcé : un acte de notoriété,
 - si le bénéficiaire est un enfant mineur, la photocopie de l'ordonnance désignant l'administrateur légal des biens du ou des enfants mineurs.
- En cas de PTIA :
 - Sauf cas fortuit ou de force majeure, tout accident ou maladie pouvant entraîner une perte totale et irréversible d'autonomie doit être notifié à l'Assureur par écrit dans les 180 jours qui suivent la survenance de la PTIA. Cette notification doit être accompagnée ou suivie de la remise d'un certificat médical détaillé (description, date des premiers symptômes, conséquences probables ...) et, en cas d'accident, du procès-verbal de celui-ci. A défaut, la prise en charge éventuelle ne pourra être antérieure à la date de réception du dossier par l'Assureur.

4°) Cessation de la garantie

Le capital ou la rente en cas de décès n'est pas dû en cas de décès de l'adhérent après son 65^{ème} anniversaire ou après la cessation de l'adhésion. Toutefois, si à la date de cessation de l'adhésion, l'adhérent bénéficie des prestations d'incapacité ou d'invalidité visées aux Article 11 et Article 12, alors la garantie en cas de décès est maintenue jusqu'à la cessation de ces prestations.

Le capital ou la rente en cas de PTIA n'est pas dû si la consolidation survient après son 65ème anniversaire ou après la cessation d'adhésion de l'adhérent, même si l'accident ou la maladie qui en est la cause est antérieure.

Le doublement du capital ou de la rente en cas de PTIA accidentelle n'est pas dû si sa consolidation survient après son 65ème anniversaire ou après la cessation de l'adhésion.

Les exclusions sont précisées à l'Article 6.

Article 10 – DECES OU PTIA SIMULTANE OU POSTERIEUR DU CONJOINT – (GARANTIE DOUBLE EFFET)

1°) Objet et montant de la garantie

En cas de décès ou de PTIA du conjoint de l'adhérent, à condition que le décès ou la consolidation de la PTIA survienne après le décès ou la consolidation de la PTIA de l'adhérent, l'Assureur paie, en une seule fois à répartir à parts égales entre tous les enfants à charge, un capital supplémentaire égal à 100% du capital prévu en cas de décès non accidentel.

La PTIA de l'adhérent ou du conjoint est celle définie à l'Article 2.

En cas de décès simultané de l'adhérent et de son conjoint résultant d'un même accident, le conjoint est réputé être décédé postérieurement à l'assuré.

Les enfants à charge sont ceux à la charge du conjoint, préalablement déclarés par l'adhérent, à l'instant du sinistre, et ayant répondu à la définition de l'enfant à charge à l'instant du décès ou de la consolidation de la PTIA de l'adhérent.

Les formalités en cas de sinistre sont, selon le cas, celles prévues à l'Article 9.

2°) Cessation de la garantie

Ce capital n'est pas dû :

- si l'adhérent et/ou son conjoint décèdent dans un cas exclu par l'Article 6,
- si la PTIA de l'adhérent et/ou de son conjoint relève d'une exclusion prévue à l'Article 6,
- si le conjoint décède ou est en PTIA après son 65ème anniversaire ou plus d'un an après le décès ou la PTIA de l'adhérent,
- si le conjoint s'est remarié depuis le décès de l'Adhérent ou la consolidation de la PTIA de l'Adhérent,
- s'il n'existe pas ou plus d'enfant à charge au jour du décès de l'adhérent.

Cette garantie est obligatoirement souscrite.

Les exclusions sont précisées à l'Article 6.

Article 11 – INCAPACITE TEMPORAIRE TOTALE

1°) Objet et montant de la garantie

En cas d'incapacité temporaire totale de l'adhérent, l'Assureur lui paie une indemnité journalière forfaitaire dont le montant figure sur le certificat d'adhésion en cours au jour de l'arrêt de travail, sauf en cas de maternité où l'indemnisation intervient, pour les libéraux, dans les conditions fixées au paragraphe « Congé Maternité » ci-après.

Cette indemnité journalière doit être choisie entre 15 € et 300 € sans décimale et doit correspondre, sans le dépasser, au revenu annuel de l'adhérent (recettes brutes annuelles).

L'indemnité journalière est payable par mois civil échu à l'expiration d'un délai de franchise de :

Option 1 :

- 90 jours d'arrêt de travail continu, en cas de maladie mentale ou affection psychique,
- 15 jours d'arrêt de travail continu, en cas de maladie (hors maladies mentales ou affections psychiques), ou de grossesse pathologique.
- 0 jour en cas d'accident ou d'hospitalisation supérieure à 24 heures.

Dans le cadre de l'option 1, la franchise est dite absolue. C'est-à-dire que les indemnités relatives à la période de franchise ne sont pas payées.

L'indemnisation pendant le Congé Maternité tel que défini à l'article 2 est décrite ci-après.

Les exclusions sont précisées à l'Article 6.

Option 2 :

- 90 jours d'arrêt de travail continu, en cas de maladie mentale ou affection psychique,
- 15 jours d'arrêt de travail continu, en cas de maladie (hors maladies mentales ou affections psychiques), ou de grossesse pathologique.
- 0 jours en cas d'accident ou d'hospitalisation supérieure à 24 heures.

Dans le cadre de l'option 2, la franchise est dite relative. C'est-à-dire que les indemnités relatives à la période de franchise sont payées dès lors que la durée de l'incapacité temporaire totale dépasse le délai de franchise.

L'indemnisation pendant le Congé Maternité tel que défini à l'article 2 est décrite ci-après.

Les exclusions sont précisées à l'Article 6.

Si l'adhérent, après avoir repris son travail pendant une durée inférieure à 60 jours continus, est victime d'un nouvel arrêt de travail résultant du même accident ou maladie, il n'y aura pas application du délai de franchise et les prestations seront versées immédiatement.

Par contre, en cas de nouvel arrêt après une reprise de travail d'une durée égale ou supérieure à 60 jours continus, le délai de franchise sera de nouveau appliqué. Cette clause ne s'applique pas aux grossesses pathologiques.

Les délais de carence de cette garantie sont :

- 0 jours en cas d'accident ou maladies infectieuses ou aiguës (si la 1^{ère} manifestation est constatée médicalement postérieurement à l'adhésion),

- 6 mois pour les autres maladies,
- 10 mois pour les grossesses (y compris pathologiques),
- 24 mois pour les maladies mentales ou affections psychiques.

Ces délais de carence sont abrogés si l'adhérent justifie qu'il bénéficiait à la veille de la date d'effet de son adhésion au présent contrat d'un contrat couvrant le risque incapacité temporaire totale. Cette abrogation ne porte cependant que sur le niveau d'indemnisation prévu contractuellement dans le précédent contrat et dans la limite du montant de la garantie précisé au certificat d'adhésion.

La durée maximale d'indemnisation au titre de troubles psychiatriques ou psychopathologiques, ou de pathologie psychotique, est de 18 mois sur toute la durée du contrat de l'adhérent.

Aucune indemnité n'est versée en cas d'incapacité temporaire partielle qui n'a pas donné lieu préalablement au versement d'une indemnité au titre de la présente garantie.

Lorsque l'indemnité cesse d'être due en cours de mois, un prorata est immédiatement payé.

L'Assureur se réserve le droit de faire procéder à tout contrôle de l'état de santé de l'adhérent par un médecin expert qu'il aura choisi conformément à l'Article 7.

Congé Maternité

Pendant la période de congé maternité définie à l'article 2, en cas d'incapacité temporaire totale de travail, l'Assureur paie à l'assurée une indemnité forfaitaire égale au maximum à 15 fois le montant de l'indemnité journalière figurant sur le certificat d'adhésion en cours au début de la période de congé maternité (forfait de 15 jours maximum). A partir de la 4^{ème} année du contrat, cette indemnité forfaitaire est doublée (forfait porté à 30 jours maximum).

Cette prestation est exclusivement réservée aux assurés exerçant leur profession sous le statut libéral.

2°) Formalités en cas de sinistre

Dès que l'adhérent est en état d'incapacité temporaire totale, il doit en faire la déclaration à l'Assureur.

La déclaration devra être faite à l'Assureur à l'issue de la période de franchise fixe continue prévue selon l'option choisie (option 1 ou option 2) et au plus tard dans les 30 jours qui suivent la fin de ladite période, à défaut la franchise sera décomptée à partir du jour de la réception du dossier par l'Assureur. Elle devra être accompagnée notamment des pièces suivantes :

- un certificat médical du médecin traitant de l'Assuré indiquant les dates, cause et durée de l'incapacité de travail. Pour les grossesses pathologiques et les Congés Maternité, le médecin traitant indiquera par ailleurs dans le certificat médical la date présumée de l'accouchement.

- la copie de la déclaration fiscale n° 2035 de l'exercice comptable antérieur au sinistre,

De plus, pour les salariés :

- les décomptes de règlement d'indemnités journalières de la Sécurité Sociale ou de tout autre organisme assimilé.

Par ailleurs, toute prolongation d'arrêt de travail accordée par le médecin traitant devra être signalée dans un délai de 30 jours. A défaut, l'Assuré sera considéré comme guéri à l'expiration du délai prévu dans le certificat précédemment remis.

Dès sa reprise d'activité l'assuré doit en informer l'Assureur.

En cas de reprise partielle de son activité, et après une période d'indemnisation, le versement de l'indemnité sera prolongé, sur une durée maximale de 6 mois, à hauteur de 50% de l'indemnité prévue.

3°) Cessation de la garantie

L'indemnité est payable pendant toute la durée de l'incapacité (sauf délai de franchise) et cesse d'être due :

- en cas de décès de l'adhérent,
- au plus tard 6 semaines avant la date présumée de l'accouchement en cas de grossesse pathologique,
- au plus tard, au 65ème anniversaire de l'adhérent,
- au plus tard au 1095^{ème} jour d'arrêt de travail pour une même cause.

Cette garantie est obligatoirement souscrite.

Article 12 – INVALIDITE PERMANENTE

1°) Objet et montant de la garantie

En cas d'invalidité permanente de l'adhérent, l'Assureur lui paie une rente dont le montant figure sur le certificat d'adhésion en cours au jour de l'arrêt de travail.

Cette rente annuelle doit être choisie entre 5 500 € et 90 000 € sans arrondi et doit correspondre, sans le dépasser, au revenu annuel de l'adhérent.

Elle doit être inférieure à 365 fois l'indemnité journalière choisie au titre de la garantie Incapacité Temporaire Totale.

Le taux d'invalidité doit être supérieur ou égal à 50% pour donner lieu à prestation au titre de la présente garantie. Il est déterminé par expertise du Service Médical de l'Assureur en fonction du « barème d'évaluation médico-légal » de la Société de Médecine Légale et de Criminologie de France et de l'Association des Médecins Experts en Dommage Corporel.

Cependant, il est admis que les pathologies suivantes donnent lieu à un taux d'invalidité de 100% :

- Hémipégie, paraplégie, tétrapégie complètes,
- Cécité et cécité pratique,
- Surdité totale bilatérale inappareillable,
- Perte complète de l'usage d'un membre,
- Amputation d'un membre supérieur au poignet ou au dessus,
- Amputation d'un membre inférieur au genou ou au dessus,
- Insuffisance cardiorespiratoire classe fonctionnelle III ou IV du NYHA,
- Hémodialyse.

La rente est payable par trimestre échu, pendant toute la durée de l'invalidité permanente partielle ou totale. Lorsque le montant de la rente est modifié en cours de trimestre, il en est tenu compte, prorata temporis, à l'échéance

trimestrielle suivante. Lorsque la rente cesse d'être due en cours de trimestre, un prorata est immédiatement payé.

Les délais de carence de cette garantie sont :

- 0 jours en cas d'accident ou maladies infectieuses ou aiguës (si la 1^{ère} manifestation est constatée médicalement postérieurement à l'adhésion),
- 6 mois pour les autres maladies,
- 10 mois pour les grossesses (y compris pathologiques),
- 24 mois pour les maladies mentales ou affections psychiques.

Ces délais de carence sont abrogés si l'adhérent justifie qu'il bénéficiait à la veille de la date d'effet de son adhésion au présent contrat d'un contrat couvrant le risque invalidité permanente. Cette abrogation ne porte cependant que sur le niveau d'indemnisation prévu contractuellement dans le précédent contrat et dans la limite du montant de la garantie précisé au certificat d'adhésion.

2°) Formalités en cas de sinistre

La déclaration devra être faite à l'Assureur au plus tard dans les 90 jours qui suivent la survenance de l'invalidité Permanente. A défaut la prise en charge éventuelle ne pourra être antérieure à la date de réception du dossier par l'Assureur. Elle devra être accompagnée notamment des pièces suivantes.

- un certificat médical du médecin traitant de l'Assuré indiquant la cause et l'importance de l'invalidité reconnue ainsi que la date à partir de laquelle cette invalidité peut être considérée comme permanente et totale,
- la copie de la déclaration fiscale n° 2035 de l'exercice comptable antérieur au sinistre,

De plus, pour les Salariés :

- La notification d'attribution de la pension d'Invalidité Permanente Totale et les décomptes de règlement de la pension ou de la rente servie par la Sécurité Sociale ou tout autre organisme assimilé.

3°) Cessation de la garantie

La rente cesse d'être due :

- si le taux d'invalidité devient inférieur à 50%,
- en cas de liquidation de la pension de vieillesse,
- en cas de décès,
- au plus tard au 65^{ème} anniversaire de l'adhérent.

Le paiement de la rente d'invalidité entraîne la suppression pendant la même période, de l'indemnité prévue à l'Article 11.

Cette garantie est obligatoirement souscrite.

Les exclusions sont précisées à l'Article 6.

Article 13 – INVALIDITE PERMANENTE ACCIDENTELLE (OPTION)

1°) Objet et montant de la garantie

En cas d'invalidité permanente d'origine accidentelle de l'adhérent, l'Assureur paie à l'adhérent le capital ou la rente déterminé à l'adhésion ou lors d'une augmentation de garantie, et figurant au certificat d'adhésion, multiplié par le taux d'invalidité déterminé par le Service Médical de l'Assureur.

Ce taux est déterminé en référence au barème spécial « S » figurant en annexe.

Par dérogation avec la définition de l'invalidité permanente précisée à l'Article 2, la garantie pourra être mise en œuvre même si l'assuré conserve sa capacité, même partielle, d'exercer une profession.

Le capital ou la rente est à choisir entre 15 000 € et 300 000 € sans décimale et doit correspondre, sans le dépasser, au revenu annuel de l'adhérent.

La preuve de l'accident incombe au bénéficiaire de la prestation.

La garantie IPA peut être éligible au dispositif Madelin, sous réserve que l'adhérent en fasse le choix au moment de l'adhésion. Dans ce cas la prestation est obligatoirement versée sous forme de rente.

2°) Formalités en cas de sinistre

Pour la mise en œuvre de la garantie d'invalidité accidentelle, l'adhérent devra fournir à l'Assureur :

- l'original du certificat médical attestant que l'assuré est atteint d'une invalidité permanente, précisant la cause et la date de survenance de cette invalidité,
- l'attestation éventuelle d'un paiement au titre de l'invalidité présenté par le régime de base.

3°) Cessation de la garantie

Le capital ou la rente en cas d'invalidité permanente totale ou partielle accidentelle n'est pas dû si sa consolidation survient après son 65^{ème} anniversaire ou après la cessation de l'adhésion.

Les exclusions sont précisées à l'Article 6.

Article 14 – INDEMNITES EN CAS D'HOSPITALISATION (OPTION)

1°) Objet et montant de la garantie

Elle permet à l'assuré hospitalisé pendant plus de 24 heures sans interruption dans un établissement hospitalier de l'Union Européenne, à la suite d'un accident ou d'une maladie, de recevoir, par journée complète d'hospitalisation à compter de la première, une allocation dont le montant est précisé au certificat d'adhésion.

L'allocation journalière est à choisir entre 10 € et 50 € sans décimale.

La garantie est limitée à 365 jours d'hospitalisation pendant toute la durée de l'adhésion.

Les délais de carence de cette garantie sont :

- 0 jours en cas d'accident ou maladies infectieuses ou aiguës (si la 1^{ère} manifestation est constatée médicalement postérieurement à l'adhésion),
- 6 mois pour les autres maladies,
- 10 mois pour les grossesses (y compris pathologiques),
- 24 mois pour les maladies mentales ou affections psychiques.

Ces délais de carence sont abrogés si l'adhérent justifie qu'il bénéficiait à la veille de la date d'effet de son adhésion au présent contrat d'un contrat couvrant le risque hospitalisation. Cette abrogation ne porte cependant que sur le niveau

d'indemnisation prévu contractuellement dans le précédent contrat et dans la limite du montant de la garantie précisé au certificat d'adhésion.

Ces délais de carence sont abrogés en cas de reprise de cette garantie à la concurrence, dans la limite des garanties précédemment souscrites.

a) Séjours non couverts

Ne sont pas garantis les séjours dans les services ou établissements suivants :

- service de moyen ou long séjour,
- maison d'enfant à caractère sanitaire ou social,
- centre de pré-orientation ou de rééducation professionnelle,
- maison ou service de repos, de plein air ou de convalescence,
- maison ou service de régime ou de diététique,
- maison ou service de cure, de retraite, sanatorium, aérium, préventorium,
- établissement thermal, de thalassothérapie.

b) Exclusions de la garantie

Outre les exclusions mentionnées à l'Article 6, l'Assureur ne prend pas en charge :

- les cures thermales, climatiques ou hélio-marines,
- les cures de rajeunissement, de sommeil,
- les traitements esthétiques non consécutifs à un accident garanti,
- les hospitalisations à domicile,
- les cures de désintoxication,
- les hospitalisations de jour ou de nuit uniquement.

2°) Cessation de la garantie

L'allocation cesse d'être due :

- à la fin de l'hospitalisation,
- en cas de décès,
- au plus tard au 65^{ème} anniversaire de l'adhérent.

Cette garantie est optionnelle.

Article 15 – EXONERATION DES COTISATIONS

L'exonération du paiement des cotisations est accordée après une période de 90 jours continus à compter de l'arrêt de travail garanti et pendant la durée du paiement des prestations prévues aux Article 11 et Article 12 du présent Contrat.

Dès l'arrêt de travail garanti et pendant toute la durée du paiement des prestations prévues aux Article 11 et Article 12 de la présente convention, les garanties souscrites en cas de décès de l'adhérent sont maintenues sur la base des garanties déterminée à la date de l'arrêt de travail, y compris en cas de sortie de l'effectif assurable ou de résiliation de la convention si l'arrêt de travail est survenu antérieurement.

Le maintien des garanties n'est pas accordé si les prestations prévues aux Article 11 et Article 12 du présent Contrat ne sont pas dues. Il cesse lorsqu'elles sont supprimées ou suspendues.

Cette garantie est obligatoire.

Les exclusions sont précisées à l'Article 6.

Article 16 – PRESCRIPTION BIENNALE

Selon les termes des articles L.221-11 et L.221-12 du Code de la Mutualité, toute action dérivant du présent contrat est prescrite par deux ans, à compter de l'évènement qui y donne naissance, sauf pour la garantie décès où elle est portée à 10 ans.

Toutefois ce délai de prescription ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque encouru, que du jour où l'Assureur en a eu connaissance,
- en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque là.

Article 17 – RENONCIATION

Conformément à l'Article L.223-8 du Code de la Mutualité, l'adhérent peut renoncer à son adhésion pendant les 30 jours qui suivent la date du premier versement.

Pour ce faire, il doit envoyer au siège social de l'Assureur MICOM, 24 boulevard de Courcelles 75017 Paris, ou du gestionnaire délégué une lettre recommandée avec avis de réception selon le modèle proposé ci-dessous.

Modèle : « Je soussigné(e) (nom et prénom), né(e) le, demeurant, déclare renoncer expressément à la souscription du contrat d'assurance pour lequel j'ai versé € en date du entre les mains de M....., et demande le remboursement des sommes versées.

Fait à, le et signature ».

Les sommes versées à l'adhésion sont alors intégralement restituées dans un délai de 30 jours à compter de la réception de cette lettre.

Article 18 - ARBITRAGE

Le contrat étant fait et souscrit de bonne foi, le Souscripteur et l'Assureur s'engagent en cas de difficultés quant à son application, à ne recourir à un arbitrage qu'après avoir tenté de se concilier à l'amiable.

Tout différend qui ne pourra être résolu à l'amiable sera soumis à la décision de trois arbitres. Chaque partie nommera son arbitre qui devra être choisi parmi les membres ou les anciens membres de Direction de Compagnies d'Assurances ou de Réassurance. Ces deux arbitres nommeront le tiers arbitre.

Faute par l'une ou l'autre des parties de nommer son arbitre dans un délai de deux mois suivant la première notification du différend par la partie la plus diligente ou par les deux arbitres de s'entendre sur le choix d'un tiers dans un même délai, il y sera pourvu par le Président du Tribunal de Grande Instance de Paris à la requête de la partie la plus diligente.

L'arbitrage aura lieu à Paris. Les arbitres rendront leur sentence selon l'équité et l'usage plutôt que d'après le droit strict. Ils seront dispensés de toute formalité judiciaire et jugeront comme amiables compositeurs.

Les parties s'engagent à se conformer à leur jugement, la sentence étant en dernier ressort et renonçant formellement à toutes voies de recours, en particulier, à la voie d'appel, à la requête civile comme aussi à l'opposition en nullité.

Les frais d'arbitrage seront acquittés par parts égales entre les Parties.

Article 19 - INFORMATIQUE ET LIBERTE

Pour la constitution de leurs fichiers, chacune des Parties s'engage à respecter les dispositions de la loi du 6 janvier 1978 « informatique et libertés » et déclare qu'elle a dûment procédé à la déclaration de traitement auprès de la CNIL.

Conformément à la loi, l'Adhérent, ses enfants à charge, son conjoint et ses bénéficiaires disposent d'un droit d'accès et, le cas échéant, de rectification de toutes les informations les concernant figurant sur les fichiers de l'Assureur en s'adressant par écrit au siège social de MICOM ou du Souscripteur.

Les informations recueillies sont indispensables pour l'enregistrement et la gestion des adhésions. A cet égard, elle sont transmises à la société TELERGOS chargée de la gestion du présent contrat, et à la société ADOHA intervenant en qualité de courtier.

ANNEXE « Barème S »

I – TETE

Taux d'invalidité

- Hémiplegie complète	100%
- Brèche osseuse du crâne dans toute son épaisseur, surface supérieure à 12 cm ²	50%
- Aliénation mentale incurable et totale	100%
- Epilepsie post-traumatique	
• 1 crise par jour	50%
• 1 à 2 crises par mois	25%
- Perte complète des yeux ou réduction de la vision des 2 yeux à moins de 1/20 ^{ème}	100%
- Perte totale d'un œil ou réduction de la vision d'un œil à moins de 1/20 ^{ème}	75%
- Réduction de l'acuité visuelle d'un œil à :	
• 1/20 ^{ème}	60%
• 1/10 ^{ème}	50%
• 2/10 ^{ème}	35%
• 3/10 ^{ème}	25%
• 4/10 ^{ème}	18%
• 5/10 ^{ème}	10%

En cas de séquelles d'accident aux 2 yeux, le taux d'incapacité est calculé d'après ceux indiqués ci-dessus : il est égal au taux d'incapacité de l'œil dont l'acuité visuelle est la plus réduite, majoré de 2 fois celui de l'autre œil. Il est bien entendu que l'acuité visuelle sera toujours prise avec correction optimale

- Surdité totale bilatérale non appareillable	100%
- Surdité totale unilatérale non appareillable	55%
- Syndromes post-commotionnels suivant l'importance des troubles subjectifs	2 à 5 %
- Torticolis post-traumatique permanent	4%

II – INCAPACITES PORTANT SUR DEUX MEMBRES

- Perte complète de l'usage des deux bras ou des deux mains	100%
- Perte complète de l'usage des deux jambes	100%
- Perte complète de l'usage d'un bras (ou d'une main) et d'une jambe	100%

III – MEMBRES SUPERIEURS

- Perte complète du bras	100%
- Perte complète de l'avant-bras (désarticulation du coude)	100%
- Perte complète du mouvement de l'épaule	100%
- Perte complète des mouvements du poignet	100%
- Perte complète de la main (désarticulation radiocarpienne)	100%
- Perte complète du pouce	100%
- Perte complète de l'index	100%
- Perte complète du médus	100%
- Perte complète de l'annulaire	50%
- Perte complète de l'auriculaire	50%
- Ankylose complète du coude (en position favorable, c'est à dire telle que le bras forme avec l'avant bras un angle fixe compris entre 70° et 110°)	50%
- Ankylose complète du coude (en position défavorable c'est-à-dire telle que le bras forme avec l'avant bras un angle fixe compris en dehors des limites précitées)	100%
- Ankylose du pouce, totale	100%
- Ankylose du pouce, partielle (phalange unguéale)	60%
- Paralyse totale du membre supérieur	100%
- Paralyse du nerf circonflexe	100%
- Paralyse totale du nerf médian au bras	100%
- Paralyse totale du nerf médian au poignet	50%
- Paralyse totale du nerf cubital au bras	100%
- Paralyse totale du nerf cubital au poignet	40%
- Paralyse totale du nerf radial (paralyse des extenseurs)	100%

IV – MEMBRES INFÉRIEURS

- Perte complète d'un membre inférieur (amputation au tiers supérieur ou au dessus)	100%
- Amputation de la jambe	75%
- Perte totale des mouvements de la hanche	100%
- Désarticulation du genou	55%
- Amputation sus-malléolaire d'un pied	45%
- Désarticulation tibia tarsienne	40%
- Amputation partielle d'un pied, comprenant tous les orteils et métatarsiens	35%
- Raccourcissement d'un membre de 7 cm	40%

- Raccourcissement d'un membre de 5 cm	30%
- Raccourcissement d'un membre de 3 cm	20%
- Perte complète du gros orteil	20%
- Perte complète de tous les orteils	35%
- Ankylose complète du genou (en rectitude ou format avec l'axe du membre un angle maximum de 45°)	25%
- Ankylose complète du genou (en position défavorable c'est-à-dire formant avec l'axe du membre un angle supérieur à 45°)	50%
- Ankylose complète de l'articulation tibia-tarsienne	20%
- Paralyse du tronc du nerf sciatique	40%
- Paralyse du nerf sciatique poplitée externe	25%
- Paralyse du nerf sciatique poplitée interne	20%

V – RACHIS THORAX

- Paraplégie complète	100%
- Tétraplégie complète	100%
- Fracture de la colonne vertébrale cervicale (sans lésion de la moelle épinière)	30%
- Fracture de la colonne vertébrale dorsale ou lombaire avec contracture et gêne importante (sans lésion de la moelle épinière)	50%
- Tassement radiologique simple avec gêne moyenne	30%
- Lumbago post-traumatique	10%
- Fracture de la clavicule avec séquelles nettes :	
• Droite	10%
• Gauche	5%
- Fractures multiples des cotes avec séquelles importantes	5%

CONDITIONS D'APPLICATION DU BAREME

1 - Nous déterminons le taux d'invalidité correspondant aux infirmités qui ne figurent pas ci-dessus, en comparant leur gravité à celle des cas prévus, sans que l'activité professionnelle de la victime puisse intervenir.

2 - Le taux définitif après un accident qui atteindrait un membre ou un organe déjà lésé, sera égal à la différence entre le taux déterminé à partir du barème ci-dessus, et de ses conditions d'application et le taux antérieur à l'accident.

3 - Si l'accident entraîne plusieurs infirmités, le taux d'invalidité utilisé pour le calcul de la somme que nous verserons sera calculé en appliquant aux taux du barème ci-dessus, la méthode retenue par la Sécurité Sociale pour la détermination du taux d'invalidité en cas d'accident du travail.

4 - L'invalidité fonctionnelle totale ou partielle d'un membre ou organe est assimilée à sa perte totale ou partielle.

5 - L'application du barème ci-dessus, suppose que la victime ait suivi un traitement médical normal.

S'il en était autrement, le taux serait déterminé compte tenu des conséquences qu'aurait eu l'accident sur une personne ayant suivi un traitement médical normal.

FIN