

Médiprat

CONTRAT GROUPE N°229

Souscrit auprès de Predica
et de la Médicale de France
par La Médicale Vie-Prévoyance
(Association loi 1901)

NOTICE D'INFORMATION



Sommaire

LES DISPOSITIONS COMMUNES À L'ENSEMBLE DES GARANTIES DES CONTRATS GROUPE N°229 NON MADELIN (PR) ET N°229 MADELIN (M) 5

Les préliminaires.....	6
Cadre juridique.....	6
Définitions.....	6
La portée des garanties.....	7
Où s'exercent nos garanties ?.....	7
Ce que nous ne garantissons en aucun cas.....	7
L'adhésion	8
Comment pouvez-vous adhérer ?	8
Quand votre adhésion prend-elle effet ?.....	8
Comment est fixée la cotisation ?.....	9
Quand et comment pouvez-vous modifier vos garanties ?.....	9
Quand et comment sont désignés les bénéficiaires en cas de décès ?.....	9
Comment votre adhésion peut-elle être résiliée ?.....	9
Quand les garanties expirent-elles ?.....	10
Quelle garantie proposer en cas de maintien de l'activité professionnelle au-delà de 67 ans ?.....	10
Les obligations en cours d'adhésion.....	10
Que devez-vous déclarer ?	10
Quand et comment régler vos cotisations ?	10
Comment sont revalorisées les garanties et les cotisations ?.....	10
Que faire en cas de sinistre ?.....	11
Que faire en cas de litige entre nous ?	11
Les dispositions diverses	12
Protection des données personnelles.....	12
Réclamation et médiation.....	12
Prescription.....	13
Archivage.....	13
Réglementation internationale.....	13

LIVRET 1 : LES GARANTIES DU CONTRAT GROUPE N°229 NON MADELIN (PR) 15

Le Plan maladie-accident	16
Incapacité temporaire.....	16
Invalidité professionnelle permanente.....	18
Exonération des cotisations	19
Perte de profession / Reconversion.....	19
Décès et Perte totale et irréversible d'autonomie.....	19
Le Plan accident.....	21
Infirmité permanente par accident.....	21
Assistance - Aide en cas d'accident	25
Décès par accident.....	25
Les garanties familiales.....	26
Rente de conjoint	26
Rente éducation.....	26
Allocation enfant immobilisé temporairement.....	26

LIVRET 2 : LES GARANTIES DU CONTRAT GROUPE N°229 MADELIN (M)

27

La loi n° 94-126 du 11 février 1994, dite « loi Madelin »	28
Dispositions relatives à la loi Madelin.....	28
Fiscalité.....	28
Les garanties éligibles à la loi Madelin : le Plan maladie-accident.....	29
Incapacité temporaire.....	29
Invalidité professionnelle permanente.....	31
Exonération des cotisations	32
Les garanties éligibles à la loi Madelin : les garanties familiales	33
Rente de conjoint	33
Rente éducation	33

Les dispositions communes à l'ensemble des garanties des contrats groupe n° 229 non Madelin (PR) et n° 229 Madelin (M)

Les préliminaires — **6**

La portée des garanties — **7**

L'adhésion — **8**

Les obligations en cours d'adhésion — **10**

Les dispositions diverses — **12**

Les préliminaires

CADRE JURIDIQUE

Le contrat « Médiprat » n° 229 est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative, souscrit par l'association La Médicale Vie-Prévoyance (Association loi 1901) et la Fédération des syndicats dentaires libéraux auprès de Predica, et de La Médicale de France, régi par le Code des assurances, relevant des branches 20 « Vie-Décès », 1 « Accident » et 2 « Maladie ».

→ Assuré

L'assuré est la personne physique spécifiée dans les Conditions particulières, membre des professions médicales ou paramédicales. Il intervient en tant qu'adhérent à l'association La Médicale Vie-Prévoyance et signe la demande d'adhésion.

→ Assureurs

- Predica, compagnie d'assurance de personnes, filiale de Crédit Agricole Assurances, pour les garanties Décès et Perte totale et irréversible d'autonomie.
- La Médicale de France, compagnie d'assurance de dommages, pour les professionnels de la santé, filiale de Crédit Agricole Assurances, pour les garanties Incapacité de travail, Invalidité permanente et Infirmité.

Ces compagnies ont leur siège social sis 50-56, rue de la Procession - 75015 Paris.

Elles sont contrôlées par l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 61, rue Taitbout - 75009 Paris.

La Médicale de France est en charge de la relation avec les assurés.

→ Souscripteurs

- La Médicale Vie-Prévoyance, association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, dont le siège social est sis 50-56, rue de la Procession - 75015 Paris. L'association a pour objet de proposer à ses adhérents - membres du corps de santé, auxiliaires du corps de santé - et plus généralement à toute personne concernée par les questions relatives à la santé, la retraite, la prévoyance et l'épargne d'adhérer à des contrats collectifs d'assurance répondant à ces besoins. L'adhérent peut consulter les statuts de l'association sur le site Internet de La Médicale Vie-Prévoyance : www.medicalevieprevoyance.asso.fr. Les ressources de l'association sont constituées d'un prélèvement forfaitaire sur chaque nouvelle adhésion, dont le montant est décidé chaque année par le conseil d'administration.
- La Fédération des syndicats dentaires libéraux - 20, rue de la Marne - 94140 Alfortville en tant qu'organisme représentatif de la profession.

→ Fonctionnement du contrat groupe

Prise d'effet du contrat groupe

Le contrat groupe n° 229 a pris effet le 1^{er} janvier 1994. Il a été modifié depuis par avenant. Il se renouvelle par tacite reconduction le 1^{er} janvier de chaque année.

En application d'un mandat spécial annuellement reconductible, pour une durée équivalente à celle du contrat groupe dont il suit le régime, La Médicale de France est chargée par les souscripteurs, de la gestion générale du contrat groupe, de l'information individuelle des assurés, notamment sur l'évolution des dispositions contractuelles.

Modification du contrat groupe

En application de l'article L.141-4 du Code des assurances, le contrat peut être modifié par accord entre les souscripteurs et les assureurs, formalisé par avenant.

Pour La Médicale Vie-Prévoyance, toute modification relève de la compétence de l'assemblée générale ou sur délégation du conseil d'administration. L'assuré est informé de ces modifications 3 mois au minimum avant la date prévue de leur entrée en vigueur. Les modifications contractuelles sont réputées acquises par l'engagement signé de l'ensemble des souscripteurs et assureurs.

L'adhérent a un droit à résiliation en vertu de ces modifications dans un délai de 30 jours suivant la date de réception du courrier d'information.

Résiliation du contrat groupe

Les assureurs et souscripteurs représentatifs peuvent demander la résiliation du contrat groupe, avec un préavis de 2 mois avant son échéance principale, sous la forme d'une lettre recommandée, aux autres parties au contrat groupe.

En cas de dénonciation du contrat par un souscripteur, de sa dissolution ou de sa cessation d'activité, le contrat groupe poursuit ses effets entre les parties subsistantes.

En cas de résiliation du contrat groupe, les assureurs s'engagent à proposer individuellement à chaque assuré le maintien des garanties liées à son adhésion jusqu'à l'extinction de toutes ses garanties, dans la mesure où il a adhéré avant la date de résiliation du contrat.

DÉFINITIONS

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine et imprévisible d'une cause extérieure. Sont ainsi considérées comme accidents, les lésions corporelles consécutives à l'absorption d'une substance vénéneuse ou corrosive, à l'inhalation de gaz ou de vapeurs, à la piraterie aérienne, aux détournements d'avions, aux tentatives de sauvetage de biens ou de personnes, aux agressions, prises d'otage, hold-up et aux attentats contre la personne assurée.

Arrérages : sommes versées par trimestre échu en exécution d'une garantie rente.

Bénéficiaire : toute(s) personne(s) désignée(s) par l'assuré sur la demande d'adhésion ou dans une déclaration ultérieure faite par écrit à l'assureur, pour recevoir les capitaux ou les rentes prévus en cas de décès.

Chronicité : consolidation médico-légale suite à une maladie.

Conjoint collaborateur : on entend par conjoint collaborateur, le conjoint marié, le concubin ou le partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité répondant simultanément aux deux critères suivants :

- il collabore effectivement à l'activité libérale de l'assuré en remplissant l'une des missions suivantes : assistance, secrétariat ou comptabilité ;
- il n'exerce aucune autre activité professionnelle ou exerce une activité salariée à temps partiel, au maximum à mi-temps, extérieure à l'activité médicale de son conjoint libéral.

Consolidation : au sens médico-légal, date à partir de laquelle la maladie et/ou les séquelles d'un traumatisme sont fixées et prennent un caractère permanent tel qu'un traitement n'est plus nécessaire si ce n'est pour éviter une aggravation.

Déchéance : perte pour l'assuré de son droit à indemnisation à la suite d'un sinistre déterminé, le contrat d'assurance continuant à conserver ses effets pour l'avenir.

La déchéance peut sanctionner le non-respect de certaines obligations de l'assuré après sinistre (exemple : délai de déclaration de sinistre...).

Ne pas confondre « déchéance » avec « exclusion du risque » : événement qui, par convention, est resté dès l'origine en dehors des limites de la garantie (exemple : exclusion des risques de guerre).

Délai d'attente : tout fait générateur survenu pendant ce délai n'offre droit à aucune prestation au titre de ce contrat. Le délai d'attente s'applique par ailleurs sur le différentiel de garantie à l'occasion d'une augmentation de garantie en cours de contrat.

Établissement hospitalier : tout hôpital public ou privé, à l'exclusion des maisons de repos, de cures, de convalescence, centres climatiques, établissements thermaux ou de thalassothérapie.

Exercice de la profession : on entend par exercice de la profession, toute activité professionnelle rémunérée en relation avec le diplôme de l'assuré (quel que soit son statut professionnel ou son mode d'exercice).

Franchise : période d'incapacité de travail pendant laquelle l'assureur ne verse aucune indemnité.

Hospitalisation : séjour dans un établissement hospitalier à la suite d'un accident ou d'une maladie. Est assimilée à une hospitalisation en établissement

hospitalier, l'hospitalisation à domicile si elle intervient à la suite d'un séjour en établissement hospitalier sur prescription médicale du médecin hospitalier ou du médecin traitant dans le cadre d'un établissement d'hospitalisation à domicile. Ne sont pas considérés comme une hospitalisation à domicile, tout séjour en maisons de repos, centres ou maisons de convalescence, établissements thermaux, centres de rééducation professionnelle, hospices et maisons de retraite.

Incapacité de travail : impossibilité temporaire d'exercer tout ou partie de l'activité professionnelle déclarée, médicalement justifiée, à la suite d'un accident ou d'une maladie.

Infirmité permanente : état de l'assuré après consolidation de blessures consécutives à un accident.

Invalidité professionnelle permanente : état de l'assuré dès chronicité d'une maladie ou consolidation des lésions consécutives à un accident.

Maladie : toute altération de santé constatée par une autorité médicale. Sont notamment considérés comme maladies : les intoxications alimentaires, hernies, lombagos, ruptures musculaires, douleurs lombaires, sciatiques et rhumatismes.

Les insolation, congélations et congestions sont considérées comme des maladies, sauf si elles sont consécutives à un accident garanti.

Maladie ou accident intercurrent : autre maladie ou accident investigué, constaté ou diagnostiqué médicalement pendant un arrêt de travail en cours.

Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA) : état de l'assuré qui, à la suite d'un accident ou d'une maladie survenus après son entrée dans l'assurance, est définitivement incapable d'exercer une activité lui procurant gain ou profit et se trouve dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie (se nourrir, se laver, s'habiller, se déplacer).

Praticien hospitalier : personne exerçant une activité médicale dans un établissement hospitalier public.

Prestation : ensemble des indemnités qui sont versées à l'assuré ou au bénéficiaire désigné en cas de réalisation d'un événement garanti.

Profession médicale : activité de soins aux personnes et aux animaux accessible par l'obtention d'un diplôme d'État délivré par une UER ou toute autre école relevant du ministère de la santé ou de l'agriculture.

Taux d'infirmité ou taux d'invalidité : pourcentage qui mesure les séquelles d'un accident ou d'une maladie.

La portée des garanties

OÙ S'EXERCENT NOS GARANTIES ?

Dans le monde entier avec les seules réserves suivantes :

- vos séjours en dehors de la France métropolitaine, de la Guadeloupe, de la Martinique, de la Réunion, de la Guyane ou de la principauté de Monaco, ne doivent pas dépasser, par année civile, 3 mois en une ou plusieurs périodes ;
- la reconnaissance d'une invalidité ou d'une infirmité permanente ne peut avoir lieu qu'après votre retour en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Martinique, à la Réunion, en Guyane ou en principauté de Monaco ;
- nous considérons comme point de départ de votre arrêt de travail, le jour de votre retour en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Martinique, à la Réunion, en Guyane ou en principauté de Monaco, sauf en cas d'hospitalisation, sous réserve de la vérification du bien-fondé de celle-ci, et de la production des justificatifs.

Le paiement des prestations est effectué en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Martinique, à la Réunion, en Guyane ou en principauté de Monaco à condition de disposer d'un compte bancaire français.

CE QUE NOUS NE GARANTISSONS EN AUCUN CAS

En ce qui concerne les garanties autres que la Rente éducation, la Rente de conjoint et Décès/Perte totale et irréversible d'autonomie, les événements suivants :

- les suites d'un événement causé ou provoqué intentionnellement par vous ;
- le suicide ou une tentative de suicide ;
- toute pathologie dont les causes trouvent leur source dans une addiction à l'alcool et/ou à des substances prohibées, ainsi que tout accident, dont vous êtes victime en tant que conducteur d'un véhicule terrestre à moteur, survenu avec un taux d'alcoolémie supérieur au taux légal en vigueur au jour de l'accident ;
- les suites, conséquences et récurrences d'affection, de maladie ou d'accident, préalablement constaté(e) à votre entrée dans l'assurance, et dont l'exclusion vous a été notifiée au moment de l'adhésion ou de l'augmentation des garanties ;
- les interventions ayant pour but de remédier à des malformations congénitales, les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication, les cures thermales ou de thalassothérapie, les traitements esthétiques et leurs conséquences ;
- la grossesse et l'accouchement, sous réserve des modalités prévues pour les garanties Incapacité temporaire définies dans les

dispositions particulières prévues pages 17 et 30 de la présente Notice d'Information ;

- la pratique de tout sport à titre professionnel ;
- la pratique du parapente ;
- la participation en tant que concurrent à des compétitions comportant l'utilisation d'un engin quelconque à moteur (véhicule ou embarcation) ainsi que ses essais ;
- la participation à des paris, tentatives de record ;
- les conséquences :
 - des guerres civiles ou étrangères, rixes et insurrections sauf en cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel,
 - résultant d'actes de terrorisme ou d'attentats dans lesquels l'assuré a pris une part active ;
- les conséquences des dommages causés par des armes ou engins destinés à exploser par modification de structure du noyau de l'atome ; des rayonnements ionisants émis de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs et ayant contaminé les alentours de la source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en déplacement) à tel point que, dans un rayon de plus d'un kilomètre, la dose absorbée mesurée au sol 24 heures après l'émission dépasse 0,01 gray (ou 1 rad) par heure ;
- les conséquences des dommages causés par toute sorte de rayonnements ionisants, sauf dans le cadre de l'activité professionnelle, à la condition que les installations répondent à la réglementation en vigueur et soient utilisées selon les règles de l'art.

En ce qui concerne les garanties Rente éducation, Rente de conjoint et Décès/Perte totale et irréversible d'autonomie, les événements suivants :

- le suicide, la tentative de suicide en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie, au cours de la première année suivant l'admission aux garanties ; en cas d'augmentation des garanties, ce délai d'un an s'applique également à l'augmentation ;
- l'invalidité survenant d'un fait intentionnel de votre part ou du fait d'un état antérieur préalablement constaté à votre entrée dans l'assurance ;
- les conséquences des guerres étrangères sauf en cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger ou d'accomplissement du devoir professionnel.

En ce qui concerne l'ensemble des garanties, les événements suivants :

- le saut à l'élastique ;
- pour la navigation aérienne : les accidents, si l'appareil n'est pas

pourvu d'un certificat valable de navigabilité ou si le pilote ne possède pas un brevet ou une licence valide sauf s'il s'agit d'un vol d'apprentissage, les compétitions, démonstrations acrobatiques et voltiges libres, records, tentatives de records, vols d'essai, vols sur

prototype, la pratique du deltaplane, des aérodynes ultra-légers motorisés (ULM).

Certaines pratiques sportives exclues sont rachetables à la demande de l'assuré après étude préalable et acceptation par l'assureur.

L'adhésion

Le contrat « Médiprat » a pour objet de garantir les risques de décès, d'incapacité, d'invalidité et d'infirmité. Les garanties que vous avez demandées sont mentionnées sur la demande d'adhésion.

COMMENT POUVEZ-VOUS ADHÉRER ?

Pour être admis à l'assurance, vous devez :

- être titulaire d'un diplôme doctoral de chirurgie dentaire et exercer une activité professionnelle en relation avec ce diplôme ;

et

- être âgé au plus :
 - de 70 ans pour la garantie Décès (y compris le doublement et triplement), Décès par accident, Rente éducation et Rente de conjoint ;
 - de 64 ans pour la garantie Perte totale et irréversible d'autonomie ;
 - de 60 ans pour toutes les autres garanties.

Pour bénéficier des garanties

- Remplacement du conjoint collaborateur : votre conjoint doit être âgé de moins de 55 ans.

Par extension, le conjoint d'une personne exerçant une profession libérale de santé peut souscrire les garanties Décès/PTIA, Décès par accident, Rente éducation ou Rente de conjoint, s'il est âgé de moins de 65 ans.

- Allocation enfant immobilisé temporairement : votre enfant doit être âgé de moins de 16 ans.

L'âge est calculé par différence de millésime entre l'année d'assurance et l'année de naissance.

Si vous êtes atteint d'une maladie ou d'une infirmité à caractère évolutif, ou si vous avez été victime d'un accident dont les suites ne sont pas consolidées, vous ne pouvez adhérer au présent contrat que 3 mois après la preuve de votre guérison complète.

Vous devez être à jour de vos cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie, en vertu de l'article L.652-4 du Code de la Sécurité sociale : « Est entachée d'une nullité d'ordre public toute clause ou convention conclue par toute personne légalement tenue de cotiser à un régime d'assurance obligatoire institué par le présent livre et garantissant les risques couverts à titre obligatoire par lesdits régimes, lorsque cette personne n'est pas à jour des cotisations dues à ce titre au moment de la conclusion ou du renouvellement du contrat. Un décret en Conseil d'État précise les peines encourues par toute personne physique proposant ou faisant souscrire, et tout assuré souscrivant une telle clause ou convention. Les personnes condamnées pour avoir fait souscrire des clauses ou conventions entachées d'une nullité d'ordre public sont tenues solidairement responsables des cotisations obligatoires d'assurance maladie et d'assurance vieillesse qui auraient dû être versées par l'assuré depuis la date de souscription desdites clauses ou convention. »

Ce paragraphe ne s'applique pas aux résidents de la principauté de Monaco. Ceux-ci doivent cotiser au régime obligatoire de la Caisse d'Assurance Maladie des Travailleurs Indépendants (CAMTI).

En cas de souscription de la garantie Remplacement du conjoint collaborateur, vous devez justifier :

- à l'adhésion et à chaque renouvellement de celle-ci, si votre conjoint bénéficie du statut de conjoint collaborateur, être à jour du paiement des cotisations dues pour son compte au titre du régime obligatoire d'assurance vieillesse.
- à l'adhésion, si votre conjoint ne bénéficie pas du statut de conjoint collaborateur, de l'importance de son rôle dans l'exercice de votre activité médicale par la signature d'une attestation sur l'honneur.

Vous devez remplir une demande d'adhésion, fournie par nous, sur laquelle vous indiquez les garanties que vous avez choisies parmi les différentes

options qui vous sont proposées.

Le montant des garanties doit toujours rester en rapport avec le montant de vos revenus professionnels déclarés à l'administration fiscale, l'assurance ne pouvant constituer une source d'enrichissement.

Vous devez nous déclarer, si vous avez en cours un ou des contrat(s) couvrant les mêmes risques, le montant des capitaux assurés et le nom de l'assureur.

Vous devez répondre à un questionnaire médical et déclarer tous les éléments d'appréciation du risque connus de vous. Il en est de même pour votre conjoint en cas de souscription de la garantie Remplacement du conjoint collaborateur. Un questionnaire spécifique est à remplir pour tout enfant concerné par la garantie Enfant immobilisé temporairement.

Dans tous les cas, nous nous réservons la faculté de refuser ou de subordonner la garantie à :

- un complément d'information ;
- un examen de santé, à nos frais, que nous jugerons nécessaire ;
- des modalités particulières.

Cas particulier des assurés frontaliers :

Les assurés frontaliers résidant en France métropolitaine et exerçant une activité libérale ou salariée dans l'un des pays limitrophes peuvent souscrire les garanties proposées dans le présent contrat.

En cas d'exercice libéral en France et dans un des pays limitrophes, un contrat ne peut être souscrit dans le cadre de la loi Madelin qu'au titre de la seule activité exercée en France. Par voie de conséquence, l'intégralité des prestations servies sous forme de revenus de remplacement est imposable en France.

L'assuré frontalier doit avoir une domiciliation bancaire en France pendant toute la durée de son adhésion. Les prestations et les cotisations sont libellées et réglées en euros. Les justificatifs demandés en cas de sinistre doivent être rédigés ou traduits en français.

Toute réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte faite par vous, de nature à modifier notre appréciation des risques, annule l'assurance ou réduit la prestation, conformément aux articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances tels que mentionnés à la page 34 de la Notice d'information.

QUAND VOTRE ADHÉSION PREND-ELLE EFFET ?

Votre adhésion prend effet dès notre acceptation de votre admission à l'assurance concrétisée par la délivrance de Conditions particulières et le paiement de la cotisation correspondant aux garanties choisies et, au plus tôt, à la date d'effet mentionnée sur la demande d'adhésion.

Toutefois, nous accordons la couverture du risque « accident » à compter du lendemain 0 heure de la réception par nous, ou notre représentant, de votre demande d'adhésion accompagnée du paiement de la première cotisation.

Cette garantie provisoire, accordée pendant la période d'acceptation du dossier médical, cesse :

- en cas d'acceptation,
- en cas de refus,
- et en tout état de cause au plus tard :
 - soit 4 mois après la date de signature de la demande d'adhésion,
 - soit 1 mois après la date de signature de la demande d'adhésion, si l'assureur n'a pas obtenu les pièces médicales et financières nécessaires à l'examen de votre dossier dans ce délai.

Vous recevrez des Conditions particulières confirmant votre adhésion au présent contrat et précisant les garanties choisies.

Lorsque vous êtes admis à l'assurance, votre adhésion ne pourra cesser ses effets, contre votre gré, tant que vous remplirez les conditions pour être assurable et que vous réglerez vos cotisations.

COMMENT EST FIXÉE LA COTISATION ?

La cotisation est annuelle et fixée chaque année en fonction de votre profession, de votre âge atteint au moment de l'échéance, de votre ancienneté en tant qu'adhérent, des garanties que vous avez choisies à l'adhésion et du rapport entre leurs montants respectifs.

L'assureur se réserve le droit de modifier la cotisation en fonction de l'évolution démographique du groupe assuré et/ou des résultats techniques du contrat. L'assuré en est informé 3 mois avant son échéance principale.

Par ailleurs, la cotisation est susceptible d'être modifiée de plein droit suite à des dispositions législatives ou réglementaires.

Dans le cadre de garanties importantes nécessitant l'examen par la réassurance, l'assureur peut appliquer une surprime pour la pratique des sports suivants :

- alpinisme / escalade,
- aviation,
- compétition automobile et de moto,
- deltaplane / parapente,
- équitation / hippisme,
- parachutisme,
- plongée sub-aquatique,
- yachting et voilier,
- tout autre sport pouvant être qualifié de sport à risque.

Les cotisations sont payables globalement et d'avance le 1^{er} janvier de chaque année. Toutefois, elles peuvent être payées, sur votre demande et avec notre accord, par fractions semestrielles, trimestrielles ou mensuelles.

La cotisation pour la première période d'assurance est décomptée par douzièmes au prorata du temps à courir entre la date d'admission aux garanties et le 31 décembre de l'année en cours.

QUAND ET COMMENT POUVEZ-VOUS MODIFIER VOS GARANTIES ?

Vous pouvez modifier vos garanties à tout moment sauf s'il s'agit d'une diminution de garanties. Celle-ci ne peut avoir lieu qu'au 1^{er} janvier de l'année qui suit la demande. En cas de modification en augmentation, vous devez accomplir à nouveau l'ensemble des formalités prévues en cas d'adhésion. Nous nous réservons la faculté de donner ou non notre accord aux modifications demandées.

Nous vous rappelons que le montant des garanties doit toujours rester en rapport avec le montant de vos revenus professionnels déclarés à l'administration fiscale, l'assurance ne pouvant constituer une source d'enrichissement.

QUAND ET COMMENT SONT DÉSIGNÉS LES BÉNÉFICIAIRES EN CAS DE DÉCÈS ?

À l'adhésion vous désignez votre (vos) bénéficiaire(s) en cas de décès dans la demande d'adhésion. Vous pouvez modifier cette désignation à tout moment par lettre simple datée et signée. Elle fera l'objet d'un avenant à l'adhésion.

La désignation de bénéficiaire(s) peut également être effectuée par acte authentique. La clause bénéficiaire de l'adhésion doit alors renvoyer à l'acte authentique et aux coordonnées du notaire.

Lorsque vous désignez un bénéficiaire par son nom, vous devez indiquer ses coordonnées afin qu'après le dénouement de l'adhésion par décès, La Médicale de France puisse l'informer de la désignation effectuée à son profit. Vous êtes invité à modifier votre clause bénéficiaire lorsque celle-ci n'est plus appropriée.

Nous attirons votre attention sur le fait que la désignation devient irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire. Pour produire ses effets, l'acceptation requiert votre accord écrit. Nous vous conseillons de ne pas donner votre

accord à l'acceptation du bénéfice de l'adhésion par le bénéficiaire. En effet, vous ne pourriez pas modifier ou résilier votre adhésion. Si vous veniez néanmoins à donner votre accord, l'acceptation peut être matérialisée par un avenant signé par La Médicale de France, vous-même et le bénéficiaire. Elle peut également être faite par acte authentique ou sous seing privé, signé de vous-même et du bénéficiaire mais n'aura d'effet que si elle est notifiée par écrit à La Médicale de France.

Lorsque la désignation de bénéficiaire(s) est faite à titre gratuit, l'acceptation ne peut intervenir qu'à l'expiration d'un délai de 30 jours à compter de la date de signature de la demande d'adhésion.

COMMENT VOTRE ADHÉSION PEUT-ELLE ÊTRE RÉSILIÉE ?

- De votre fait
 - à l'échéance principale de votre contrat lorsque vous demandez la résiliation de l'adhésion, par lettre recommandée ou envoi en recommandé électronique, adressée à notre siège avec un préavis de 2 mois, soit le 31 octobre au plus tard ;
 - lorsque vous exercez votre droit de résiliation conformément à l'article L.132-5-1 du Code des assurances : l'assuré peut renoncer à son adhésion pendant un délai de 30 jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé de son adhésion au contrat. La renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception adressée à La Médicale de France - Service Assurances Risques Personnes - 3, rue Saint-Vincent-de-Paul - 75499 Paris Cedex 10, établie selon le modèle ci-après. L'exercice du droit à renonciation entraîne la résiliation du contrat à compter de la date de réception de la lettre recommandée.

La renonciation entraîne la restitution par La Médicale de France de l'intégralité des sommes versées par le contractant, dans le délai maximal de 30 jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée.

Toutefois, si un sinistre survient pendant le délai de renonciation et alors même que l'assuré a exercé son droit à renonciation, l'intégralité de la cotisation resterait due à La Médicale de France qui versera la prestation dans les conditions définies par la présente Notice d'Information et sous réserve que l'adhésion ait pris effet. La résiliation met fin à toutes les garanties du contrat.

Modèle de lettre de renonciation

« N° adhésion

Monsieur le Directeur,

Par la présente lettre recommandée avec avis de réception, je renonce à l'adhésion au contrat « Médiprat 229 » que j'ai signé le... /... /... . Je suis tenu au paiement de la fraction de cotisation correspondant à la période de garantie comprise entre la date d'effet de l'adhésion et sa résiliation. Je demande le remboursement du solde de la cotisation versée dans un délai de 30 jours calendaires à compter de la date de réception de la présente.

Fait à, le..... ». Signature

Pour rappel, en application de l'article L.112-9 alinéa 1 du Code des assurances, « toute personne qui fait l'objet d'un démarchage à son domicile, à sa résidence ou à son lieu de travail, même à sa demande, et qui signe dans ce cadre une proposition d'assurance ou un contrat à des fins qui n'entrent pas dans le cadre de son activité professionnelle, à la faculté d'y renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, pendant le délai de 14 jours calendaires révolus à compter du jour de la conclusion du contrat, sans avoir à justifier de motifs ni à supporter de pénalités ».

Ce délai est inclus dans le délai de renonciation de 30 jours indiqué ci-dessus.

- De notre fait, si vous ne réglez pas vos cotisations
 - À défaut de paiement d'une cotisation (ou d'une fraction de cotisation) dans les 10 jours de son échéance, nous pouvons, indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, suspendre la garantie 30 jours après l'envoi d'une lettre recommandée valant mise en demeure adressée à votre dernier domicile connu, ou sa remise à vous-même si vous êtes domicilié hors de la France métropolitaine.
 - Nous pouvons résilier l'adhésion 10 jours après le délai de 30 jours ci-dessus.
- De plein droit, lorsque l'ensemble des garanties a expiré contractuellement.

QUAND LES GARANTIES EXPIRENT-ELLES ?

- Pour l'ensemble des garanties :
 - dès lors que vous percevez une prestation au titre de la garantie Perte totale et irréversible d'autonomie, celle-ci met fin aux autres versements d'indemnités en cours de règlement à l'exception de la garantie Invalidité permanente professionnelle et ouvre droit à la garantie Rente éducation si elle a été souscrite ;
 - lors du règlement du capital au titre de la garantie Perte de profession/Reconversion, les garanties Décès et Perte totale et irréversible d'autonomie, Décès par accident, Rente de conjoint et Rente éducation pourront être maintenues au choix sur la demande expresse de l'assuré.
- Pour les garanties Décès versées sous forme de capital ou de rente et la garantie Perte totale et irréversible d'autonomie, le 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous aurez atteint votre 80^e anniversaire en cas de décès et votre 70^e anniversaire en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie.
- Pour les garanties Incapacité et Invalidité, le 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous aurez atteint votre 67^e anniversaire en Incapacité et votre 65^e anniversaire en Invalidité.
- Pour la garantie Perte de profession / Reconversion, le 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous aurez atteint votre 65^e anniversaire.
- Pour la garantie Infirmité permanente par accident, lorsqu'en une ou plusieurs fois vous aurez perçu la totalité du capital assuré et en tout état de cause, le 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous aurez atteint votre 65^e anniversaire.
- Pour la garantie Incapacité pour prolongation d'activité, lorsqu'en un ou plusieurs sinistres, vous aurez atteint la durée maximale de versement et, au plus tard, le 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous aurez atteint votre 70^e anniversaire.

En tout état de cause, les garanties Incapacité, Invalidité et Infirmité cessent lorsque vous n'exercez plus une profession médicale ou paramédicale. Dès que vous en avez connaissance, vous devez nous en informer par lettre recommandée. Le trop-perçu de cotisation vous sera ristourné s'il y a lieu.

QUELLE GARANTIE PROPOSER EN CAS DE MAINTIEN DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE AU-DELÀ DE 67 ANS ?

Nous pouvons vous proposer la garantie Incapacité pour prolongation d'activité.

Vous devez dans ce cas :

- être en activité ;
- exercer une activité professionnelle en relation avec un diplôme doctoral de chirurgie dentaire ;
- avoir été couvert par une garantie Incapacité d'une durée minimum de 730 jours jusqu'à l'expiration de la garantie (31 décembre de l'année au cours de laquelle vous aurez atteint votre 67^e anniversaire) ;
- en faire la demande dans les 3 mois qui suivent l'expiration des garanties Incapacité temporaire.

Vous devez remplir et signer une demande d'adhésion Incapacité pour prolongation d'activité.

La garantie prendra effet le 1^{er} janvier qui suit votre 67^e anniversaire sans qu'il y ait d'interruption de couverture avec la garantie Incapacité temporaire précédemment souscrite.

Dans tous les cas, nous nous réservons la faculté de refuser ou de subordonner la garantie à :

- un complément d'information,
- un examen de santé, à nos frais, que nous jugerons nécessaire,
- des modalités particulières.

Les obligations en cours d'adhésion

QUE DEVEZ-VOUS DÉCLARER ?

Si tout ou partie des garanties objet du contrat sont ou viennent à être couvertes par une autre assurance, vous devez nous le déclarer en nous indiquant le nom de l'assureur et le montant des capitaux assurés.

Vous devez également déclarer les modifications qui interviendraient dans cette autre assurance.

Vous devez en outre nous déclarer, en cours de contrat, dans un délai de 15 jours à partir du moment où vous en avez eu connaissance, et par lettre recommandée, tout changement de statut, de profession et d'activité.

Ces déclarations doivent être faites sous peine éventuelle des sanctions prévues aux articles L.113-8 et L.113-9 du Code des assurances.

QUAND ET COMMENT RÉGLER VOS COTISATIONS ?

Les cotisations sont payables d'avance le 1^{er} janvier de chaque année par prélèvement ou par chèque au siège de notre société. Vous recevrez en temps voulu un appel de cotisation vous fixant son montant.

COMMENT SONT REVALORISÉES LES GARANTIES ET LES COTISATIONS ?

- Les sommes assurées et les cotisations correspondantes varieront en fonction de l'évolution du coût de l'indice des prix à la consommation (série Hors tabac/ensemble des ménages), pris comme indice de référence du contrat groupe 229.

Leur montant est modifié à compter de chaque renouvellement annuel (1^{er} janvier) en fonction de l'accroissement, constaté au 1^{er} avril de l'année précédente, de l'indice de référence au cours des 12 derniers mois.

- En cas de réalisation de l'un des événements garantis, accident ou maladie, le montant de l'indemnité journalière versé en cas d'arrêt de travail, y compris en cas de rechute, évolue dans les mêmes proportions que les cotisations et les sommes assurées.

Chaque année, l'assureur fixe le taux de revalorisation des rentes en cours de service dans la limite des résultats techniques et financiers de l'ensemble des contrats de prévoyance souscrits auprès de La Médicale de France.

Le montant de la rente d'invalidité est déterminé au jour du début de son versement.

En revanche, au titre des garanties Perte de profession et Infirmité permanente, les prestations sont réglées sur la base des valeurs atteintes au 1^{er} janvier précédant la date de survenance de l'accident ou de la date de début de maladie.

- En cas d'augmentation des montants de garanties Incapacité et Invalidité en cours de sinistre ou intervenant entre la reprise de l'activité professionnelle et la rechute, l'indemnisation se fera sur la base du montant initial indexé et non sur le nouveau montant garanti.

QUE FAIRE EN CAS DE SINISTRE ?

Toute demande d'ouverture de droit à prestations est soumise pour acceptation à notre commission médicale.

En cas d'arrêt de travail consécutif à un accident ou une maladie, vous devez, dans un délai maximal de 5 jours ouvrés, nous adresser un formulaire de déclaration prévu à cet effet à :

La Médicale de France

TSA 26 666

92894 Nanterre Cedex 9

Le non-respect de ce délai de déclaration peut entraîner la déchéance de la garantie pour l'événement considéré lorsqu'il en résulte un préjudice pour l'assureur, sauf cas fortuit ou de force majeure.

• **En cas d'arrêt de travail**, vous devez fournir, en complément, un certificat médical précisant :

- la date du début de la maladie, sa nature ou la date de l'accident, ainsi que la nature et la localisation de vos blessures et lésions et leurs conséquences prévisibles ;
- si l'arrêt de travail qui en découle est total ou partiel ;
- la durée probable de celui-ci (en jours ou en mois).

Vous pouvez également joindre au dossier toute pièce que vous jugerez utile (radiographies, résultats d'analyses, etc.).

Vous devez, par la suite, nous adresser chaque mois, un certificat médical au vu duquel nous vous verserons les prestations après acceptation de notre commission médicale. Un dernier certificat nous sera adressé lors de la reprise totale de vos activités.

C'est la production des pièces et certificats énumérés ci-dessus qui permettra le règlement des indemnités, après acceptation de notre commission médicale.

Toute fausse déclaration, toute falsification de pièces faites par vous ou le(s) bénéficiaire(s) dans le but d'obtenir indûment des prestations, entraîneront la déchéance de tout droit à l'indemnité, indépendamment de la responsabilité pénale que vous pourriez encourir.

De plus, dans le cadre de la garantie Remplacement du conjoint collaborateur, vous devez nous adresser, en plus des pièces médicales nécessaires, tout justificatif de dépenses supplémentaires engagées afin de pallier l'absence de votre conjoint collaborateur.

Ces justificatifs sont les copies des documents suivants établis pour tout ou partie de la période relative à l'arrêt de travail du conjoint collaborateur : contrat de travail et bulletin de salaire du personnel bénéficiant d'un contrat à durée déterminée ou contrat de mission temporaire du personnel intérimaire pour les missions suivantes : assistance, secrétariat et/ou comptabilité, contrat de prestations de services et facture d'un secrétariat partagé.

Ces justificatifs devront mentionner la part supplémentaire occasionnée par l'absence du conjoint collaborateur au cas où l'assuré serait contractuellement lié, de façon habituelle, à un(e) secrétaire, un secrétariat partagé ou un(e) comptable.

- **En cas de reprise partielle**, vous devez nous en avertir immédiatement. Si vous bénéficiez d'une garantie Incapacité temporaire Option Arrêt total ou partiel ou si vous pouvez reprendre votre activité aux conditions décrites au paragraphe « Incapacité – Option Arrêt total », les prestations continueront à vous être versées proportionnellement à la diminution de votre activité.
- **En cas de prolongation**, accordée par votre médecin traitant, de la période d'arrêt initialement prévue, vous devrez nous adresser un nouveau certificat médical nous informant de la durée de la prolongation. Le versement des prestations continuera à vous être effectué dans les mêmes conditions que ci-dessus.
- **En cas d'hospitalisation**, vous devez nous fournir un certificat de l'établissement hospitalier précisant vos dates d'entrée et de sortie.
- **En cas d'invalidité**, vous devez nous transmettre une copie de la notification de la pension d'invalidité, si une rente d'invalidité vous est accordée au titre de votre régime de Prévoyance professionnelle obligatoire ou par tout régime légal ou obligatoire de prévoyance.
- **En cas de décès**, le ou les bénéficiaire(s) du capital doivent nous déclarer par écrit votre décès dès qu'ils en ont connaissance.

Ils doivent joindre à leur déclaration :

- un certificat médical établi par le médecin qui a dressé l'acte de décès, précisant les causes de celui-ci ;

- un extrait d'acte de naissance pour chaque bénéficiaire postérieur à la date du décès.

Ils doivent également justifier de leur identité en joignant à leur déclaration une photocopie d'un document officiel d'identité à leur nom.

En cas de décès consécutif à un accident, il appartient au(x) bénéficiaire(s) d'établir la relation de cause à effet entre l'accident et le décès.

- **En cas de Perte totale et irréversible d'autonomie (PTIA)**, vous devez nous faire part de votre état de PTIA dans un délai de 6 mois au maximum.
- **Contrôle médical**, vous devez permettre à tout moment à nos médecins de procéder à l'examen de votre état ou à toutes autres constatations utiles. Le refus de votre part de l'exercice de ce contrôle, sans justification valable, entraînera la déchéance de votre droit à l'indemnité.

Si nous devons intervenir au titre des prestations frais de transport en ambulance, recherche et sauvetage, frais de chirurgie esthétique, vous devez nous faire parvenir les justificatifs des frais exposés restant à votre charge après intervention de votre régime obligatoire ou de tout régime facultatif de prévoyance ou d'assistance.

Les documents relatifs aux sinistres des assurés peuvent être transmis aux médecins experts intervenant dans le cadre de leurs dossiers sinistres.

QUE FAIRE EN CAS DE LITIGE ENTRE NOUS ?

En cas de litige sur les causes et conséquences d'un accident ou d'une maladie, vous pouvez contester la décision après en avoir eu connaissance.

Dans le cas où nous ne parviendrions pas à un accord, nous nous engageons mutuellement, avant tout recours à une instance judiciaire, à soumettre notre différend à l'arbitrage confié à un tiers expert. Les honoraires sont alors supportés de moitié par les deux parties.

Chacune des parties a la possibilité de se faire représenter auprès de ce tiers expert par le médecin de son choix ; elle en supportera alors les honoraires. En cas de désaccord concernant la désignation du tiers expert, celle-ci sera effectuée par le président du tribunal de grande instance du domicile de l'assuré. Les honoraires de ce tiers expert seront supportés de moitié par les deux parties.

Les dispositions diverses

PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Les données à caractère personnel vous concernant, collectées dans le cadre de la présente souscription et au cours de son exécution, sont communiquées à

- La Médicale, responsable de traitement pour les garanties Incapacité de travail, Invalidité permanente et Infirmité ;
- Predica, responsable de traitement pour les garanties Décès et Perte totale et irréversible d'autonomie.

Ces données font l'objet d'un traitement dans le cadre des finalités suivantes : la passation, l'exécution et la gestion des contrats d'assurance, l'exécution des prestations d'assistance ainsi que la réponse à nos obligations légales, réglementaires et administratives en vigueur. Le traitement de ces données est obligatoire pour l'accomplissement des finalités vues ci-dessus.

Conformément à la législation en vigueur sur la protection des données personnelles, vous êtes informé que vos données à caractère personnel seront conservées, proportionnellement aux finalités décrites et pour les durées suivantes :

Dans le cadre de la passation, de l'exécution et de la gestion du contrat :

Ces données sont conservées pour la durée de la relation contractuelle, augmentée des délais nécessaires à la liquidation et à la consolidation de vos droits et des durées relatives aux prescriptions applicables.

Ainsi, une fois le contrat terminé et la dernière prestation réglée, les délais de conservation sont de :

- 10 ans à compter du paiement de la prestation en cas de vie (délai comptable destiné à justifier le paiement) ;
- 30 ans à compter du décès : pour le paiement des prestations en cas de décès.

- **Concernant les données de santé** : la collecte de ces données est obligatoire pour la bonne exécution du contrat. Elles ne seront communiquées qu'aux services ou prestataires chargés de la gestion dans le respect de la bulle de confidentialité et du secret médical, et seront conservées, dans ce même respect, 5 ans après la fin de l'exécution du contrat ;

- **Dans le cadre de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme** : 5 ans à compter de la réalisation de l'opération ou à compter du moment où le responsable de traitement en a connaissance ;

- **Dans le cadre des obligations de connaissance client et OFAC** : conservation selon les durées légales ou réglementaires de prescription applicables ;

Conformément à la réglementation en vigueur, La Médicale peut consulter la liste des Nationaux Spécialement Désignés et Personnes Bloquées du Département du Trésor américain (<http://sdnsearch.ofac.treas.gov>) ;

- **Dans le cadre de lutte contre la fraude** : 6 mois à compter de l'alerte pour les alertes non pertinentes. Pour les alertes pertinentes, la durée de conservation est de 5 ans à compter de la clôture du dossier de fraude ou prescription légale applicable en cas de poursuite ;

Vos données sont par ailleurs nécessaires :

Dans le cadre de la réalisation d'actions de prospection et d'animation commerciales, et de l'élaboration de statistiques, elles peuvent être conservées pendant 3 ans à compter de la fin de la relation commerciale. Au-delà de ces 3 ans, les données seront supprimées en cas de manifestation positive et explicite de ne plus recevoir de sollicitations commerciales.

Les destinataires de ces données sont : les co-assureurs et ré-assureurs, les autorités administratives et judiciaires pour satisfaire aux obligations légales et réglementaires, ainsi que la ou les sociétés du Groupe Crédit Agricole, chargées de la gestion et de la prévention des risques opérationnels (lutte contre le blanchiment de capitaux, évaluation des risques) au bénéfice de l'ensemble des entités du Groupe, sans possibilité d'opposition de votre part.

Ces données sont également communiquées à nos sous-traitants, dont la liste pourra vous être communiquée sur simple demande selon les modalités précisées ci-après.

Par ailleurs, vos données pourront être communiquées aux entités assurances du Groupe, dans le seul et unique but d'une meilleure connaissance client. Vos données pourront également être utilisées à des fins statistiques. Vous pouvez à tout moment vous y opposer selon les modalités précisées ci-après.

Vous autorisez également La Médicale et Predica à communiquer vos coordonnées personnelles à des instituts d'enquêtes ou de sondage, agissant

pour le compte exclusif de La Médicale et de Predica, et des sociétés d'assurance du Groupe, à des fins statistiques, sachant que vous n'êtes pas tenu de répondre à leurs sollicitations et que vos données sont détruites après traitement. Vous pouvez exercer votre droit d'opposition à ces enquêtes dès le premier contact.

En application de la réglementation en vigueur, vous disposez, sur vos données à caractère personnel, des droits :

- **d'accès,**
- **de rectification,**
- **à l'effacement, à l'oubli** : notamment lorsque les données ne sont plus nécessaires au regard des finalités pour lesquelles elles ont été collectées, ou lorsque votre consentement a été exclusivement requis pour le traitement et que vous le retirez (cas de la prospection commerciale par voie électronique par exemple), ou encore si vous vous opposez au traitement. Toutefois, vous ne disposez pas du droit à l'effacement ou à l'oubli lorsque les données concernées sont obligatoires, indispensables à l'exécution du contrat ;
- **de limitation** : notamment en cas d'inexactitude des données ou lorsque vous contestez le fondement de l'intérêt légitime de collecte de la donnée ;
- **d'opposition** au traitement de vos données, dès lors qu'il ne s'agit pas de données obligatoires, indispensables à l'exécution du contrat ;
- **à la portabilité** qui vous permet de demander le transfert des données à caractère personnel que vous nous avez fournies et qui font l'objet d'un traitement automatisé dans le cadre de l'exécution du contrat. Vous pouvez demander un transfert soit directement vers vous, soit vers un responsable de traitement que vous nous aurez indiqué. Ce transfert sera effectué dans un format structuré.

L'ensemble de vos droits peut être exercé soit par courrier simple à :

La Médicale de France - Délégué à la Protection des Données

3, rue Saint-Vincent-de-Paul - 75499 Paris Cedex 10

ou par courriel à donneespersonnelles@ca-lamedicale.fr.

En cas de désaccord persistant et après épuisement des procédures internes de La Médicale, la CNIL peut être saisie à partir de son site internet : www.cnil.fr.

RÉCLAMATION ET MÉDIATION

Pour toute précision ou pour toute réclamation concernant votre contrat, nous vous invitons à vous adresser à votre Agent Général.

En cas d'insatisfaction ou de désaccord, vous pouvez adresser votre dossier à l'adresse suivante :

Monsieur le Directeur Général de La Médicale de France

3, rue Saint-Vincent-de-Paul - 75499 Paris Cedex 10.

Un accusé de réception vous parviendra dans les 10 (dix) jours ouvrables (hors dimanches et jours fériés) à compter de la réception de la réclamation, sauf si la réponse à votre réclamation vous est transmise dans ces délais.

Une réponse vous sera fournie au plus tard dans les 2 (deux) mois suivant la date de réception de votre réclamation, hors survenance de circonstances particulières dont nous vous tiendrons informé.

Si le désaccord persiste, même après notre réponse utilisant toutes les voies de recours internes, vous pouvez alors saisir le Médiateur de l'Assurance à l'adresse suivante :

<http://www.mediation-assurance.org>

ou

La Médiation de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09

Toutefois, cette procédure n'est possible que si aucune action judiciaire n'a été engagée.

PRESCRIPTION

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

Toutefois, ce délai ne court :

- En cas de réticence, omission, déclaration fausse ou inexacte sur le risque couru, 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.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de la prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier. La prescription est portée à 10 ans dans les contrats d'assurance contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription (citation en justice, même en référé, actes d'exécution forcée à l'encontre de celui que l'on veut empêcher de prescrire, reconnaissance du droit de celui contre lequel la prescription devrait jouer) et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

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

ARCHIVAGE

Il est convenu entre l'assuré et les assureurs, que les documents puissent être archivés numériquement et que ces archives vaudront preuve des engagements réciproques.

RÉGLEMENTATION INTERNATIONALE

La Médicale, en tant que filiale du Groupe Crédit Agricole, respecte les règles relatives aux Sanctions Internationales définies comme les lois, réglementations, mesures restrictives à caractère obligatoire édictant des sanctions économiques, financières ou commerciales (notamment les sanctions ou mesures relatives à un embargo, un gel des fonds et des ressources économiques, à des restrictions pesant sur les transactions avec des individus ou entités ou portant sur des biens ou des territoires déterminés), émises, administrées ou mises en application par le Conseil de Sécurité de l'Organisation des Nations-Unies, l'Union Européenne, la France, les États-Unis d'Amérique (incluant notamment les mesures édictées par le Bureau de Contrôle des Actifs Étrangers, rattaché au Département du Trésor ou OFAC et du Département d'État) ou toute autre autorité compétente ayant le pouvoir d'édicter de telles sanctions.

En conséquence, aucune prestation ne pourra être payée en exécution du contrat d'assurance si ce paiement contrevient aux dispositions sus-indiquées.

Livret 1

Les garanties du contrat groupe n° 229 non Madelin (PR)

|
Le Plan maladie-accident — **16**

Le Plan accident — **21**

Les garanties familiales — **26**

Le Plan maladie-accident

INCAPACITÉ TEMPORAIRE

Nous vous versons une indemnité journalière en cas d'arrêt de travail consécutif à un accident ou une maladie.

Nous vous proposons trois formules de garanties : 90 jours, 730 jours et 1 095 jours.

Selon la formule de garantie, vous pouvez choisir entre les deux options suivantes :

Option Arrêt total : nous cessons notre règlement d'indemnité dès la reprise partielle ou totale d'activité.

Cependant, si à l'issue d'une incapacité temporaire totale ayant donné lieu à indemnisation, vous pouvez reprendre votre activité professionnelle à 50 % minimum et si vous êtes reconnu médicalement en incapacité temporaire partielle, nous vous versons une indemnité proportionnelle à la diminution de votre activité jusqu'à la reprise de votre travail et au maximum pendant 90 jours.

Option Arrêt total ou partiel : nous vous versons une indemnité journalière réduite, proportionnelle à la diminution de votre activité. Son montant peut varier au fur et à mesure de la reprise de votre activité professionnelle.

Les options Arrêt total ou Arrêt total ou partiel ne peuvent pas se cumuler.

Nous vous proposons également de vous assurer en cas d'arrêt total de travail de votre conjoint collaborateur consécutif à un accident ou une maladie.

➔ Garantie Incapacité temporaire relais - 90 jours

Les indemnités journalières vous sont versées jusqu'au 90^e jour d'arrêt de travail à compter :

- en cas de maladie, du 15^e jour d'arrêt de travail,
- en cas d'accident, du 3^e jour d'arrêt de travail,
- en cas d'hospitalisation, reportez-vous aux dispositions du paragraphe « Franchise applicable en cas d'hospitalisation ».

Cette garantie peut être souscrite en Arrêt total ou en Arrêt total ou partiel.

Cette garantie ne peut pas être souscrite seule, elle se cumule avec l'une des garanties Incapacité ci-après.

➔ Garantie Incapacité temporaire - 730 jours

Les indemnités journalières vous sont versées jusqu'au 730^e jour d'arrêt de travail à compter :

- en cas de maladie :
 - du 8^e, 15^e ou 31^e jour d'arrêt de travail en Arrêt total ou en Arrêt total ou partiel,
 - du 91^e ou 181^e jour d'arrêt de travail en Arrêt total,
- en cas d'accident, du 3^e jour d'arrêt de travail en Arrêt total ou en Arrêt total ou partiel, sauf si avez choisi une franchise de 90 ou 180 jours en maladie. Dans ce cas, c'est la franchise Maladie qui s'applique,
- en cas d'hospitalisation, reportez-vous aux dispositions du paragraphe « Franchise applicable en cas d'hospitalisation ».

Si vous choisissez la franchise de 30 jours en Maladie, vous pouvez opter pour une franchise toutes causes applicable quelle que soit l'origine du sinistre : maladie, accident ou hospitalisation.

➔ Garantie Incapacité temporaire - 1 095 jours

Les indemnités journalières vous sont versées jusqu'au 1 095^e jour d'arrêt de travail à compter :

- en cas de maladie :
 - du 8^e, 15^e ou 31^e jour d'arrêt de travail en Arrêt total ou en Arrêt total ou partiel,
 - du 91^e, 181^e ou 366^e jour d'arrêt de travail en Arrêt total,
- en cas d'accident, du 3^e jour d'arrêt de travail en Arrêt total ou en Arrêt total ou partiel, sauf si avez choisi la franchise de 90, 180 ou 365 jours en Maladie. Dans ce cas, c'est la franchise Maladie qui s'applique,

- en cas d'hospitalisation, reportez-vous aux dispositions du paragraphe « Franchise applicable en cas d'hospitalisation ».

Si vous choisissez la franchise de 30 jours en Maladie, vous pouvez opter pour une franchise toutes causes applicable quelle que soit l'origine du sinistre : maladie, accident ou hospitalisation.

➔ Franchise applicable en cas d'hospitalisation

Dans chacune des formules de garanties, sauf si vous avez choisi les franchises 30 jours toutes causes, 90, 180 ou 365 jours en Maladie ou les garanties Incapacité pour prolongation d'activité et Remplacement du conjoint collaborateur, nous intervenons à compter du 1^{er} jour d'hospitalisation y compris en cas d'hospitalisation ambulatoire si votre arrêt de travail est d'au moins 3 jours.

En cas de persistance de l'arrêt de travail, notre intervention se poursuit pendant la période comprise entre la date de sortie de l'hôpital et l'expiration de la franchise.

Toute hospitalisation intervenant après l'expiration de la franchise n'a aucune incidence sur le versement des prestations.

Les franchises 30 jours toutes causes, 90, 180 ou 365 jours en Maladie s'appliquent en cas d'hospitalisation.

Pour les garanties Incapacité pour prolongation d'activité et Remplacement du conjoint collaborateur 365 jours, les franchises applicables sont mentionnées aux paragraphes ci-dessous.

➔ Garantie Incapacité pour prolongation d'activité

Les indemnités journalières vous sont versées pendant une durée maximale de 200 jours à compter du 15^e jour d'arrêt de travail en Arrêt total en cas de maladie, d'accident ou d'hospitalisation.

➔ Garantie Remplacement du conjoint collaborateur - 365 jours

À la suite de la maladie ou de l'accident de votre conjoint collaborateur entraînant un arrêt total de son activité, nous vous versons des indemnités journalières destinées à compenser toute dépense supplémentaire à laquelle vous auriez à faire face afin de suppléer son absence.

Les indemnités journalières vous sont versées pour une durée maximale de 365 jours à compter du 31^e ou 61^e jour d'arrêt de travail en cas d'accident, de maladie ou d'hospitalisation.

Les indemnités journalières sont réglées dans la limite des garanties souscrites et des frais réellement engagés.

Ceux-ci incluent les salaires, congés payés et charges patronales acquittés et le cas échéant, la rémunération de l'agence d'intérim.

Cette garantie ne peut être souscrite seule. Elle est subordonnée à la souscription de l'une des garanties suivantes : Incapacité temporaire 365 jours, Incapacité temporaire 730 jours ou Incapacité temporaire 1 095 jours.

➔ Versement d'un forfait maternité

Ne concerne pas les garanties :

- Incapacité temporaire relais - 90 jours
- Incapacité temporaire - 730 jours
- Incapacité pour prolongation d'activité
- Remplacement du conjoint collaborateur - 365 jours

À l'occasion de chaque maternité, nous versons à l'assurée une allocation dite « forfait maternité », sous réserve que l'accouchement intervienne au moins 365 jours après la souscription de la garantie Incapacité temporaire 1 095 jours. Cette allocation n'est versée qu'une fois en cas de naissances multiples.

Le forfait maternité correspond au montant de 30 indemnités journalières (maximum 3 050 euros). Il est ramené à la valeur de 15 indemnités journalières

(maximum 1 525 euros) lorsque l'accouchement intervient au cours des deuxième et troisième années suivant la souscription de la garantie Incapacité temporaire 1 095 jours.

Chaque année, le montant de l'allocation garantie sera revalorisé dans la même proportion que les autres garanties du contrat.

L'indemnité est réglée sur présentation de l'acte de naissance.

En cas d'adoption d'un enfant de moins de 3 ans, nous versons à l'assurée la moitié du forfait maternité prévu ci-dessus.

En cas d'augmentation de garanties, le montant de la prestation est égale à 15 ou 30 fois le montant de l'indemnité journalière 1 095 jours souscrite depuis plus d'un an.

➔ Dispositions particulières pour l'ensemble des formules de garanties

En cas de grossesse pathologique et de suites pathologiques d'accouchement répondant aux définitions contractuelles suivantes :

- Par grossesse pathologique, il faut entendre toutes les affections contractées au cours de la grossesse pouvant mettre en danger la vie de la mère ou de l'enfant ou être responsable de l'interruption de la grossesse. Les fausses couches, grossesses extra-utérine, fécondations in vitro, ou tentatives de fécondation in vitro sont assimilées à des grossesses pathologiques.

Le versement des indemnités journalières s'effectue après l'expiration de la franchise applicable en cas de maladie et se termine au plus tard 30 jours avant la date réelle de l'accouchement. Nous interrompons notre indemnisation au plus tard 30 jours avant la date présumée de l'accouchement. Selon le cas, le forfait maternité sera diminué ou augmenté du nombre d'indemnités journalières dues par différence entre 30 jours avant la date présumée et 30 jours avant la date réelle de l'accouchement.

- Par suites pathologiques d'accouchement, il faut entendre toutes les affections qui, en rapport direct avec l'accouchement, nécessitent un repos excédant 60 jours et empêchent la reprise de toute activité professionnelle de la part de la mère.

Le versement des indemnités journalières s'effectue après l'expiration de la franchise applicable en cas de maladie sauf si les suites pathologiques d'accouchement succèdent à une grossesse pathologique. Nous vous versons la prestation une fois le délai de 60 jours expiré.

Dans tous les cas, notre prise en charge suppose un arrêt total de travail médicalement justifié. Elle n'intervient qu'à l'expiration d'une période d'attente de 9 mois après l'adhésion ou la modification en augmentation de la garantie, le fait générateur étant la survenance de la pathologie et non le début de la grossesse pour déterminer si la garantie est acquise.

Nous ne prenons pas en charge les arrêts de travail, hospitalisation ou tous autres frais imputables à la grossesse ou à l'accouchement normal.

En cas de troubles psychiatriques, dépressions nerveuses, affections psychotiques, maladies mentales, troubles psychiques et syndromes dépressifs :

La garantie (ou le différentiel de garantie en cas de modification en augmentation du montant de celle-ci) n'est accordée à l'assuré qu'à l'expiration d'une période de 12 mois, postérieure à la date d'effet de souscription de la garantie ou d'augmentation de celle-ci, mentionnée aux Conditions particulières. Les affections susdites constatées ou traitées ainsi que leurs suites, conséquences ou récurrences, avant l'expiration de la période d'attente, resteront toujours exclues de la garantie pendant toute la durée de l'adhésion.

Les indemnités journalières sont versées à compter du :

- 31^e jour d'arrêt de travail si vous avez choisi les franchises Maladie de 7, 14 ou 30 jours. Cependant, si vous êtes hospitalisé pour une durée minimum de 30 jours continus, nous intervenons, selon votre franchise Maladie, à compter du 8^e, 15^e ou 31^e jour.
- 91^e jour, 181^e jour ou 366^e jour d'arrêt de travail si vous avez choisi les franchises Maladie de 90, 180 ou 365 jours en fonction de votre franchise Maladie.

Pour la garantie Incapacité temporaire relais 90 jours, notre prise en charge ne peut en aucun cas excéder 90 jours sous réserve de la reconstitution de la garantie telle que définie au paragraphe « Comment intervenons-nous en cas de rechute ? ».

En cas de dons d'organe ou de moelle osseuse :

Si vous vous trouvez, par suite d'un don d'organe ou de moelle osseuse, en incapacité temporaire totale de travail, les indemnités journalières que vous

avez souscrites vous sont versées depuis le 1^{er} jour de votre arrêt de travail et pendant toute sa durée jusqu'au :

- 15^e jour d'arrêt de travail, en cas d'un don de moelle osseuse,
 - 30^e jour d'arrêt de travail, en cas d'un don d'organe,
- sauf avis de notre Médecin-conseil.

Nous cessons le règlement des prestations dès que vous pouvez reprendre votre activité professionnelle même partiellement.

➔ Comment versons-nous l'indemnité journalière ?

Notre règlement est forfaitaire : le montant des indemnités journalières versé en cas de sinistre est égal au montant assuré figurant sur vos Conditions particulières. Il est revalorisé dans les conditions indiquées au chapitre « Comment sont revalorisées les garanties et les cotisations ? ».

Le versement correspondant est effectué chaque mois à terme échu, sur présentation du certificat médical et après acceptation de notre commission médicale.

L'indemnité vous est versée jusqu'à la reprise de votre activité professionnelle ou jusqu'à la consolidation des lésions consécutives à votre accident ou la chronicité de votre maladie et au plus tard jusqu'au 90^e jour, 730^e jour ou 1 095^e jour selon la garantie souscrite diminuée du nombre de jours de franchise. En cas d'option Arrêt total ou partiel, l'indemnité sera proportionnelle à la diminution de votre activité.

Dès la consolidation des lésions consécutives à votre accident ou la chronicité de votre maladie, vous pouvez éventuellement bénéficier, si vous les avez souscrites, des garanties Invalidité professionnelle permanente, Infirmité permanente par accident, Perte de profession/Reconversion.

La consolidation ou la chronicité ne pourront être établies qu'après un délai minimal d'un an à partir de la date de l'accident ou de la maladie même s'ils n'ont pas fait l'objet d'une indemnisation au titre des garanties Incapacité temporaire.

➔ Comment intervenons-nous en cas de rechute ?

En cas de rechute, suite, conséquence ou récurrence :

- moins d'une année après la reprise de l'activité, aucune franchise n'est appliquée,
- plus d'une année après la reprise de l'activité, la franchise appliquée est celle de l'arrêt ayant donné lieu à la rechute.

L'indemnité journalière évolue dans les mêmes proportions que les cotisations et les sommes assurées : elle est alors calculée sur le montant garanti, en vigueur au jour de la rechute. Cependant, en cas d'augmentation de garantie intervenant entre la reprise d'activité et la rechute, l'indemnisation se fait sur la base du montant initial indexé et non du nouveau montant.

Dans tous les cas :

- Pour un seul et même accident ou pour une seule et même maladie, vous ne pouvez percevoir les indemnités journalières pendant plus de 1 095 jours, 730 jours ou 90 jours selon la garantie souscrite, diminuée du nombre de jours de franchise prévu sur vos Conditions particulières. Toutefois, la garantie Incapacité temporaire relais 90 jours est reconstituée en cas de rechute, suite, conséquence ou récurrence intervenant 365 jours après le premier arrêt pour les praticiens libéraux et 180 jours après le premier arrêt pour les praticiens hospitaliers. Tous accidents ou toutes maladies confondues, vous ne pouvez percevoir les indemnités pendant plus de 200 jours dans le cadre de la garantie Incapacité pour prolongation d'activité.
- Le service des indemnités journalières est arrêté le 31 décembre de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 67 ans (70 ans pour la garantie Incapacité pour prolongation d'activité, sauf si le maximum de versement est atteint).

➔ Comment intervenons-nous si, au cours d'un arrêt de travail, vous êtes à nouveau victime d'un accident ou d'une maladie intercurrent ?

Ces derniers seront assimilés à des rechutes.

En aucun cas, il ne peut y avoir cumul d'indemnités ou prolongation de la

période de garantie.

Vous ne pourrez percevoir, en fonction de la garantie souscrite, des indemnités au-delà du 90^e jour, sous réserve de la reconstitution de la garantie en cas de rechute, telle que définie au paragraphe précédent, du 200^e jour, du 730^e jour ou du 1 095^e jour qui suit l'événement qui a initialement ouvert le droit aux prestations.

INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE PERMANENTE

Si, après un délai d'un an à partir de la date de l'accident ou de la maladie même s'ils n'ont pas fait l'objet d'une indemnisation au titre des garanties Incapacité temporaire, vous demeurez atteint d'une invalidité, nous vous proposons une garantie Invalidité professionnelle permanente totale ou partielle (Formule 1) ou totale (Formule 2).

Nous vous assurerons le service d'une rente annuelle stipulée sur les Conditions particulières, selon la formule et l'option choisies à l'adhésion.

➔ Garantie Invalidité professionnelle permanente totale ou partielle - Formule 1

Option 1

Si le taux de votre invalidité permanente est égal ou supérieur à 15 % ou 26 % selon le seuil d'intervention que vous avez choisi, nous vous versons chaque année une rente d'un montant représentant tout ou partie de la rente mentionnée sur vos Conditions particulières, proportionnellement au taux d'invalidité évalué.

La rente en service est réduite de moitié le 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous atteindrez 60 ans.

Option 2

Si le taux de votre invalidité permanente est compris entre 15 % et 65 % ou entre 26% et 65% selon le seuil d'intervention que vous avez choisi, nous vous versons chaque année une rente d'un montant représentant tout ou partie de la rente mentionnée sur vos Conditions particulières, proportionnellement au taux d'invalidité évalué.

Dès lors que votre invalidité est reconnue égale ou supérieure à 66 % (c'est-à-dire lorsque votre capacité de travail est réduite d'au moins 2/3), nous vous versons intégralement la rente.

Option 3

Si le taux de votre invalidité permanente est compris entre 15 % et 65 % ou entre 26 % et 65 % selon le seuil d'intervention que vous avez choisi, nous vous versons chaque année une rente d'un montant représentant tout ou partie de la rente mentionnée sur vos Conditions particulières, proportionnellement au taux d'invalidité T calculé selon la formule $T/66$, T étant le taux d'invalidité évalué selon les dispositions décrites au paragraphe « Comment évaluons-nous votre taux d'invalidité ? ».

Dès lors que votre invalidité est reconnue égale ou supérieure à 66 % (c'est-à-dire lorsque votre capacité de travail est réduite d'au moins 2/3), nous vous versons la rente intégralement.

Dispositions communes

Si le taux de votre invalidité permanente est ou devient inférieur ou égal à 14 % si vous avez choisi un seuil d'intervention de 15 % ou 25 % si vous avez choisi un seuil d'intervention de 26 %, aucune prestation ne vous est due au titre de la garantie Invalidité professionnelle permanente Formule 1 - option 1, 2 ou 3.

➔ Garantie Invalidité professionnelle permanente totale - Formule 2

Si vous demeurez atteint d'une invalidité permanente totale égale ou supérieure à 66 % (c'est-à-dire lorsque votre capacité de travail est réduite d'au moins 2/3), nous vous versons, chaque année, une rente du montant que vous avez choisi à l'adhésion et qui est précisé sur vos Conditions particulières.

La rente en service est réduite de moitié le 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous atteindrez 60 ans.

Nous n'intervenons pas si le taux de votre invalidité permanente devient

inférieur à 66 %.

➔ Comment évaluons-nous votre taux d'invalidité ?

Le taux d'invalidité est apprécié de 0 % à 100 %, en tenant compte de la répercussion réelle de l'accident ou de la maladie sur votre activité professionnelle, d'après le taux et la nature de votre incapacité par rapport à la profession que vous exercez, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à l'accident ou à la maladie, des conditions normales d'exercice de votre profession et des possibilités d'exercice qui vous restent

Il sera toujours tenu compte des possibilités de rééducation ou d'appareillage. Votre invalidité professionnelle sera évaluée par voie d'expertise médicale. En cas de désaccord, il est convenu de procéder à l'évaluation par arbitrage, confié à un tiers expert.

Nous reconnaissons pour invalidité totale, en accident ou en maladie, toute affection qui peut vous faire assimiler, de par ses premières manifestations ou son évolution, aux invalides classés en troisième catégorie par la Sécurité sociale et notamment :

- Hémiplégie totale
- Paraplégie totale
- Tétraplégie totale
- Insuffisance rénale avec dialyse
- Paralyse complète du plexus brachial droit* interdisant toute activité professionnelle
- Cécité totale
- Désarticulation de l'épaule droite*
- Épilepsie avec crises très fréquentes
- Amputation du bras, de l'avant-bras, du poignet droit* non appareillable
- Perte de la main droite* non appareillable
- Perte des deux membres inférieurs non appareillables

* Gauche, si vous avez déclaré que vous êtes gaucher sur le Questionnaire médical.

En cas de notification, à l'adhésion, d'une exclusion concernant les suites, conséquences et récidives d'une maladie, d'une affection, d'un accident, préalablement constaté(e), et si celles-ci constituent un facteur aggravant, nous ne calculerons pas votre taux d'invalidité sur les suites effectives de l'accident ou de la maladie, mais sur celles qu'elles auraient eues chez une personne ne présentant aucun antécédent.

Invalidités successives :

Si, pendant la durée de votre adhésion au contrat, vous êtes victime de plusieurs accidents ou maladies entraînant des invalidités partielles, votre droit à la rente s'apprécie dans chaque cas en fonction du taux global d'invalidité résultant de l'ensemble des sinistres survenus.

➔ Comment versons-nous la rente ?

Notre règlement est forfaitaire : le montant de la rente versé en cas de sinistre est égal au montant assuré figurant sur vos Conditions particulières au prorata de votre taux d'invalidité. Le montant de votre rente est revalorisé dans les conditions indiquées au chapitre « Comment sont revalorisées les garanties et les cotisations ? ».

Nous vous versons la rente par trimestre, à terme échu et sans arrérage au décès. Nous effectuerons le premier versement au plus tôt à la fin du cinquième trimestre qui suit votre accident ou votre maladie.

Vous bénéficierez du service de la rente annuelle tant que persistera votre état d'invalidité permanente et, au plus tard, jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous atteindrez l'âge de 65 ans.

La rente en service est réduite de moitié le 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous atteindrez 60 ans. Cette mesure ne s'applique pas aux Options 2 et 3 de la Formule 1 de la garantie Invalidité professionnelle permanente totale ou partielle.

Dans le cas où l'amélioration de votre état de santé interromprait le service de la rente, un dernier versement vous serait effectué au prorata du temps écoulé jusqu'à la date d'interruption.

La rente vous est toujours accordée à titre temporaire. Nous pouvons, en accord avec vous ou à défaut par arbitrage médical, la réviser en cas d'amélioration ou d'aggravation de votre état de santé.

Nous nous réservons le droit de vous demander à tout moment de justifier de la permanence de votre état.

➔ Dispositions particulières

En cas de troubles psychiatriques, dépressions nerveuses, affections psychotiques, maladies mentales, troubles psychiques et syndromes dépressifs, la garantie (ou le différentiel de garantie en cas de modification en augmentation du montant de celle-ci) n'est accordée à l'assuré qu'à l'expiration d'une période de 12 mois, postérieure à la date d'effet de souscription de la garantie ou d'augmentation de celle-ci, mentionnée aux Conditions particulières. Les affections susdites constatées ou traitées ainsi que leurs suites, conséquences ou récidives, avant l'expiration de la période d'attente, resteront toujours exclues de la garantie pendant toute la durée de l'adhésion.

➔ Comment intervenons-nous en cas de rechute après consolidation ?

La rechute, qu'elle soit une suite, une conséquence ou une récidive d'une pathologie qui survient après sa consolidation, ne peut donner lieu au versement de nouvelles indemnités journalières. À la consolidation de la rechute, la date et le nouveau taux d'invalidité professionnelle sont évalués par voie d'expertise médicale selon les modalités prévues au paragraphe « Comment évaluons-nous votre taux d'invalidité ? ».

➔ Comment intervenons-nous si au cours du versement d'une rente, vous êtes victime d'un accident ou maladie intercurrent ?

Vous ne pouvez, en aucun cas, cumuler le service d'une rente d'invalidité avec les indemnités journalières accordées par les garanties Incapacité temporaire.

En cas d'incapacité temporaire, à la suite d'un nouvel accident ou d'une nouvelle maladie, intervenant durant le service d'une rente partielle, nous continuerons de vous verser la rente durant l'arrêt de travail. Vous percevrez en complément vos indemnités journalières selon les modalités prévues au titre de l'incapacité temporaire après déduction de la rente d'invalidité calculée au prorata temporis.

EXONÉRATION DES COTISATIONS

Si vous avez souscrit l'une des garanties Incapacité ou Invalidité, vous serez exonéré en tout ou partie du paiement des cotisations dues au titre de votre contrat pendant la période où vous percevrez effectivement des prestations, et ce, dans les conditions suivantes :

➔ En cas d'incapacité (sauf en cas d'incapacité pour prolongation d'activité)

En cas d'arrêt total, vous serez exonéré des cotisations du contrat, à l'exception de celles réglées au titre du décès, à partir du 31^e jour d'arrêt de travail indemnisé, sauf si la franchise maladie que vous avez choisie est supérieure à 30 jours. Dans ce cas, l'exonération des cotisations commence après l'application de la franchise.

Vous continuerez à payer normalement l'ensemble des cotisations du contrat et, avec chaque versement de prestations, nous vous rembourserons la part de cotisation relative à la période correspondante.

➔ En cas d'invalidité

En cas d'invalidité, vous serez exonéré des cotisations du contrat à l'exception de celles réglées au titre du décès. Les cotisations émises sont inversement proportionnelles au taux d'indemnisation de la rente qui vous est versée pour la période correspondante (le début et la fin de service de la rente pouvant donner lieu à paiement de prorata).

PERTE DE PROFESSION/RECONVERSION

Si, à la suite d'un accident ou d'une maladie, vous êtes dans l'impossibilité définitive de reprendre votre exercice professionnel, nous vous versons un capital stipulé aux Conditions particulières dans les conditions ci-après.

➔ Quelles sont les conditions pour en bénéficier ?

Vous devez être atteint d'une invalidité professionnelle définitive égale ou supérieure à 66 %, par suite d'un accident ou d'une maladie. Le taux sera évalué suivant les modalités prévues pour les garanties Invalidité professionnelle permanente à la rubrique « Comment évaluons-nous votre taux d'invalidité ? ».

Nous vous verserons 50 % du capital que vous avez choisi à la souscription, s'il subsiste une possibilité d'exercer la profession déclarée avec un autre statut professionnel ou un autre mode d'exercice.

Nous vous verserons 100 % du capital choisi à la souscription, s'il y a impossibilité totale et définitive d'exercer une profession en relation avec votre diplôme.

À titre indicatif, vous serez notamment considéré en invalidité professionnelle à 100 % dans les cas mentionnés à la rubrique « Comment évaluons-nous votre taux d'invalidité ? » pour les garanties Invalidité professionnelle permanente.

En cas de notification, à l'adhésion, d'une exclusion concernant une maladie, une affection, les conséquences d'un accident, préalablement constatées et si celles-ci constituent un facteur aggravant, nous ne calculerons pas votre taux d'invalidité sur les suites effectives de l'accident ou de la maladie, mais sur celles qu'elles auraient eues chez une personne ne présentant aucun antécédent.

➔ Quand payons-nous le capital ?

- En cas d'accident : dès la consolidation, et, au plus tôt, un an après la date de survenance.
- En cas de maladie : un an après la constatation de votre invalidité permanente, par voie d'expertise médicale.

La garantie Perte de profession/ Reconversion ne peut être souscrite que conjointement avec une autre garantie. Elle cesse automatiquement le 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous aurez atteint l'âge de 65 ans.

DÉCÈS ET PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D'AUTONOMIE

Quelle que soit la cause du décès, nous versons le capital stipulé aux Conditions particulières au(x) bénéficiaire(s) que vous avez désigné(s), ou à vous-même en cas de perte totale et irréversible d'autonomie.

À défaut de cette désignation, le capital sera versé à votre conjoint, non séparé de corps judiciairement ou à votre partenaire auquel vous êtes lié par un pacte civil de solidarité (PACS), à défaut à vos enfants nés ou à naître, vivants ou représentés, par parts égales, à défaut à vos héritiers.

➔ Quand versons-nous le capital décès ?

Nous procédons au règlement dans les 15 jours de la remise des pièces justificatives précisées à la rubrique « Que faire en cas de sinistre ? » page 11 de la présente Notice d'Information.

➔ La revalorisation du capital après le décès

Le capital garanti en cas de décès sera revalorisé chaque année civile.

Le taux de la revalorisation net de frais, sera égal au moins élevé des deux taux suivants :

- la moyenne sur les douze derniers mois du taux moyen des emprunts de l'État français, calculée au 1^{er} novembre de l'année précédente,
- le dernier taux moyen des emprunts de l'État français disponible au 1^{er} novembre de l'année précédente. Cette revalorisation ne s'applique que pour un (des) bénéficiaire(s) personne(s) physique(s) et intervient à compter de la date du décès jusqu'au jour de réception de toutes les pièces nécessaires au règlement du capital.

→ La non réclamation du capital décès

En application de la loi n° 2014-617 du 13 juin 2014 dite « loi Eckert » (article L.132-27-2 du Code des assurances), les sommes dues au titre des contrats d'assurance en cas de décès qui ne font pas l'objet d'une demande de règlement doivent être déposées par l'assureur à la Caisse des Dépôts et Consignations dans un délai de 10 ans à compter de la date de connaissance du décès de l'assuré. Ces sommes pourront être réclamées auprès de la Caisse des Dépôts et Consignations par leur bénéficiaire pendant 20 ans.

Passé ce délai, les capitaux seront acquis à l'État.

→ Garantie Perte totale et irréversible d'autonomie

Nous versons le capital décès stipulé aux Conditions particulières si à la suite d'un accident ou d'une maladie, survenu après votre entrée dans l'assurance, vous êtes définitivement incapable d'exercer une activité vous procurant gain ou profit et dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (se nourrir, se laver, s'habiller, se déplacer).

Nous devons avoir connaissance au plus tard dans un délai de 6 mois de votre état de perte totale et irréversible d'autonomie.

L'état de perte totale et irréversible d'autonomie est alors évalué par voie d'expertise médicale.

Le capital vous est versé en deux fois par moitié :

- Un premier règlement intervient à la suite de l'expertise médicale. Dès lors, nous cessons de percevoir les cotisations se rapportant à cette garantie.
- Le second règlement au terme d'un délai d'un an après l'expertise médicale. Celui-ci met fin à votre adhésion.

Si nous étions informés de votre décès avant la fin du règlement du capital, le solde restant dû sera versé aux bénéficiaires désignés dans les Conditions particulières.

→ Garantie Double effet

En cas de décès simultané de votre conjoint (même événement générateur de décès dans les 12 mois), nous réglons un capital supplémentaire au profit du ou des enfants qui resteraient à charge de l'assuré.

Ce capital supplémentaire est égal à 50 % du capital versé au titre du décès prévu dans la présente garantie sans pouvoir excéder 50 000 euros.

→ Option Doublement et triplement du capital décès

Si vous le souhaitez, vous avez la possibilité de souscrire l'option Doublement et triplement du capital décès. Elle est alors mentionnée sur vos Conditions particulières.

- En cas d'accident entraînant, immédiatement ou dans un délai de 12 mois à compter de sa survenance, le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie de l'assuré, nous versons un capital complémentaire égal à celui versé au titre du décès prévu dans la présente garantie.

Ce capital est versé au(x) bénéficiaire(s) que vous avez désigné(s) ou à l'assuré en cas de perte totale et irréversible d'autonomie. Il appartient au bénéficiaire en cas de décès ou à l'assuré en cas de perte totale et irréversible d'autonomie, de prouver la relation de cause à effet entre l'accident et le décès ou l'état de perte totale et irréversible d'autonomie.

- En cas d'accident de la circulation entraînant le décès de l'assuré, immédiatement ou dans un délai de 12 mois à compter de sa survenance, nous versons un capital supplémentaire égal à celui versé au titre du décès prévu dans la présente garantie. Ce capital est versé au(x) bénéficiaire(s) que vous avez désigné(s). Il appartient à ceux-ci de prouver la relation de cause à effet entre l'accident et le décès.

Par accident de la circulation, on entend tout accident dont l'assuré est victime, survenant dans l'une des circonstances suivantes :

- lorsqu'il circule à pied sur une voie publique ou privée ;
- à l'occasion de l'usage, comme conducteur ou passager, de tout véhicule terrestre avec ou sans moteur ;

- en tant que passager de tous moyens de transport en commun terrestres, aériens, maritimes ou fluviaux, appartenant à des entreprises agréées pour le transport public de voyageurs.

→ Conseil recours

Celui-ci permet aux ayants droit de faire face aux difficultés qu'ils sont susceptibles de rencontrer à la suite du décès de l'assuré.

Nous réglons les litiges et conflits relatifs à la liquidation de la succession pouvant alors exister entre les héritiers de l'assuré et les pompes funèbres, les établissements de crédit ou les sociétés d'assurances.

Nous effectuons pour le compte de ses ayants droit, les recours soit à l'amiable, soit par voie judiciaire.

Les ayants droit de l'assuré peuvent choisir librement les auxiliaires de justice, auquel cas ils doivent :

- nous en communiquer par écrit le nom et l'adresse, car il nous appartient de les saisir ;
- faire l'avance des frais et honoraires que nous remboursons selon le barème suivant (ces montants seront majorés de 2 % par an à compter du 1^{er} janvier 2019) :

Nature de la procédure	Montant
Référé	982 €
Transaction	1 183 €
Tribunal d'Instance	1 257 €
Tribunal de Grande Instance	1 889 €
Tribunal Administratif	1 889 €
Cour d'Appel	1 889 €
Cour de Cassation ou Conseil d'État	3 809 €
Expertise	3 809 €

Seuls sont pris en charge les frais sur lesquels nous donnons un accord préalable.

La garantie n'entre en jeu que pour les litiges d'un intérêt supérieur à 763 euros et prévoit la prise en charge de l'intervention des experts et des auxiliaires de justice pour un montant maximum de 7 623 euros par sinistre.

Exclusion

Sont exclus les conflits et litiges entre les différents successeurs de l'assuré.

Le Plan accident

INFIRMITÉ PERMANENTE PAR ACCIDENT

Nous versons un capital représentant tout ou partie du capital mentionné sur vos Conditions particulières, proportionnellement au taux d'infirmité permanente retenu d'après le barème que vous avez choisi à l'adhésion.

Il existe deux barèmes d'infirmité :

- le barème A ;
- le barème B, qui ne vous est applicable que si mention en est faite expressément sur vos Conditions particulières.

Ces barèmes professionnels peuvent être éventuellement assortis d'une franchise relative égale à 15 % ou à 25 %. Cela vous permet de bénéficier d'une réduction sur la cotisation correspondante.

Dans ce cas, nous n'intervenons pas pour les infirmités légères dont le taux ne dépasse pas celui de la franchise. En revanche, si le taux d'infirmité est supérieur à la franchise, nous retenons celui-ci intégralement pour vous régler la portion du capital souscrit. Si vous avez opté pour cette solution, le taux de franchise retenu figure sur vos Conditions particulières.

→ Barème A

I. Infirmité totale 100 %

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Aliénation totale incurable • Épilepsie post-traumatique avec crises très fréquentes (plusieurs par mois) • Perte totale des deux yeux ou de la vision des deux yeux • Surdité totale des deux oreilles (non appareillable) • Perte définitive de la phonation | <ul style="list-style-type: none"> • Hémiplégie organique complète • Désarticulation totale de l'épaule droite • Paralysie complète du plexus brachial droit • Amputation du bras, de l'avant-bras ou du poignet droit • Perte de la main droite |
|--|---|

II. Infirmités permanentes : totales et partielles

1. Tête	Aliénation totale incurable	100 %	
	épilepsie post-traumatique avec crises très fréquentes (plusieurs par mois)	100 %	
	épilepsie démontrée d'origine traumatique (suivant fréquences des crises)	0 % à 80 %	
	Troubles graves de l'équilibre démontrés tels et troubles neurologiques graves	0 % à 50 %	
	Fracture du crâne et conséquences fonctionnelles objectives	0 % � 100 %	
	Encéphalopathie post-traumatique dite « syndrome subjectif »	0 % à 5 %	
2. Yeux et oreilles	Perte totale des deux yeux ou de la vision des deux yeux	100 %	
	Perte totale d'un œil	50 %	
	Diminution de l'acuité visuelle d'un œil	0 % à 50 %	
	Surdité totale des deux oreilles (non appareillable)	100 %	
	Surdité totale unilatérale (non appareillable)	30 %	
	Hypoacousie unilatérale	0 % à 30 %	
3. Mâchoires et dents	Perte du maxillaire supérieur selon rupture de l'arc mandibulaire	0 % à 70 %	
	Fracture du maxillaire supérieur vicieusement consolidée avec mauvais articulé dentaire	0 % à 40 %	
	Perte de la mâchoire inférieure	80 %	
	Fracture du maxillaire inférieur vicieusement consolidée avec troubles de l'articulé dentaire et selon possibilité de prothèse	0 % à 60 %	
	Perte de dents (incisives, canines), soit pour chaque dent	0,5 %	
	Perte de dents (molaires, prémolaires), soit pour chaque dent	1 %	
	Amputation de la langue suivant le degré de la parole, de la mastication, de la déglutition	0 % à 80 %	
	Perte définitive de la phonation	100 %	
4. Nez	Fracture des os propres du nez ou de la cloison, selon séquelles (sténose)	0 % � 25 %	
5. Tronc : colonne vertébrale	Entorse vertébrale ou fracture d'une apophyse avec algies chroniques d'origine traumatique	0 % � 25 %	
	Fracture d'un corps vertébral et selon les séquelles, surtout neurologiques	0 % à 75 %	
6. Côtes	Fracture de plusieurs côtes, selon les séquelles et le nombre de côtes fractur�es	0 % � 20 %	
	Fracture de plusieurs côtes avec séquelles pleuro-pulmonaires	0 % à 25 %	
7. Bassin	Fracture et selon séquelles (troubles statiques, moteurs, urinaires et sphinctériens)	0 % à 50 %	
8. Membres supérieurs		Droit	Gauche
	Désarticulation totale de l'épaule	100 %	80 %
	Amputation du bras, de l'avant-bras ou du poignet	100 %	80 %
	Ankylose de l'épaule	80 %	65 %
	Limitation des mouvements de l'épaule (raideurs)	0 % � 80 %	0 % à 65 %
	Ankylose du coude en position défavorable (150�-180�)	70 %	55 %
Ankylose du coude en position favorable	50 %	40 %	

→ Barème A (suite)

		Droit	Gauche
8. Membres supérieurs (suite)	Ankylose du poignet (doigts libres)	50 %	40 %
	Pseudarthrose lâche (membre de Polichinelle) du bras, du coude ou de l'avant-bras (non appareillable)	80 %	70 %
	Fracture du bras, du coude, de l'avant-bras selon séquelles (raideurs, atrophie)	0 % à 80 %	0 % à 65 %
	Paralysie complète du plexus brachial	100 %	80 %
	Paralysie complète du circonflexe	40 %	30 %
	Paralysie complète du médian et du bras	90 %	70 %
	Paralysie complète du radial au-dessus du triceps	90 %	70 %
	Paralysie complète du radial au-dessous du triceps	60 %	45 %
	Paralysie complète du cubital au coude	60 %	45 %
	Paralysie complète du cubital au poignet	35 %	25 %
9. Mains		Droit	Gauche
	Amputation main	100 %	80 %
	Amputation pouce	80 %	70 %
	Amputation index	70 %	60 %
	Amputation médius	35 %	25 %
	Amputation annulaire	15 %	12 %
	Amputation auriculaire	10 %	8 %
	Amputation phalange terminale du pouce	50 %	35 %
	Amputation phalange terminale de l'index	20 %	15 %
	Amputation phalange terminale du médium	10 %	7 %
	Amputation phalange terminale de l'annulaire ou de l'auriculaire	5 %	4 %
Fracture d'un ou plusieurs métacarpiens	0 % à 40 %	0 % à 30 %	
10. Membres inférieurs	Perte complète de l'usage des deux jambes	100 %	
	Désarticulation de la hanche	90 %	
	Amputation de la cuisse au tiers moyen	85 %	
	Désarticulation du genou	60 %	
	Amputation de jambe au tiers moyen	50 %	
	Amputation de Syme ou désarticulation tibio-tarsienne	40 %	
	Amputation du pied (Pirogoff-Ricard)	30 %	
	Amputation du pied (Chopard-Lisfranc)	25 %	
	Amputation des cinq orteils	15 %	
	Amputation du gros orteil	10 %	
	Amputation d'un des quatre autres orteils	2 %	
	Ankylose de la hanche (en position défavorable)	70 %	
	Ankylose de la hanche (en position favorable)	50 %	
	Pseudarthrose lâche (membre de Polichinelle), de la cuisse ou des deux os de la jambe (non appareillable)	90 %	
	Fracture du col du fémur, selon les séquelles de hanche (atrophie marche)	0 % à 70 %	
	Fracture de la cuisse, selon les séquelles (raideurs, atrophie)	0 % à 60 %	
	Ankylose du genou (en position défavorable)	0 % à 45 %	
	Ankylose du genou (en position favorable)	0 % à 30 %	
	Fracture de la rotule, selon les séquelles (raideurs, atrophie)	0 % à 35 %	
	Fracture des deux os de la jambe avec séquelles (raideurs, atrophie)	0 % à 50 %	
	Raccourcissement du membre inférieur (de 4 cm à 10 cm)	0 % à 30 %	
	De la raideur à l'ankylose du cou-de-pied	0 % à 30 %	
	Paralysie du nerf sciatique	45 %	
	Paralysie du nerf crural	40 %	
	Paralysie du nerf poplité externe	30 %	
	Paralysie du nerf poplité interne	20 %	
Paralysie du nerf tibial postérieur	15 %		
Rupture du tendon d'Achille	0 % à 30 %		
Névralgies, sciatique persistante (avec objectifs) post-traumatique	0 % à 30 %		
Fracture d'un ou plusieurs métatarsiens, selon séquelles	0 % à 20 %		
11. Divers	Hémiplégie organique complète	100 %	
	Splénectomie suivant l'examen du sang	0 % à 20 %	
	Néphrectomie (majoration du taux selon l'azotémie)	0 % à 40 %	
	Atrophie ou perte d'un testicule sans troubles neuro-endocriniens	10 %	
	Lésions pancréatiques, selon retentissement digestif ou endocrinien	0 % à 40 %	
	Lésions hépatiques, selon les séquelles	0 % à 45 %	

I. Infirmité totale 100 %

- Aliénation totale incurable
- Épilepsie post-traumatique avec crises très fréquentes (plusieurs par mois)
- Perte totale des deux yeux ou de la vision des deux yeux
- Perte totale d'un œil
- Surdité totale des deux oreilles (non appareillable)
- Hémiplégie organique complète
- Désarticulation ou ankylose totale de l'épaule
- Ankylose du coude en position défavorable (150°-180°)
- Paralysie complète du plexus brachial, du médian et du bras, du radial au-dessus du triceps
- Amputation du bras, de l'avant-bras ou du poignet
- Perte de la main
- Perte du pouce ou de sa phalange terminale
- Perte de l'index
- Perte des deux membres inférieurs au-dessous du torse
- Désarticulation ou ankylose de la hanche (en position défavorable)
- Amputation de la cuisse au tiers moyen
- Pseudarthrose lâche de la cuisse ou des deux os de la jambe (non appareillable)
- Perte définitive de la phonation

II. Infirmités permanentes : totales et partielles

1. Tête	Aliénation totale incurable	100 %
	épilepsie post-traumatique avec crises très fréquentes (plusieurs par mois)	100 %
	épilepsie démontrée d'origine traumatique (suivant fréquences des crises)	0 % à 100 %
	Troubles graves de l'équilibre démontrés tels et troubles neurologiques graves	0 % à 100 %
	Fracture du crâne et conséquences fonctionnelles objectives	0 % � 100 %
	Encéphalopathie post-traumatique dite « syndrome subjectif »	0 % à 10 %
2. Yeux et oreilles	Perte totale des deux yeux ou de la vision des deux yeux	100 %
	Perte totale d'un œil	100 %
	Diminution de l'acuité visuelle d'un œil	0 % à 100 %
	Surdité totale des deux oreilles (non appareillable)	100 %
	Surdité totale unilatérale (non appareillable)	60 %
	Hypoacousie unilatérale	0 % à 100 %
3. Mâchoires et dents	Perte du maxillaire supérieur selon rupture de l'arc mandibulaire	0 % à 80 %
	Fracture du maxillaire supérieur vicieusement consolidée avec mauvais articulé dentaire	0 % à 60 %
	Perte de la mâchoire inférieure	90 %
	Fracture du maxillaire inférieur vicieusement consolidée avec troubles de l'articulé dentaire et selon possibilité de prothèse	0 % à 80 %
	Perte de dents (incisives, canines), soit pour chaque dent	0,5 %
	Perte de dents (molaires, pr�molars), soit pour chaque dent	1 %
	Amputation de la langue suivant le degré de la parole, de la mastication, de la déglutition	0 % à 80 %
	Perte définitive de la phonation	100 %
4. Nez	Fracture des os propres du nez ou de la cloison, selon séquelles (sténose)	0 % � 30 %
5. Tronc : colonne vertébrale	Entorse vertébrale ou fracture d'une apophyse avec algies chroniques d'origine traumatique	0 % � 35 %
	Fracture d'un corps vertébral et selon les séquelles, surtout neurologiques	0 % à 100 %
6. Côtes	Fracture de plusieurs côtes, selon les séquelles et le nombre de côtes fractur�es	0 % � 20 %
	Fracture de plusieurs côtes avec séquelles pleuro-pulmonaires	0 % à 45 %
7. Bassin	Fracture et selon séquelles (troubles statiques, moteurs, urinaires et sphinctériens)	0 % à 75 %
8. Membres supérieurs	Désarticulation totale de l'épaule	100 %
	Amputation du bras, de l'avant-bras ou du poignet	100 %
	Ankylose de l'épaule	100 %
	Limitation des mouvements de l'épaule (raideurs)	0 % � 100 %
	Ankylose du coude en position défavorable (150°-180°)	100 %
	Ankylose du coude en position favorable	70 %
	Ankylose du poignet (doigts libres)	60 %
	Pseudarthrose lâche (membre de Polichinelle) du bras, du coude ou de l'avant-bras (non appareillable)	90 %
	Fracture du bras, du coude, de l'avant-bras selon séquelles (raideurs, atrophie)	0 % � 90 %
	Paralysie complète du plexus brachial	100 %
	Paralysie complète du circonflexe	50 %
	Paralysie complète du médian et du bras	100 %
	Paralysie complète du radial au-dessus du triceps	100 %
	Paralysie complète du radial au-dessous du triceps	85 %
Paralysie complète du cubital au coude	85 %	
Paralysie complète du cubital au poignet	55 %	

→ Barème B (suite)

9. Mains	Amputation main	100 %
	Amputation pouce	100 %
	Amputation index	100 %
	Amputation médius	80 %
	Amputation annulaire	40 %
	Amputation auriculaire	20 %
	Amputation phalange terminale du pouce	100 %
	Amputation phalange terminale de l'index	50 %
	Amputation phalange terminale du médium	25 %
	Amputation phalange terminale de l'annulaire ou de l'auriculaire	10 %
	Fracture d'un ou plusieurs métacarpiens	0 % à 50 %
10. Membres inférieurs	Perte complète de l'usage des deux jambes	100 %
	Désarticulation de la hanche	90 %
	Amputation de la cuisse au tiers moyen	85 %
	Désarticulation du genou	60 %
	Amputation de jambe au tiers moyen	50 %
	Amputation de Syme ou désarticulation tibio-tarsienne	40 %
	Amputation du pied (Pirogoff-Ricard)	30 %
	Amputation du pied (Chopard-Lisfranc)	25 %
	Amputation des cinq orteils	25 %
	Amputation du gros orteil	15 %
	Amputation d'un des quatre autres orteils	4 %
	Ankylose de la hanche (en position défavorable)	100 %
	Ankylose de la hanche (en position favorable)	70 %
	Pseudarthrose lâche (membre de Polichinelle), de la cuisse ou des deux os de la jambe (non appareillable)	100 %
	Fracture du col du fémur, selon les séquelles de hanche (atrophie marche)	0 % à 80 %
	Fracture de la cuisse, selon les séquelles (raideurs, atrophie)	0 % à 75 %
	Ankylose du genou (en position défavorable)	0 % à 65 %
	Ankylose du genou (en position favorable)	0 % à 40 %
	Fracture de la rotule, selon les séquelles (raideurs, atrophie)	0 % à 50 %
	Fracture des deux os de la jambe avec séquelles (raideurs, atrophie)	0 % à 70 %
	Raccourcissement du membre inférieur (de 4 cm à 10 cm)	0 % à 40 %
	De la raideur à l'ankylose du cou-de-pied	0 % à 45 %
	Paralysie du nerf sciatique	65 %
Paralysie du nerf crural	65 %	
Paralysie du nerf poplité externe	40 %	
Paralysie du nerf poplité interne	30 %	
Paralysie du nerf tibial postérieur	25 %	
Rupture du tendon d'Achille	0 % à 40 %	
Névralgies, sciatique persistante (avec objectifs) post-traumatique	0 % à 40 %	
Fracture d'un ou plusieurs métatarsiens, selon séquelles	0 % à 25 %	
11. Divers	Hémiplégie organique complète	100 %
	Splénectomie suivant l'examen du sang	0 % à 40 %
	Néphrectomie (majoration du taux selon l'azotémie)	0 % à 50 %
	Atrophie ou perte d'un testicule sans troubles neuro-endocriniens	10 %
	Lésions pancréatiques, selon retentissement digestif ou endocrinien	0 % à 45 %
	Lésions hépatiques, selon les séquelles	0 % à 50 %

➔ Comment votre pourcentage d'infirmité est-il évalué ?

Votre pourcentage d'infirmité sera évalué par voie d'expertise médicale. En cas de désaccord, il est convenu de procéder à l'évaluation par arbitrage, confié à un tiers expert.

Pour les infirmités permanentes non énumérées sur les barèmes professionnels, nous vous indemniserons en proportion de leur gravité, rapportée à celle des cas énumérés.

Si vous nous avez déclaré que vous êtes gaucher sur votre questionnaire médical, les taux d'infirmité prévus pour le membre supérieur droit s'appliquent au membre supérieur gauche et inversement.

L'infirmité totale ou partielle d'un membre est assimilée à sa perte totale ou partielle.

Si, à la suite d'un accident, plusieurs membres ou organes sont frappés d'infirmité, les taux d'infirmité en résultant se cumulent sans que le total puisse dépasser 100 %.

Si un même membre ou organe est frappé de plusieurs lésions, les taux d'infirmité en résultant se cumulent sans que le total puisse dépasser le taux prévu pour la perte totale de ce membre ou organe.

La perte d'un membre ou organe déjà atteint d'infirmité totale ne donne lieu à aucune indemnisation.

Si l'accident affecte un membre ou organe déjà lésé, le taux sera évalué par différence entre les taux d'infirmité après et avant l'accident.

Si les conséquences de l'accident sont aggravées par un état de santé déficient indépendant de l'accident, le taux d'infirmité sera évalué, non sur les suites effectives de l'accident, mais sur celles qu'elles auraient eues sur une personne en bonne santé.

Nous ne considérons en aucun cas le préjudice esthétique ou le pretium doloris comme une infirmité permanente.

➔ Quand versons-nous le capital ?

Dès consolidation de votre infirmité permanente, et au plus tôt après un délai d'un an postérieur à la date de survenance de votre accident, nous vous versons le capital déterminé.

Dans le cas où, après ce délai minimal d'un an, le taux d'infirmité permanente ne peut être fixé définitivement, nous vous réglons un capital réduit de moitié sur la base du taux que nous retenons provisoirement. Nous effectuerons le règlement final dès la détermination du taux d'infirmité à titre définitif et, au plus tard, après un délai de 2 ans postérieur à la date de fixation du taux provisoire d'infirmité. Dans tous les cas, le capital minoré que nous aurons réglé vous restera acquis.

En aucun cas, l'assureur ne pourra être tenu d'intervenir au titre des garanties Incapacité temporaire et Infirmité permanente dans les suites d'un accident déjà réglé et pour lequel une lettre d'acceptation ou quittance régulière signée par le bénéficiaire aura été donnée.

➔ Versement d'une avance

Nous vous versons une avance immédiatement et sans attendre la consolidation ni la fixation de votre taux d'infirmité dans les cas énumérés ci-dessous. Cette avance, égale à 10 % du capital pour infirmité par accident, vous est acquise quel que soit le taux d'infirmité qui sera fixé par la suite.

Liste des cas pour lesquels nous intervenons :

- fracture du crâne ayant entraîné un coma égal ou supérieur à une heure
- fracture articulaire de l'épaule
- fracture de la colonne vertébrale cervicale
- fracture de la colonne vertébrale dorsale ou lombaire, avec lésion de la moelle épinière
- fracture articulaire de la hanche
- fracture polyfragmentaire du bassin
- fracture articulaire du genou
- amputation d'un membre ou d'une partie d'un membre, à l'exclusion des quatrième et cinquième doigts (annulaire ou auriculaire) et des orteils
- perte totale de la vision d'un œil.

Nous vous versons également l'avance pour les grandes affections neurologiques post-traumatiques, hémiplegie, paraplégie, tétraplégie et les néphrectomies d'emblée.

➔ Remboursement des frais de chirurgie esthétique

Nous remboursons les frais de chirurgie esthétique exposés à l'occasion d'un accident garanti.

La garantie est fixée à 5 % du capital souscrit pour infirmité permanente par accident, réduit éventuellement des sommes déjà versées par tout régime de prévoyance à caractère obligatoire ou facultatif ou d'une convention d'assistance.

ASSISTANCE AIDE EN CAS D'ACCIDENT

En cas d'accident, nous vous remboursons les frais de transport, de recherche, de sauvetage et de recours.

➔ Quand versons-nous la garantie Assistance ?

Vous devez avoir souscrit l'une des garanties suivantes :

- Incapacité temporaire relais 90 jours
- Incapacité temporaire 730 jours
- Incapacité temporaire 1 095 jours
- Invalidité professionnelle permanente
- Perte de profession / Reconversion
- Infirmité permanente par accident

Nous vous accordons alors l'ensemble des prestations ci-dessous :

Frais de transport :

Nous vous remboursons les frais de transport jusqu'à concurrence de la somme de 305 euros, du lieu de l'accident jusqu'à l'établissement hospitalier le plus proche, ou à celui que vous aura prescrit une autorité médicale compétente et que nécessite votre état.

Recherche et sauvetage :

Nous prenons à notre charge, jusqu'à concurrence de la somme de 915 euros, les frais dont le remboursement vous serait réclamé par des organisations de secours publiques ou privées après vous avoir recherché si vous avez été accidenté dans un lieu sans autre moyen de secours que ceux apportés par les sauveteurs.

Recours :

En cas de préjudice corporel en France lors d'un accident garanti (sauf en tant que conducteur d'un véhicule à moteur) et s'il y a un tiers responsable, nous nous engageons à réclamer à nos frais et sans limitation de somme, soit de manière amiable, soit par toute action judiciaire que nous jugerons appropriée, la réparation pécuniaire de ce dommage.

La garantie Assistance - Aide en cas d'accident n'intervient que si l'accident dont vous êtes victime est lui-même garanti.

Si vous bénéficiez, tant pour les frais de transport, de recherche, de sauvetage et de recours, d'un remboursement au titre d'un régime obligatoire ou facultatif de prévoyance ou d'une convention d'assistance, nous interviendrons uniquement dans la limite des montants garantis pour la différence entre les frais que vous avez exposés et les remboursements perçus.

DÉCÈS PAR ACCIDENT

En cas d'accident, nous versons le capital stipulé aux Conditions particulières au(x) bénéficiaire(s) que vous avez désigné(s).

➔ Quand et comment réglons-nous le capital ?

Nous intervenons lorsqu'un accident entraîne votre décès immédiatement ou dans un délai de 12 mois à compter de sa date de survenance.

En cas de décès simultané du conjoint (même événement générateur de décès dans les 12 mois), nous réglons un capital supplémentaire au profit du ou des enfants qui restaient à la charge de l'assuré.

Ce capital supplémentaire sera égal à 50 % du capital que vous avez choisi à l'adhésion au titre de la garantie Décès par accident.

Il appartient aux bénéficiaires de prouver la relation de cause à effet entre l'accident et le(s) décès.

Les indemnités prévues pour les garanties Infirmitté permanente par accident et Décès par accident ne peuvent se cumuler.

Dans le cas où vous décéderiez dans un délai inférieur à un an des suites de

l'accident, les indemnités que vous auriez pu toucher au titre de la garantie Infirmitté permanente par accident viendront en déduction de la somme à verser en cas de décès, sans possibilité pour nous de réclamer une différence éventuelle.

La garantie Décès par accident peut se souscrire conjointement aux garanties Rente éducation et Rente de conjoint, mais non avec la garantie Décès et Perte totale et irréversible d'autonomie.

Les garanties familiales

RENTE DE CONJOINT

À la suite de votre décès, nous constituerons sur la tête de votre conjoint une rente temporaire (Option 1) ou une rente viagère (Option 2) correspondant au montant stipulé sur les Conditions particulières.

Le conjoint est défini comme la personne mariée à l'assuré ou son concubin ou le partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité et est celui qui est nominativement désigné aux Conditions particulières.

En cas de réalisation de l'événement garanti, le bénéficiaire devra produire toutes pièces officielles justifiant de son identité.

➔ Option 1 : Rente temporaire de conjoint

La rente temporaire est servie trimestriellement au plus tard jusqu'au 65^e anniversaire du bénéficiaire.

Nous versons le premier terme 3 mois après votre décès.

En cas de décès du bénéficiaire de la rente avant ses 65 ans, la rente continue d'être versée au profit des enfants qui restaient fiscalement à sa charge. Ils bénéficient du versement de la rente au plus tard jusqu'à ce qu'ils atteignent 21 ou 28 ans en cas de poursuite d'études. Si les enfants atteignent 21 ou 28 ans avant les 65 ans du conjoint, le versement de la rente cesse.

Dans le cas où le conjoint viendrait à décéder avant l'assuré, le bénéfice de la garantie serait reporté sur les enfants fiscalement à la charge de ce dernier au moment du décès. Les conditions d'âge définies ci-dessus pour les enfants bénéficiaires restent valables dans cette hypothèse.

Le montant de la rente prévu est divisé en parts égales entre le nombre d'enfants qui répondent aux conditions définies ci-dessus.

➔ Option 2 : Rente viagère de conjoint

Le contrat garantit le service d'une rente payable la vie entière du bénéficiaire. À compter du 65^e anniversaire du bénéficiaire, la rente servie est réduite de 1/3.

Le service de la rente cesse en cas de décès du bénéficiaire de la rente.

RENTE ÉDUCATION

À la suite de votre décès par accident ou maladie, ou de votre perte totale et irréversible d'autonomie, nous constituons au bénéfice de chacun de vos enfants une rente annuelle dont le montant est indiqué sur les Conditions particulières.

Le versement de la rente s'effectuera jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 21 ans révolus ou jusqu'à la fin de ses études et, dans ce dernier cas, au plus tard jusqu'à l'âge de 28 ans révolus.

➔ Quand et comment réglons-nous la rente ?

Pour chaque enfant bénéficiaire désigné, la prestation qui est servie est calculée comme suit :

- 50 % de la rente choisie à l'adhésion avant 12 ans ;
- 75 % de la rente choisie à l'adhésion entre 12 et 17 ans ;
- 100 % de la rente choisie à l'adhésion après 18 ans.

Nous payons la rente par arrérages trimestriels.

Nous versons le premier terme 3 mois après votre décès.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie, le premier versement interviendra 9 mois après la présentation de la preuve de l'invalidité.

Dans le cas où l'un des bénéficiaires viendrait à décéder postérieurement au décès de l'assuré ou des suites du même accident, le service de la rente ne sera pas forcément interrompu. Les arrérages seront répartis par parts égales entre les autres bénéficiaires éventuels et versés jusqu'à la date prévue initialement en fonction de l'âge du bénéficiaire décédé.

ALLOCATION ENFANT IMMOBILISÉ TEMPORAIREMENT

➔ Quand et comment versons-nous l'allocation journalière ?

Si un accident ou une maladie affecte l'état de santé de votre (ou de l'un de vos) enfant(s) au point qu'il soit obligé d'être hospitalisé ou de garder la chambre, et sous réserve que celui-ci ait moins de 18 ans, nous vous versons une allocation journalière forfaitaire à compter du 31^e jour de son immobilisation et jusqu'à ce qu'il puisse quitter l'hôpital ou, à défaut, la chambre.

L'adhésion n'est possible que pour tout enfant de moins de 16 ans.

Le montant de l'allocation journalière est précisé sur vos Conditions particulières ainsi que le(s) nom(s), prénom(s) et date(s) de naissance de votre (ou de vos) enfant(s) assuré(s).

Son versement est effectué chaque mois à terme échu et sur présentation d'un certificat médical attestant que l'état de santé de votre (ou de l'un de vos) enfant(s), suite à sa maladie ou accident, implique qu'il ne puisse pas sortir de l'hôpital ou quitter sa chambre.

En cas de rechute moins de 90 jours après que l'enfant ait quitté l'hôpital ou la chambre, la franchise de 30 jours n'est pas appliquée et l'allocation journalière est calculée d'après le montant et la durée de celle retenue initialement.

Dans tous les cas, pour une seule et même maladie ou un seul et même accident de l'enfant assuré, vous ne pourrez pas percevoir des allocations journalières pendant plus de 365 jours.

Nous ne garantissons en aucun cas les séjours dans les centres de rééducation et les maladies héréditaires ou congénitales.

Livret 2

Les garanties du contrat groupe n° 229 Madelin (M)

La loi n° 94-126 du 11 février 1994, dite « loi Madelin » — **28**

Les garanties éligibles à la loi Madelin : le Plan maladie-accident — **29**

Les garanties éligibles à la loi Madelin : les garanties familiales — **33**

La loi n° 94-126 du 11 février 1994, dite « loi Madelin »

DISPOSITIONS RELATIVES À LA LOI MADELIN

Si vous souhaitez adhérer au présent contrat afin de bénéficier de la loi Madelin, vous devez justifier, à l'adhésion et à chaque renouvellement de celle-ci, être à jour du paiement des cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et vieillesse.

Au titre de ce contrat, seules les garanties constituant des revenus de remplacement peuvent être souscrites au titre de la loi n° 94-126 du 11 février 1994, dite « loi Madelin ».

Elles sont précisées page 27 et suivantes.

FISCALITÉ

Le présent contrat entre dans les dispositions de l'article L.144-1 du Code des assurances et permet une déductibilité de votre bénéfice imposable, des cotisations versées conformément à l'article 154 bis du Code général des impôts.

→ Comment bénéficiaire de la loi Madelin ?

Au moment de la conclusion ou du renouvellement de votre adhésion, vous devez justifier auprès de votre assureur, La Médicale de France, que vous êtes à jour du paiement des cotisations dues au titre des régimes obligatoires d'assurance maladie et assurance vieillesse, par la production d'une attestation délivrée par vos caisses d'assurance maladie (copie de la carte d'assuré social à jour ou attestation d'ouverture de droits en cas de carte magnétique) et d'assurance vieillesse (attestation annuelle de la caisse).

Nous vous rappelons que la loi prévoit qu'en cas de non-paiement de vos cotisations auprès des caisses obligatoires, et, conformément à l'article L.652-4 du Code de la Sécurité sociale, la nullité de votre adhésion peut être prononcée et d'éventuelles sanctions peuvent être encourues.

→ Qui peut bénéficier de la loi Madelin ?

Vous devez exercer votre activité comme travailleur indépendant non agricole au sens de la législation sociale soit individuellement, soit au sein d'une société de personnes (Société Civile Professionnelle, Entreprise Unipersonnelle à Responsabilité Limitée, Société en Nom Collectif) dont les résultats sont imposés à votre nom à l'impôt sur le revenu dans la catégorie des bénéfices non commerciaux ou être gérant majoritaire d'une Société à Responsabilité Limitée ou associé d'une société de personnes ayant opté pour son assujettissement à l'impôt sur les sociétés (article 62 du Code général des impôts).

→ Quelles sont les cotisations concernées par la loi Madelin ?

Outre les cotisations au régime légal, les garanties des contrats complémentaires permettant une déductibilité de la cotisation sont celles permettant de percevoir :

- les indemnités journalières, ayant le caractère de revenu de remplacement,
- les rentes d'invalidité,
- les rentes de conjoint,
- les rentes éducation.

→ Quelle est la fiscalité applicable à ces contrats ?

Déductibilité des cotisations

Les cotisations obligatoires et complémentaires sont déductibles dans certaines limites. Il existe un seuil maximal de déduction au-delà duquel s'appliquera la réintégration au revenu imposable.

Les cotisations dues au titre des régimes de prévoyance complémentaire peuvent être déduites dans la limite des plafonds suivants :

- 7 % du plafond annuel moyen de la Sécurité sociale, soit pour 2018 : $7\% \times 39\,732\text{ €} = 2\,781\text{ €}$
- majoré de 3,75 % de votre bénéfice imposable.

Le total de ces deux réductions ne peut dépasser 3 % de 8 fois le plafond annuel moyen de la Sécurité sociale, soit pour 2018 : $3\% \times (39\,732\text{ €} \times 8) = 9\,536\text{ €}$.

Imposition des prestations

Les revenus de remplacement (indemnités journalières de maladie) seront réintégrés au bénéfice imposable du bénéficiaire quand l'activité se poursuit. Dans le cas contraire, ils seront imposables au titre des pensions et rentes viagères, à l'instar des rentes servies au titre du décès et de l'invalidité.

L'ensemble de ces revenus pourront bénéficier de l'abattement de 10 % relatif à l'ensemble des revenus des catégories « Traitements, salaires et pensions ». Ils seront soumis à la CSG et à la CRDS.

Selon la réglementation en vigueur concernant le prélèvement à la source à compter du 01/01/2019, La Médicale peut être amenée à prélever l'impôt sur certaines prestations et le reverser à l'administration fiscale. Dans ce cas, les assurés en sont informés.

La Médicale s'engage à respecter la confidentialité des informations qui lui sont transmises par l'administration fiscale pour le calcul de l'impôt conformément à la protection des données personnelles.

Les garanties éligibles à la loi Madelin : le Plan maladie-accident

INCAPACITÉ TEMPORAIRE

Nous vous versons une indemnité journalière en cas d'arrêt de travail consécutif à un accident ou une maladie.

Nous vous proposons trois formules de garanties : 90 jours, 730 jours et 1 095 jours.

Selon la formule de garantie, vous pouvez choisir entre les deux options suivantes :

Option Arrêt total : nous cessons notre règlement d'indemnité dès la reprise partielle ou totale d'activité.

Cependant, si à l'issue d'une incapacité temporaire totale ayant donné lieu à indemnisation, vous pouvez reprendre votre activité professionnelle à 50 % minimum et si vous êtes reconnu médicalement en incapacité temporaire partielle, nous vous versons une indemnité proportionnelle à la diminution de votre activité jusqu'à la reprise de votre travail et au maximum pendant 90 jours.

Option Arrêt total ou partiel : nous vous versons une indemnité journalière réduite, proportionnelle à la diminution de votre activité. Son montant peut varier au fur et à mesure de la reprise de votre activité professionnelle.

Les options Arrêt total ou Arrêt total ou partiel ne peuvent pas se cumuler.

Nous vous proposons également de vous assurer en cas d'arrêt total de travail de votre conjoint collaborateur consécutif à un accident ou une maladie.

➔ Garantie Incapacité temporaire relais - 90 jours

Les indemnités journalières vous sont versées jusqu'au 90^e jour d'arrêt de travail à compter :

- en cas de maladie, du 15^e jour d'arrêt de travail,
- en cas d'accident, du 3^e jour d'arrêt de travail,
- en cas d'hospitalisation, reportez-vous aux dispositions du paragraphe « Franchise applicable en cas d'hospitalisation ».

Cette garantie peut être souscrite en Arrêt total ou en Arrêt total ou partiel.

Elle ne peut pas être souscrite seule et se cumule avec l'une des garanties Incapacité ci-après.

➔ Garantie Incapacité temporaire - 730 jours

Les indemnités journalières vous sont versées jusqu'au 730^e jour d'arrêt de travail à compter :

- en cas de maladie :
 - du 8^e, 15^e, 31^e jour d'arrêt de travail en Arrêt total ou en Arrêt total ou partiel,
 - du 91^e ou 181^e jour d'arrêt de travail en Arrêt total,
- en cas d'accident, du 3^e jour d'arrêt de travail en Arrêt total ou en Arrêt total ou partiel, sauf si avez choisi une franchise de 90 ou 180 jours en maladie. Dans ce cas, c'est la franchise Maladie qui s'applique,
- en cas d'hospitalisation, reportez-vous aux dispositions du paragraphe « Franchise applicable en cas d'hospitalisation ».

Si vous choisissez la franchise de 30 jours en Maladie, vous pouvez opter pour une franchise toutes causes applicable quelle que soit l'origine du sinistre : maladie, accident ou hospitalisation.

➔ Garantie Incapacité temporaire - 1 095 jours

Les indemnités journalières vous sont versées jusqu'au 1 095^e jour d'arrêt de travail à compter :

- en cas de maladie :
 - du 8^e, 15^e, 31^e jour d'arrêt de travail en Arrêt total ou en Arrêt total ou partiel,
 - du 91^e, 181^e, 366^e jour d'arrêt de travail en Arrêt total,

- en cas d'accident, du 3^e jour d'arrêt de travail en Arrêt total ou en Arrêt total ou partiel sauf si avez choisi la franchise de 90, 180 ou 365 jours en Maladie. Dans ce cas c'est la franchise Maladie qui s'applique,

- en cas d'hospitalisation, reportez-vous aux dispositions du paragraphe « Franchise applicable en cas d'hospitalisation ».

Si vous choisissez la franchise de 30 jours en Maladie, vous pouvez opter pour une franchise toutes causes applicable quelle que soit l'origine du sinistre : maladie, accident ou hospitalisation.

➔ Franchise applicable en cas d'hospitalisation

Dans chacune des formules de garanties, sauf si vous avez choisi les franchises 30 jours toutes causes, 90, 180 ou 365 jours en Maladie ou la garantie Incapacité pour prolongation d'activité, nous intervenons à compter du premier jour d'hospitalisation y compris en cas d'hospitalisation ambulatoire si votre arrêt de travail est d'au moins 3 jours.

En cas de persistance de l'arrêt de travail, notre intervention se poursuit pendant la période comprise entre la date de sortie de l'hôpital et l'expiration de la franchise.

Toute hospitalisation intervenant après l'expiration de la franchise n'a aucune incidence sur le versement des prestations.

Les franchises 30 jours toutes causes, 90, 180 ou 365 jours en Maladie s'appliquent en cas d'hospitalisation.

Pour la garantie Incapacité pour prolongation d'activité, la franchise applicable est mentionnée au paragraphe ci-dessous.

➔ Garantie Incapacité pour prolongation d'activité

Les indemnités journalières vous sont versées pendant une durée maximale de 200 jours à compter du 15^e jour d'arrêt de travail en Arrêt total en cas de maladie, d'accident ou d'hospitalisation.

➔ Versement d'un forfait maternité

Ne concerne pas les garanties :

- Incapacité temporaire relais - 90 jours
- Incapacité temporaire professionnelle - 730 jours
- Incapacité pour prolongation d'activité

À l'occasion de chaque maternité, nous versons à l'assurée une allocation dite « forfait maternité », sous réserve que l'accouchement intervienne au moins 365 jours après la souscription de la garantie Incapacité temporaire 1 095 jours. Cette allocation n'est versée qu'une fois en cas de naissances multiples.

Le forfait maternité correspond au montant de 30 indemnités journalières (maximum 3 050 euros). Il est ramené à la valeur de 15 indemnités journalières (maximum 1 525 euros) lorsque l'accouchement intervient au cours des deuxième et troisième années suivant la souscription de la garantie Incapacité temporaire 1 095 jours.

Chaque année, le montant de l'allocation garantie sera revalorisé dans la même proportion que les autres garanties du contrat.

L'indemnité est réglée sur présentation de l'acte de naissance.

En cas d'adoption d'un enfant de moins de 3 ans, nous versons à l'assurée la moitié du forfait maternité prévu ci-dessus.

En cas d'augmentation de garanties, le montant de la prestation est égale à 15 ou 30 fois le montant de l'indemnité journalière 1 095 jours souscrite depuis plus d'un an.

➔ Dispositions particulières pour l'ensemble des formules de garanties

En cas de grossesse pathologique et de suites pathologiques d'accouchement répondant aux définitions contractuelles suivantes :

- Par grossesse pathologique, il faut entendre toutes les affections contractées au cours de la grossesse pouvant mettre en danger la vie de la mère ou de l'enfant ou être responsable de l'interruption de la grossesse. Les fausses couches, grossesses extra-utérine, fécondations in vitro, ou tentatives de fécondation in vitro sont assimilées à des grossesses pathologiques.

Le versement des indemnités journalières s'effectue après l'expiration de la franchise applicable en cas de maladie et se termine au plus tard 30 jours avant la date réelle de l'accouchement. Nous interrompons notre indemnisation au plus tard 30 jours avant la date présumée de l'accouchement. Selon le cas, le forfait maternité sera diminué ou augmenté du nombre d'indemnités journalières dues par différence entre 30 jours avant la date présumée et 30 jours avant la date réelle de l'accouchement.

- Par suites pathologiques d'accouchement, il faut entendre toutes les affections qui, en rapport direct avec l'accouchement, nécessitent un repos excédant 60 jours et empêchent la reprise de toute activité professionnelle de la part de la mère.

Le versement des indemnités journalières s'effectue après l'expiration de la franchise applicable en cas de maladie sauf si les suites pathologiques d'accouchement succèdent à une grossesse pathologique. Nous vous versons la prestation une fois le délai de 60 jours expiré.

Dans tous les cas, notre prise en charge suppose un arrêt total de travail médicalement justifié. Elle n'intervient qu'à l'expiration d'une période d'attente de 9 mois après l'adhésion ou la modification en augmentation de la garantie, le fait générateur étant la survenance de la pathologie et non le début de la grossesse pour déterminer si la garantie est acquise.

Nous ne prenons pas en charge les arrêts de travail, hospitalisation ou tous autres frais imputables à la grossesse ou à l'accouchement normal.

En cas de troubles psychiatriques, dépressions nerveuses, affections psychotiques, maladies mentales, troubles psychiques et syndromes dépressifs :

La garantie (ou le différentiel de garantie en cas de modification en augmentation du montant de celle-ci) n'est accordée à l'assuré qu'à l'expiration d'une période de 12 mois, postérieure à la date d'effet de souscription de la garantie ou d'augmentation de celle-ci, mentionnée aux Conditions particulières. Les affections susdites constatées ou traitées ainsi que leurs suites, conséquences ou récurrences, avant l'expiration de la période d'attente, resteront toujours exclues de la garantie pendant toute la durée de l'adhésion.

Les indemnités journalières sont versées à compter du :

- 31^e jour d'arrêt de travail si vous avez choisi les franchises Maladie de 7, 14 ou 30 jours. Cependant, si vous êtes hospitalisé pour une durée minimum de 30 jours continus, nous intervenons, selon votre franchise Maladie, à compter du 8^e, 15^e ou 31^e jour.
- 91^e jour, 181^e jour ou 366^e jour d'arrêt de travail si vous avez choisi les franchises Maladie de 90, 180 ou 365 jours en fonction de votre franchise Maladie.

Pour la garantie Incapacité temporaire relais 90 jours, notre prise en charge ne peut en aucun cas excéder 90 jours sous réserve de la reconstitution de la garantie telle que définie au paragraphe « Comment intervenons-nous en cas de rechute ? ».

En cas de dons d'organe ou de moelle osseuse :

Si vous vous trouvez, par suite d'un don d'organe ou de moelle osseuse, en incapacité temporaire totale de travail, les indemnités journalières que vous avez souscrites vous sont versées depuis le 1^{er} jour de votre arrêt de travail et pendant toute sa durée jusqu'au :

- 15^e jour d'arrêt de travail, en cas d'un don de moelle osseuse,
- 30^e jour d'arrêt de travail, en cas d'un don d'organe,

sauf avis de notre Médecin-conseil.

Nous cessons le règlement des prestations dès que vous pouvez reprendre votre activité professionnelle même partiellement.

➔ Comment versons-nous l'indemnité journalière ?

Notre règlement est forfaitaire : le montant des indemnités journalières versé en cas de sinistre est égal au montant assuré figurant sur vos Conditions particulières. Il est revalorisé dans les conditions indiquées au chapitre « Comment sont revalorisées les garanties et les cotisations ? ».

L'indemnité vous est versée jusqu'à la reprise de votre activité professionnelle ou jusqu'à la consolidation des lésions consécutives à votre accident ou la chronicité de votre maladie et au plus tard jusqu'au 90^e jour, 730^e jour ou 1 095^e jour selon la garantie souscrite diminuée du nombre de jours de franchise. En cas d'option Arrêt total ou partiel, l'indemnité sera proportionnelle à la diminution de votre activité.

Dès la consolidation des lésions consécutives à votre accident ou la chronicité de votre maladie, vous pouvez éventuellement bénéficier, si vous les avez souscrites, des garanties Invalidité professionnelle permanente, Infirmitté permanente par accident, Perte de profession/Reconversion.

La consolidation ou la chronicité ne pourront être établies qu'après un délai minimal d'un an à partir de la date de l'accident ou de la maladie même s'ils n'ont pas fait l'objet d'une indemnisation au titre des garanties Incapacité temporaire.

➔ Comment intervenons-nous en cas de rechute ?

En cas de rechute, suite, conséquence ou récurrence :

- moins d'une année après la reprise de l'activité, aucune franchise n'est appliquée ;
- plus d'une année après la reprise de l'activité, la franchise appliquée est celle de l'arrêt ayant donné lieu à la rechute.

L'indemnité journalière évolue dans les mêmes proportions que les cotisations et les sommes assurées : elle est alors calculée sur le montant garanti, en vigueur au jour de la rechute. Cependant, en cas d'augmentation de garantie intervenant entre la reprise d'activité et la rechute, l'indemnisation se fait sur la base du montant initial indexé et non du nouveau montant.

Dans tous les cas :

- Pour un seul et même accident ou pour une seule et même maladie, vous ne pouvez percevoir les indemnités journalières pendant plus de 1 095 jours, 730 jours ou 90 jours selon la garantie souscrite, diminuée du nombre de jours de franchise prévu sur vos Conditions particulières. Toutefois, la garantie Incapacité temporaire relais 90 jours est reconstituée en cas de rechute, suite, conséquence ou récurrence intervenant 365 jours après le 1^{er} arrêt pour les praticiens libéraux et 180 jours après le 1^{er} arrêt pour les praticiens hospitaliers.

Tous accidents ou toutes maladies confondus, vous ne pouvez percevoir les indemnités pendant plus de 200 jours dans le cadre de la garantie Incapacité pour prolongation d'activité.

- Le service des indemnités journalières est arrêté le 31 décembre de l'année d'assurance au cours de laquelle vous atteignez l'âge de 67 ans (70 ans pour la garantie Incapacité pour prolongation d'activité, sauf si le maximum de versement est atteint).

➔ Comment intervenons-nous si, au cours d'un arrêt de travail, vous êtes à nouveau victime d'un accident ou d'une maladie intercurrent ?

Ces derniers seront assimilés à des rechutes.

En aucun cas, il ne peut y avoir cumul d'indemnités ou prolongation de la période de garantie.

Vous ne pourrez percevoir, en fonction de la garantie souscrite des indemnités au-delà du 90^e jour sous réserve de la reconstitution de la garantie en cas de rechute, telle que définie au paragraphe précédent, du 200^e jour, du 730^e jour ou du 1 095^e jour qui suit l'événement qui a initialement ouvert le droit aux prestations.

INVALIDITÉ PROFESSIONNELLE PERMANENTE

Si, après un délai d'un an à partir de la date de l'accident ou de la maladie même s'ils n'ont pas fait l'objet d'une indemnisation au titre des garanties Incapacité temporaire, vous demeurez atteint d'une invalidité, nous vous proposons une garantie Invalidité professionnelle permanente totale ou partielle (Formule 1) ou totale (Formule 2).

Nous vous assurerons le service d'une rente annuelle stipulée sur les Conditions particulières, selon la formule et l'option choisies à l'adhésion.

➔ Garantie Invalidité professionnelle permanente totale ou partielle - Formule 1

Option 1

Si le taux de votre invalidité permanente est égal ou supérieur à 15 % ou 26 % selon le seuil d'intervention que vous avez choisi, nous vous versons chaque année une rente d'un montant représentant tout ou partie de la rente mentionnée sur vos Conditions particulières, proportionnellement au taux d'invalidité évalué.

La rente en service est réduite de moitié le 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous atteindrez 60 ans.

Option 2

Si le taux de votre invalidité permanente est compris entre 15 % et 65 % ou entre 26 % et 65 % selon le seuil d'intervention que vous avez choisi, nous vous versons chaque année une rente d'un montant représentant tout ou partie de la rente mentionnée sur vos Conditions particulières, proportionnellement au taux d'invalidité évalué.

Dès lors que votre invalidité est reconnue égale ou supérieure à 66 % (c'est-à-dire lorsque votre capacité de travail est réduite d'au moins 2/3), nous vous versons intégralement la rente.

Option 3

Si le taux de votre invalidité permanente est compris entre 15 % et 65 % ou entre 26 % et 65 % selon le seuil d'intervention que vous avez choisi, nous vous versons chaque année une rente d'un montant représentant tout ou partie de la rente mentionnée sur vos Conditions particulières, proportionnellement au taux d'invalidité T calculé selon la formule T/66, T étant le taux d'invalidité évalué selon les dispositions décrites au paragraphe « Comment évaluons-nous votre taux d'invalidité ? ».

Dès lors que votre invalidité est reconnue égale ou supérieure à 66 % (c'est-à-dire lorsque votre capacité de travail est réduite d'au moins 2/3), nous vous versons la rente intégralement.

Dispositions communes

Si le taux de votre invalidité permanente est ou devient inférieur ou égal à 14 % si vous avez choisi un seuil d'intervention de 15 % ou 25 % si vous avez choisi un seuil d'intervention de 26 %, aucune prestation ne vous est due au titre de la garantie Invalidité professionnelle permanente Formule 1 - option 1, 2 ou 3.

➔ Garantie Invalidité professionnelle permanente totale - Formule 2

Si vous demeurez atteint d'une invalidité permanente totale égale ou supérieure à 66 % (c'est-à-dire lorsque votre capacité de travail est réduite d'au moins 2/3), nous vous versons, chaque année, une rente du montant que vous avez choisi à l'adhésion et qui est précisé sur vos Conditions particulières.

La rente en service est réduite de moitié le 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous atteindrez 60 ans.

Nous n'intervenons pas si le taux de votre invalidité permanente devient inférieur à 66 %.

➔ Comment évaluons-nous votre taux d'invalidité ?

Le taux d'invalidité est apprécié de 0 % à 100 %, en tenant compte de la répercussion réelle de l'accident ou de la maladie sur votre activité professionnelle, d'après le taux et la nature de votre incapacité par rapport à la profession que vous exercez, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à l'accident ou à la maladie, des conditions normales

d'exercice de votre profession et des possibilités d'exercice qui vous restent. Il sera toujours tenu compte des possibilités de rééducation ou d'appareillage. Votre invalidité professionnelle sera évaluée par voie d'expertise médicale. En cas de désaccord, il est convenu de procéder à l'évaluation par arbitrage, confié à un tiers expert.

Nous reconnaissons pour invalidité totale, en accident ou en maladie, toute affection qui peut vous faire assimiler, de par ses premières manifestations ou son évolution, aux invalides classés en troisième catégorie par la Sécurité sociale et notamment :

- Hémiplégie totale
- Paraplégie totale
- Tétraplégie totale
- Insuffisance rénale avec dialyse
- Paralyse complète du plexus brachial droit* interdisant toute activité professionnelle
- Cécité totale
- Désarticulation de l'épaule droite*
- Épilepsie avec crises très fréquentes
- Amputation du bras, de l'avant-bras, du poignet droit* non appareillable
- Perte de la main droite* non appareillable
- Perte des deux membres inférieurs non appareillables

* Gauche, si vous avez déclaré que vous êtes gaucher sur le Questionnaire médical.

En cas de notification, à l'adhésion, d'une exclusion concernant les suites, conséquences et récidives d'une maladie, d'une affection, d'un accident, préalablement constaté(e), et si celles-ci constituent un facteur aggravant, nous ne calculerons pas votre taux d'invalidité sur les suites effectives de l'accident ou de la maladie, mais sur celles qu'elles auraient eues chez une personne ne présentant aucun antécédent.

Invalidités successives :

Si, pendant la durée de votre adhésion au contrat, vous êtes victime de plusieurs accidents ou maladies entraînant des invalidités partielles, votre droit à la rente s'apprécie dans chaque cas en fonction du taux global d'invalidité résultant de l'ensemble des sinistres survenus.

➔ Comment versons-nous la rente ?

Notre règlement est forfaitaire : le montant de la rente versé en cas de sinistre est égal au montant assuré figurant sur vos Conditions particulières au prorata de votre taux d'invalidité. Le montant de votre rente est revalorisé dans les conditions indiquées au chapitre « Comment sont revalorisées les garanties et les cotisations ? ».

Nous vous versons la rente par trimestre, à terme échu et sans arrérage au décès. Nous effectuerons le premier versement au plus tôt à la fin du cinquième trimestre qui suit votre accident ou votre maladie.

Vous bénéficierez du service de la rente annuelle tant que persistera votre état d'invalidité permanente et, au plus tard, jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous atteindrez l'âge de 65 ans.

La rente en service est réduite de moitié le 31 décembre de l'année au cours de laquelle vous atteindrez 60 ans. Cette mesure ne s'applique pas aux Options 2 et 3 de la Formule 1 de la garantie Invalidité professionnelle permanente totale ou partielle.

Dans le cas où l'amélioration de votre état de santé interromprait le service de la rente, un dernier versement vous serait effectué au prorata du temps écoulé jusqu'à la date d'interruption.

La rente vous est toujours accordée à titre temporaire. Nous pouvons, en accord avec vous-même ou, à défaut par arbitrage médical, la réviser dans le cas d'amélioration ou d'aggravation de votre état de santé.

Nous nous réservons le droit de vous demander à tout moment de justifier de la permanence de votre état.

➔ Dispositions particulières

En cas de troubles psychiatriques, dépressions nerveuses, affections psychotiques, maladies mentales, troubles psychiques et syndromes dépressifs, la garantie (ou le différentiel de garantie en cas de modification en augmentation du montant de celle-ci) n'est accordée à l'assuré qu'à

l'expiration d'une période de 12 mois, postérieure à la date d'effet de souscription de la garantie ou d'augmentation de celle-ci, mentionnée aux Conditions particulières. Les affections susdites constatées ou traitées ainsi que leurs suites, conséquences ou récidives, avant l'expiration de la période d'attente, resteront toujours exclues de la garantie pendant toute la durée de l'adhésion.

→ **Comment intervenons-nous en cas de rechute après consolidation ?**

La rechute, qu'elle soit une suite, une conséquence ou une récidive d'une pathologie qui survient après sa consolidation, ne peut donner lieu au versement de nouvelles indemnités journalières. À la consolidation de la rechute, la date et le nouveau taux d'invalidité professionnelle sont évalués par voie d'expertise médicale selon les modalités prévues au paragraphe « Comment évaluons-nous votre taux d'invalidité ? ».

→ **Comment intervenons-nous si au cours du versement d'une rente, vous êtes victime d'un accident ou maladie intercurrent ?**

Vous ne pouvez, en aucun cas, cumuler le service d'une rente d'invalidité avec les indemnités journalières accordées par les garanties Incapacité temporaire.

En cas d'incapacité temporaire, à la suite d'un nouvel accident ou d'une nouvelle maladie, intervenant durant le service d'une rente partielle, nous continuerons de vous verser la rente durant l'arrêt de travail. Vous percevrez en complément vos indemnités journalières selon les modalités prévues au titre de l'incapacité temporaire après déduction de la rente d'invalidité calculée au prorata temporis.

EXONÉRATION DES COTISATIONS

Si vous avez souscrit l'une des garanties Incapacité ou Invalidité, vous serez exonéré en tout ou partie du paiement des cotisations dues au titre de votre contrat pendant la période où vous percevrez effectivement des prestations, et ce, dans les conditions suivantes :

→ **En cas d'incapacité (sauf en cas d'incapacité pour prolongation d'activité)**

En cas d'arrêt total, vous serez exonéré des cotisations du contrat, à l'exception de celles réglées au titre du décès, à partir du 31^e jour d'arrêt de travail indemnisé, sauf si la franchise maladie que vous avez choisie est supérieure à 30 jours. Dans ce cas, l'exonération des cotisations commence après l'application de la franchise.

Vous continuerez à payer normalement l'ensemble des cotisations du contrat et, avec chaque versement de prestations, nous vous rembourserons la part de cotisation relative à la période correspondante.

→ **En cas d'invalidité**

En cas d'invalidité, vous serez exonéré des cotisations du contrat à l'exception de celles réglées au titre du décès. Les cotisations émises sont inversement proportionnelles au taux d'indemnisation de la rente qui vous est versée pour la période correspondante (le début et la fin de service de la rente pouvant donner lieu à paiement de prorata).

Les garanties éligibles à la loi Madelin : les garanties familiales

RENTE DE CONJOINT

À la suite de votre décès, nous constituerons sur la tête de votre conjoint une rente temporaire (Option 1) ou une rente viagère (Option 2) correspondant au montant stipulé sur les Conditions particulières.

Le conjoint est défini comme la personne mariée à l'assuré ou son concubin ou le partenaire lié à l'assuré par un pacte civil de solidarité et est celui qui est nominativement désigné aux Conditions particulières.

En cas de réalisation de l'événement garanti, le bénéficiaire devra produire toutes pièces officielles justifiant de son identité.

→ Option 1 : Rente temporaire de conjoint

La rente temporaire est servie trimestriellement au plus tard jusqu'au 65^e anniversaire du bénéficiaire. Nous versons le premier terme 3 mois après votre décès.

En cas de décès du bénéficiaire de la rente avant ses 65 ans, la rente continue d'être versée au profit des enfants qui restaient fiscalement à sa charge. Ils bénéficient du versement de la rente au plus tard jusqu'à ce qu'ils atteignent 21 ou 28 ans en cas de poursuite d'études. Si les enfants atteignent 21 ou 28 ans avant les 65 ans du conjoint, le versement de la rente cesse.

Dans le cas où le conjoint viendrait à décéder avant l'assuré, le bénéfice de la garantie serait reporté sur les enfants fiscalement à la charge de ce dernier au moment du décès. Les conditions d'âge définies ci-dessus pour les enfants bénéficiaires restent valables dans cette hypothèse.

Le montant de la rente prévu est divisé en parts égales entre le nombre d'enfants qui répondent aux conditions définies ci-dessus.

→ Option 2 : Rente viagère de conjoint

Le contrat garantit le service d'une rente payable la vie entière du bénéficiaire.

À compter du 65^e anniversaire du bénéficiaire, la rente servie est réduite de 1/3.

Le service de la rente cesse en cas de décès du bénéficiaire de la rente.

RENTE ÉDUCATION

À la suite de votre décès par accident ou maladie, ou de votre perte totale et irréversible d'autonomie, nous constituons au bénéfice de chacun de vos enfants une rente annuelle dont le montant est indiqué sur les Conditions particulières.

Le versement de la rente s'effectuera jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 21 ans révolus ou jusqu'à la fin de ses études et, dans ce dernier cas, au plus tard jusqu'à l'âge de 28 ans révolus.

→ Quand et comment réglons-nous la rente ?

Pour chaque enfant bénéficiaire désigné, la prestation qui est servie est calculée comme suit :

- 50 % de la rente choisie à l'adhésion avant 12 ans ;
- 75 % de la rente choisie à l'adhésion entre 12 et 17 ans ;
- 100 % de la rente choisie à l'adhésion après 18 ans.

Nous payons la rente par arrérages trimestriels.

Nous versons le premier terme 3 mois après votre décès.

En cas de perte totale et irréversible d'autonomie, le premier versement interviendra 9 mois après la présentation de la preuve de l'invalidité.

Dans le cas où l'un des bénéficiaires viendrait à décéder postérieurement au décès de l'assuré ou des suites du même accident, le service de la rente ne sera pas forcément interrompu. Les arrérages seront répartis par parts égales entre les autres bénéficiaires éventuels et versés jusqu'à la date prévue initialement en fonction de l'âge du bénéficiaire décédé.

SANCTIONS EN CAS DE FAUSSE DÉCLARATION PRÉVUES PAR LES ARTICLES L.113-8, L.113-9 ET L.132-26 DU CODE DES ASSURANCES

Article L.113-8

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, et sous réserve des dispositions de l'article L.132-26, le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre.

Les primes payées demeurent alors acquises à l'assureur, qui a droit au paiement de toutes les primes échues à titre de dommages et intérêts.

Article L.113-9

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat 10 jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Article L.132-26

L'erreur sur l'âge de l'assuré n'entraîne la nullité de l'assurance que lorsque son âge véritable se trouve en dehors des limites fixées pour la conclusion des contrats par les tarifs de l'assurance.

Dans tout autre cas, si par suite d'une erreur de ce genre, la prime payée est inférieure à celle qui aurait dû être acquittée, le capital ou la rente assurée est réduit en proportion de la prime perçue et de celle qui aurait correspondu à l'âge de l'assuré. Si, au contraire, par suite d'une erreur sur l'âge de l'assuré, une prime trop forte a été payée, l'assureur est tenu de restituer la portion de prime qu'il a reçue en trop sans intérêt.



La médicale
assure les professionnels de santé

La Médicale de France - Entreprise régie par le Code des assurances - S.A. au capital entièrement libéré de 2 783 532 euros - Siège social : 50-56, rue de la Procession 75015 Paris - Adresse de correspondance : 3, rue Saint-Vincent-de-Paul 75499 Paris Cedex 10 - 582 068 698 RCS Paris

Predica - Entreprise régie par le Code des assurances - S.A. au capital entièrement libéré de 1 029 934 935 euros - Siège social : 50-56, rue de la Procession 75015 Paris - 334 028 123 RCS Paris - La Médicale Vie-Prévoyance - Association Loi 1901 - 50-56, rue de la Procession 75015 Paris

La Médicale Vie-Prévoyance - Association loi 1901 - 50-56, rue de la Procession - 75015 Paris