

**Notice d'information
Convention N° 5136**

Prévoyance des Avocats AXA s'engage à vos côtés



**Assurance
Groupe
Prévoyance**

réinventons / notre métier



Objet de la notice

Cette notice, qui prend effet au **1^{er} janvier 2016**, a pour but de vous informer des termes de la convention de prévoyance collective à adhésion obligatoire n° **5136** conclu entre nous, société d'assurance du groupe AXA, et l'Association La Prévoyance des Avocats (L.P.A.).

Nous utiliserons régulièrement les termes suivants :

- **L'adhérent** est la personne physique ayant adhéré à cette convention de prévoyance collective, appartenant au groupe assuré ; il sera désigné par « **vous** » ;
- **Le souscripteur** est la personne morale qui a conclu cette convention pour des personnes physiques répondant à certains critères et constituant le groupe assuré ; Dans la présente notice, elle sera le plus souvent désignée par « **L.P.A.** », l'association La Prévoyance des Avocats, personne morale, association de Loi 1901 à laquelle vous adhérez préalablement ;
- **L'assureur** est la société d'assurance garantissant les risques souscrits ; il sera le plus souvent désigné par « **nous** » ;
- **Le groupe assuré** renvoie à la totalité des avocats pour lesquels L.P.A. a conclu cette convention de prévoyance collective ;
- **Le bénéficiaire** est celui à qui les prestations sont versées lorsque s'applique la garantie souscrite. Il peut être soit l'adhérent, soit une autre personne.

SOMMAIRE

SOMMAIRE	3
TITRE I - LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA CONVENTION	4
ARTICLE 1 - LA CONVENTION	4
ARTICLE 2 - LA DURÉE DE LA CONVENTION	4
ARTICLE 3 - LA RÉVISION DE LA CONVENTION	4
ARTICLE 4 - LES INFORMATIONS	5
ARTICLE 5 - LES RÉCLAMATIONS	5
ARTICLE 6 - LA PRESCRIPTION	5
ARTICLE 7 - LA LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	6
TITRE II - LES DISPOSITIONS RELATIVES À VOTRE ADHÉSION	7
ARTICLE 8 - LES CONDITIONS D'ADHÉSION À LA CONVENTION DE PRÉVOYANCE	7
ARTICLE 9 - LE GROUPE ASSURÉ	7
ARTICLE 10 - LA DURÉE DE VOS GARANTIES	7
TITRE III - LES DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES	9
ARTICLE 11 - LA BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS	9
ARTICLE 12 - LA REVALORISATION DES PRESTATIONS PÉRIODIQUES	9
ARTICLE 13 - VOTRE CONJOINT, VOTRE PARTENAIRE, VOTRE CONCUBIN	9
ARTICLE 14 - LES RISQUES EXCLUS	9
ARTICLE 15 - L'EXPERTISE MÉDICALE	9
ARTICLE 16 - LE RÈGLEMENT DE NOS PRESTATIONS	10
TITRE IV - LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À CHAQUE GARANTIE	11
ARTICLE 17 - L'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL	11
ARTICLE 18 - L'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE	12
ARTICLE 19 - L'INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE	13
ARTICLE 20 - FORMALITÉS ET DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU RÈGLEMENT DE LA PRESTATION ARRET DE TRAVAIL	15
ARTICLE 21 - L'ALLOCATION MI-TEMPS THÉRAPEUTIQUE	17
ARTICLE 22 - FORMALITÉS ET DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU RÈGLEMENT DE LA PRESTATION MI-TEMPS THÉRAPEUTIQUE	19
ARTICLE 23 - L'ALLOCATION NAISSANCE/ADOPTION	21
ARTICLE 24 - FORMALITÉS ET DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU RÈGLEMENT DE LA PRESTATION NAISSANCE/ADOPTION	21
TITRE V - LES EXCLUSIONS	22

TITRE I - LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA CONVENTION

ARTICLE 1 - LA CONVENTION

La convention est un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire. Elle est souscrite par :
L'ASSOCIATION L.P.A. (LA PREVOYANCE DES AVOCATS),
dont le siège social est à Paris (75001), 12 place Dauphine,

Auprès de l'assureur :

AXA France VIE, S.A au capital de 487 725 073,50 euros, 310 499 959 RCS NANTERRE
dont le siège social est à NANTERRE CEDEX (92727) 313, Terrasses de l'Arche.

Elle est régie par le Code des Assurances.

Notre autorité de contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située 61, rue Taitbout, 75009 PARIS.

Cette convention a pour objet de fournir les prestations décrites dans les pages suivantes lorsque le risque correspondant aux garanties souscrites se réalise entre la date de début et la date de fin de garantie.

ARTICLE 2 - LA DURÉE DE LA CONVENTION

2.1) La date d'effet

La convention prend effet au 1^{er} janvier 2016. Elle court jusqu'au 31 décembre de chaque année et est ensuite reconduite tous les premiers janviers par accord tacite.

2.2) La résiliation

L'Association L.P.A., comme nous, pouvons résilier la convention à tout moment. Pour cela, une lettre recommandée doit être adressée à la partie concernée, au plus tard :

- **deux mois** avant le terme annuel de convention, le cachet de la poste faisant foi, dans le cas de la résiliation du fait de L.P.A.,
- **six mois** avant le terme annuel de la convention, le cachet de la poste faisant foi, dans le cas de la résiliation du fait d'AXA.

Pour que la convention cesse au 31 décembre à minuit, cette lettre doit donc être envoyée au plus tard :

- le 31 octobre dans le cas de la résiliation du fait de L.P.A.,
- le 30 juin dans le cas de la résiliation du fait d'AXA.

ARTICLE 3 - LA RÉVISION DE LA CONVENTION

Une décision législative ou réglementaire peut entraîner une modification des conditions préexistantes de l'assurance ou de la portée de nos engagements. Dans ce cas, nous procédons à la révision de la convention.

Jusqu'à la date d'effet de cette révision, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et d'application immédiate.

Si nous n'arrivons pas à un accord sur cette révision, nous pourrions, nous comme L.P.A., mettre fin à cette convention, en dehors des périodes de résiliation prévues à l'article 2, à la fin du trimestre civil suivant la date d'envoi de la demande de résiliation par lettre recommandée.

Les parties peuvent d'un commun accord modifier à tout moment la convention. Les nouvelles conditions prennent alors effet le 1^{er} janvier de l'année suivant l'accord, ou avant cette date d'un commun accord.

ARTICLE 4 - LES INFORMATIONS

Vous recevrez de L.P.A un exemplaire de la notice d'information précisant les modalités d'application des garanties et serez informé par écrit par L.P.A. des modifications contractuelles ou de la résiliation de la convention et ce, avant leur date d'effet.

ARTICLE 5 - LES RÉCLAMATIONS

Les éventuelles réclamations doivent être adressées à votre conseiller.

Si elles ne trouvaient pas satisfaction, les cas de litige seraient à adresser à AXA au Service Qualité - Relation Clientèle à l'adresse suivante :

AXA Entreprises
Secteur Qualité - Relation Clientèle
313, Terrasses de l'Arche
92727 Nanterre cedex

Si le désaccord subsistait le Service Relation Clientèle proposerait alors un recours gratuit au Médiateur et indiquerait les modalités à suivre.

Le Médiateur est une personne indépendante qui s'engage à formuler un avis motivé dans les trois mois suivant la date à laquelle il a été saisi. Son avis n'engage pas les parties concernées qui restent libres de recourir aux juridictions compétentes.

ARTICLE 6 - LA PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions de l'article L 114-1 du Code des assurances, le délai de la prescription de toutes actions dérivant du contrat d'assurance est de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance.

Conformément aux dispositions de l'article L 114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'expert à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, 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 des prestations.

ARTICLE 7 - LA LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Vous nous autorisez à communiquer les informations vous concernant dans le strict respect de la législation relative au traitement des données à caractère personnel en vigueur. Ces informations pourront être communiquées à nos assureurs, aux organismes professionnels habilités, ainsi qu'à tous ceux intervenant dans la production, la gestion et l'exécution de votre adhésion à la convention. En retour, vous disposez d'un libre accès aux informations vous concernant, conformément à la législation précitée. Pour les consulter, vous y opposer, ou demander leur rectification, il vous suffit d'entrer en relation avec votre conseiller ou notre service Relation Clientèle : **AXA Secteur Qualité - Relations Clientèle AXA Entreprises – 313 Terrasses de l'Arche – 92727 Nanterre Cedex.**

TITRE II - LES DISPOSITIONS RELATIVES À VOTRE ADHÉSION

ARTICLE 8 - LES CONDITIONS D'ADHÉSION À LA CONVENTION DE PRÉVOYANCE

Peut adhérer à cette convention l'ensemble des avocats des Barreaux, situés en France métropolitaine, dans un Territoire français d'Outre-mer ou dans un Département français d'Outre-mer, adhérant à l'association L.P.A.

ARTICLE 9 - LE GROUPE ASSURÉ

Pour bénéficier de nos garanties, vous devez répondre aux critères suivants :

- être avocat au sein d'un Barreau, adhérant à l'association L.P.A.
- être avocat inscrit à un Barreau métropolitain ou dans un département français d'Outre-mer, ou avocat du Conseil d'Etat ou de la Cour de Cassation,
- être âgé de moins de 70 ans le jour de votre adhésion à la convention, âge déterminé par différence de millésime,
- être affilié au régime social des Travailleurs Non Salariés,
- exercer la profession d'Avocat,
- figurer sur la liste nominative des Avocats non suspendus et non omis, sauf omission par effet de maladie ou infirmité graves ou permanentes, que nous fournit L.P.A.

ARTICLE 10 - LA DURÉE DE VOS GARANTIES

10.1) Le début de vos garanties

Vous bénéficiez de nos garanties :

- dès la date d'effet de la convention de prévoyance collective, conclu par la LPA quand vous êtes déjà membre du groupe assuré,
- à la date de votre entrée dans le groupe assuré lorsque vous en devenez membre après la date d'effet de la convention.

Si vous êtes en arrêt de travail pour maladie ou accident à la date d'effet de la convention de prévoyance collective, les garanties n'entrent en vigueur qu'à la date de reprise effective de votre travail.

10.2) La fin de vos garanties

Vous cessez de bénéficier de nos garanties :

- au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel vous ne répondez plus aux conditions d'admission dans le groupe assuré,
- à la liquidation de vos droits au titre du régime obligatoire de retraite dont vous relevez,
- à la date à laquelle vous atteignez l'âge minimum légal permettant une liquidation de vos droits à la retraite et au plus tard à votre 62^{ème} anniversaire de naissance pour la garantie Arrêt de travail en ce qui concerne les prestations en cas d'invalidité permanente.
- à la liquidation de vos droits au titre du régime obligatoire de retraite dont vous relevez, sauf en cas de bénéfice du dispositif de cumul emploi-retraite, et au plus tard au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel vous atteignez votre 70^{ème} anniversaire pour la garantie Arrêt de travail, en ce qui concerne les prestations en cas Incapacité temporaire de travail et pour les garanties «Mi-temps thérapeutique » et « Naissance/Adoption » ;
- en cas de cessation du paiement des cotisations ;
- en cas de résiliation de la convention.

Une fois admis à la convention et tant que celle-ci n'est pas résiliée, vous ne pouvez en être exclu contre votre gré tant que vous faites partie du groupe assuré, sauf en cas de réticence, d'omission, de déclaration fausse ou inexacte faite de mauvaise foi conformément à l'article L113-8 du Code des assurances, à la condition que la cotisation ait été payée.

TITRE III - LES DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES

ARTICLE 11 - LA BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS

Le montant des prestations que nous versons est un montant forfaitaire en Euros.

ARTICLE 12 - LA REVALORISATION DES PRESTATIONS PÉRIODIQUES

Les prestations périodiques que nous servons sous la forme d'indemnités journalières ou de rentes sont revalorisées chaque année :

- pour la première fois : le premier jour du mois suivant la date anniversaire de l'événement ayant donné lieu à nos versements,
- par la suite : le premier janvier de chaque année.

Nous prenons en compte, pour calculer le montant de nos prestations, l'évolution du point du régime de retraite AGIRC, en prenant pour référence la valeur du point :

- au 1^{er} janvier de l'exercice considéré,
- au 1^{er} janvier de l'exercice de survenance de l'événement.

Cette revalorisation concerne l'ensemble des prestations servies sous la forme d'indemnités journalières ou de rentes à l'exclusion des prestations de la garantie ALLOCATION MI-TEMPS THERAPEUTIQUE.

Après la résiliation de votre convention, nous cessons les revalorisations et maintenons le montant des prestations périodiques au niveau atteint à la date de cette résiliation.

ARTICLE 13 - VOTRE CONJOINT, VOTRE PARTENAIRE, VOTRE CONCUBIN

13.1) Le conjoint

Il est votre époux ou épouse, ni divorcé ni séparé judiciairement.

13.2) Le partenaire

Il est votre partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (PACS).

13.3) Le concubin

Il est votre concubin au sens de l'article 515-8 du Code Civil, ni marié ni lié par un PACS à un tiers.

ARTICLE 14 - LES RISQUES EXCLUS

Les risques souscrits dans le cadre de cette convention ne sont pas garantis lorsqu'ils surviennent dans les circonstances décrites au titre « Les exclusions » de cette notice.

ARTICLE 15 - L'EXPERTISE MÉDICALE

Une expertise médicale peut s'avérer nécessaire pour constater votre état d'incapacité de travail ou d'invalidité permanente ou pour mettre en œuvre la garantie « Mi-temps thérapeutique ». Dans ce cas, les honoraires du médecin que nous chargeons de réaliser cette expertise sont réglés par nos soins.

Les conclusions de l'expertise vous sont notifiées par lettre recommandée avec accusé de réception ; elles peuvent conduire à cesser, à refuser ou à réduire le versement de nos prestations.

Ces conclusions s'imposent à vous sans que vous puissiez vous prévaloir de la poursuite de l'indemnisation par votre organisme social.

Si vous contestez les conclusions de notre médecin, vous pouvez faire appel au médecin de votre choix. En cas de divergence entre notre médecin et celui que vous avez choisi, ces deux médecins en désigneront un troisième.

Si un désaccord persiste, c'est le président du tribunal compétent, requis par la partie la plus diligente, qui désignera un nouvel expert.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Les honoraires du troisième médecin sont partagés par parts égales.

ARTICLE 16 - LE RÈGLEMENT DE NOS PRESTATIONS

Nos prestations sont versées lorsqu'un risque garanti par cette convention se réalise. Nous fournissons alors un formulaire de déclaration que vous devez nous retourner complété.

Le montant de nos prestations est indiqué dans cette notice.

Le détail des documents nécessaires à leur règlement figure dans cette notice dans la présentation de chaque garantie.

TITRE IV - LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À CHAQUE GARANTIE

LA GARANTIE ARRÊT DE TRAVAIL

Lorsque vous êtes en incapacité temporaire de travail ou en invalidité permanente, la garantie Arrêt de travail prévoit le versement de prestations périodiques, qui sont respectivement réglées sous la forme d'indemnités journalières et de rentes.

Ces prestations sont versées lorsque votre arrêt de travail survient entre la date de début et la date de fin de la garantie.

Les prestations périodiques ont un caractère indemnitaire. Nous pouvons donc exercer toute action contre les tiers responsables de votre situation pour recouvrer les sommes que nous avons engagées (article L 131-2 du Code des assurances).

ARTICLE 17 - L'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL

Vous êtes en incapacité temporaire totale de travail, lorsque nous reconnaissons que vous êtes, avant vos 70 ans, dans l'incapacité physique totale de travailler à la suite d'une maladie ou d'un accident ; ce qui exclut tous actes professionnels vous procurant des revenus, notamment toute plaidoirie, réception de clientèle et démarches.

L'accident est une atteinte corporelle provenant d'une cause extérieure et survenant de manière soudaine, imprévisible et indépendante de la volonté de l'adhérent. Les événements totalement ou partiellement provoqués par une cause pathologique et en particulier les épidémies ne peuvent donc être considérés comme des accidents.

Nous ne versons aucune prestation ayant une relation avec l'état de grossesse, l'accouchement et ses complications éventuelles dans les périodes légales de maternité prévues par le régime général de la Sécurité sociale.

Ainsi l'arrêt de travail résultant d'une grossesse ou d'un accouchement est exclu de la présente garantie pendant une période de :

- six semaines avant la date présumée d'accouchement
- dix semaines après ladite date.

Si à l'expiration de la durée du congé de maternité, l'assurée est, pour des causes pathologiques en rapport avec l'accouchement, dans l'impossibilité de reprendre son travail, les prestations dues en application du contrat seront versées à compter du délai de franchise prévu. Pour la détermination de celui-ci, il sera tenu compte d'un éventuel arrêt de travail qui aurait précédé la période du congé de maternité et à condition que l'arrêt précité ait été la conséquence d'une grossesse pathologique.

D'une façon générale, nous ne versons aucune prestation pendant les congés de maternité, de paternité, ou d'adoption, éventuellement indemnisés par un régime de base général ou professionnel.

17.1) Le montant de l'indemnité journalière

Nous versons une indemnité journalière dont le montant est de **61€ par jour**.

17.2) Les modalités de versement de l'indemnité

Nos prestations prennent effet à l'issue d'une période d'arrêt continu total de travail appelée franchise, fixée à :

- 30 jours en cas de maladie
- 8 jours en cas d'accident

La franchise est décomptée à partir du premier jour d'arrêt continu total de travail.

En cas d'hospitalisation, les prestations prennent effet à compter de la date d'hospitalisation si celle-ci intervient avant l'expiration des franchises ci-dessus ; et à compter du 1^{er} jour suivant l'expiration des franchises précitées si la date d'hospitalisation est postérieure.

Nous n'appliquons pas de franchise pour un nouvel arrêt de travail s'il est dû à la réapparition de l'affection ayant déjà donné lieu à une indemnisation de notre part, et sous réserve que la période de reprise du travail ait été inférieure à soixante jours. Si ce nouvel arrêt de travail survient après la résiliation de la convention, il ne donne pas lieu à indemnisation.

A réception de l'avis d'arrêt de travail ou des avis de prolongation d'arrêt de travail, nous vous payons vos prestations avec avis au Bâtonnier.

Ces prestations sont payables mensuellement à terme échu.

Nous cessons le versement de nos prestations au plus tard au 90^{ème} jour d'arrêt continu total de travail. En cas d'arrêt de travail discontinu, la durée de versement ne pourra en aucun cas dépasser :

- 60 jours d'arrêt total de travail discontinu lorsque l'arrêt est dû à une même maladie,
- 82 jours d'arrêt total de travail discontinu lorsque l'arrêt est dû à un même accident,
- 90 jours d'arrêt total de travail discontinu lorsque l'arrêt est dû à une même hospitalisation,

Par dérogation, pour les avocats ayant moins d'un an d'ancienneté et les avocats nouvellement inscrits de plus de 65 ans, en première année de fonction, la prestation est versée au plus tard jusqu'au dernier jour du 15^{ème} mois d'arrêt continu total de travail. En cas d'arrêt de travail discontinu, la durée de versement ne pourra en aucun cas dépasser :

- 420 jours d'arrêt total de travail discontinu lorsque l'arrêt est dû à une même maladie,
- 442 jours d'arrêt total de travail discontinu lorsque l'arrêt est dû à un même accident,
- 450 jours d'arrêt total de travail discontinu lorsque l'arrêt est dû à une même hospitalisation,

Nous cessons également le versement de nos prestations :

- dès lors que vous n'êtes plus en incapacité temporaire totale de travail,
- dès lors que vous bénéficiez d'une rente d'invalidité versée par la Caisse Nationale des Barreaux Français (C.N.B.F.) ou versée par AXA ;
- à la liquidation des droits au titre du régime obligatoire de retraite dont vous relevez, sauf en cas de bénéfice du dispositif de cumul emploi-retraite ;
- en cas d'expertise médicale, s'il est établi que vous n'êtes pas dans l'incapacité physique totale de travailler, au regard de notre définition de l'incapacité de travail ;
- et en tout état de cause au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel vous atteignez votre 70^{ème} anniversaire.

ARTICLE 18 - L'INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE

Lorsque vous êtes reconnu, avant d'avoir atteint l'âge minimum légal permettant une liquidation de vos droits à la retraite et au plus tard avant votre 62^{ème} anniversaire, en état d'invalidité permanente totale au sens de la Caisse Nationale des Barreaux Français (C.N.B.F.), et dans l'impossibilité d'exercer votre profession, nous vous versons une rente d'invalidité qui vient s'ajouter à celle versée par la C.N.B.F.

18.1) Le montant de la rente d'invalidité

Le montant de la rente annuelle d'invalidité permanente totale, en fonction de l'ancienneté de l'assuré dans la profession, est fixé selon les modalités ci-dessous :

Ancienneté de l'assuré	Montant de la rente annuelle (en Euros)
Inférieure ou égale à 20 ans	8320.06 €
21 ans	8050.04 €
22 ans	7780.02 €
23 ans	7510.01 €

Ancienneté de l'assuré	Montant de la rente annuelle (en Euros)
24 ans	7239.99 €
25 ans	6969.97 €
26 ans	6699.95 €
27 ans	6429.94 €
28 ans	6159.92 €
29 ans	5889.92 €
30 ans	5619.88 €
31 ans	5349.87 €
32 ans	5079.85 €
33 ans	4809.83 €
34 ans	4539.81 €
35 ans	4269.80 €
36 ans	3999.78 €
37 ans	3729.76 €
38 ans	3459.74 €
39 ans	3189.73 €
40 ans et plus	2919.71 €

18.2) Les modalités de versement de la rente d'invalidité permanente totale

Cette rente est payable mensuellement à terme échu. En cas de décès, la rente versée est calculée au prorata temporis entre le premier jour du mois du décès et le jour du décès.

Nous cessons le versement de la rente au plus tard :

- à la date de liquidation des droits au titre du régime obligatoire de retraite dont vous relevez (ou pension pour inaptitude au travail) ;
- en tout état de cause à la date à laquelle vous atteignez l'âge minimum légal permettant une liquidation de vos droits à la retraite et au plus tard à votre 62^{ème} anniversaire de naissance.
- en cas d'expertise médicale, s'il est établi que vous n'êtes pas atteint d'une invalidité permanente totale.

ARTICLE 19 - L'INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE

Vous êtes en invalidité permanente partielle, lorsque nous reconnaissons, par voie d'expertise médicale, que vous êtes, avant d'avoir atteint l'âge minimum légal permettant une liquidation de vos droits à la retraite et au plus tard avant votre 62^{ème} anniversaire, en état d'invalidité permanente partielle et que votre état de santé vous permet d'exercer votre profession, nous vous versons une rente d'invalidité dont le montant est fixé ci-dessous. Cette rente se substitue à l'indemnité journalière dès constatation médicale de l'état d'invalidité.

19.1) Le montant de la rente d'invalidité

Le montant de la rente annuelle dépend du degré d'invalidité N attribué, et d'une base forfaitaire de 13720.41€. Le degré N est fixé selon les modalités ci-dessous :

Degré d'invalidité N	Montant de la rente
N ≤ 33 %	0
33 % < N ≤ 100 %	13720,41€ x (N-33)/33

Le versement de la rente est conditionné par un taux d'invalidité « N » au moins supérieur à 33 %. Le caractère « x » correspond au signe multiplié.

19.2) Détermination du degré d'invalidité

Le degré d'invalidité qui détermine le droit à la prestation de la rente garantie et le montant de cette prestation est déterminé en fonction du degré d'incapacité professionnelle et du degré d'incapacité fonctionnelle.

- Le degré d'incapacité fonctionnelle est établi soit d'un commun accord entre les parties, soit par un arbitrage d'ordre médical. Il est apprécié en dehors de toute considération professionnelle et basé uniquement sur la diminution de la capacité physique ou mentale

consécutives à l'accident ou à la maladie, en s'inspirant du guide barème utilisé en matière d'accidents du travail.

- Le degré d'incapacité professionnelle est établi, soit d'un commun accord entre les parties, soit par arbitrage. Il est apprécié en fonction du degré et de la nature de l'incapacité professionnelle par rapport à la profession exercée en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident générateur de l'état d'incapacité, des conditions d'exercice normal et des possibilités d'exercice restantes.

Les degrés d'incapacité fonctionnelle et professionnelle varient de 0 à 100.

Le degré d'invalidité « N » qui détermine le droit à la prestation est alors donné par le tableau ci-après :

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

Il est entendu que le degré d'invalidité est susceptible d'être révisé, soit d'un commun accord, soit par arbitrage, en application des dispositions de l'article « Expertise médicale ».

19.3) Les modalités de versement de la rente d'invalidité

Cette rente est payable mensuellement à terme échu tant que le degré d'invalidité « N » est au moins égal à 33 %. En cas de décès, la rente versée est calculée au prorata temporis entre le premier jour du mois du décès et le jour du décès.

Nous cessons le versement de la rente au plus tard :

- à la date de liquidation des droits au titre du régime obligatoire de retraite dont vous relevez (ou pension pour inaptitude au travail) ;
- à la date à laquelle vous atteignez l'âge minimum légal permettant une liquidation de vos droits à la retraite et au plus tard avant votre 62^{ème} anniversaire de naissance.
- en cas d'expertise médicale, s'il est établi que vous n'êtes pas atteint d'une invalidité permanente partielle d'un taux supérieur ou égal à 33%.

Si, du fait de l'évolution de votre affection, vous changez de degré d'invalidité, même après la résiliation de la convention ou de la garantie, nous adaptons en conséquence le montant de la rente.

ARTICLE 20 - FORMALITÉS ET DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU RÈGLEMENT DE LA PRESTATION ARRÊT DE TRAVAIL

20.1) En cas d'incapacité temporaire totale de travail

Sauf cas de force majeure, vous devez nous déclarer les arrêts de travail dans les deux mois qui suivent l'expiration de la franchise.

Passé ce délai, ils sont considérés comme s'étant produits au jour de la déclaration.

Les sinistres qui, sauf cas de force majeure, sont déclarés après un délai de six mois ne sont pas garantis.

	A l'origine de l'incapacité	En cours de versement
RIB ou RIP pour les virements	X	
Avis d'arrêt de travail initial	X	
Avis de prolongation de votre arrêt de travail	X	X
Éventuellement, les bulletins d'hospitalisation	X	X
Certificat médical détaillé, à adresser à notre médecin-conseil sous pli confidentiel, précisant la nature de l'affection, la date de la première constatation médicale et la durée prévisible de votre incapacité de travail	X	
Pour l'application de la franchise réduite en cas d'accident ou d'hospitalisation : • En cas d'accident, le certificat médical attestant que votre arrêt de travail résulte d'un accident et décrivant ses causes et circonstances • En cas d'hospitalisation, un bulletin d'hospitalisation	X X	
En cas de rechute, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection, ainsi que l'avis d'arrêt de travail mentionnant la rechute et les arrêts de prolongation s'ils n'ont pas été fournis		X

20.2) En cas d'invalidité permanente

	A l'origine de l'invalidité	Chaque année
Attestation sur l'honneur de non-activité professionnelle	X	X
Copie du dernier avis d'imposition pour bénéficier d'une éventuelle exonération	X	X
Relevé d'identité bancaire si vous souhaitez recevoir votre rente par virement	X	

LA GARANTIE MI-TEMPS THÉRAPEUTIQUE

Certaines pathologies graves, bien que n'entraînant pas un arrêt de travail, ont pour effet d'interférer dans l'exercice de votre activité professionnelle en diminuant votre capacité de travail.

ARTICLE 21 - L'ALLOCATION MI-TEMPS THÉRAPEUTIQUE

La garantie « Mi-temps thérapeutique » consiste à vous verser une allocation forfaitaire suite à une diminution de votre activité professionnelle, quelle que soit la part de cette diminution par rapport à l'activité normale, mais n'entraînant pas un arrêt de travail, attestée par un médecin due à une des pathologies graves décrite ci-après.

21.1) La définition des pathologies prises en charge

Sont visées les pathologies suivantes dès lors qu'elles s'accompagnent d'effets indésirables :

- **Cancers et maladies** (y compris hémopathies malignes) nécessitant des traitements de chimiothérapie et/ou de radiothérapie ; lorsqu'ils s'accompagnent d'effets indésirables.
- **Maladie de Hodgkin** (pathologie maligne caractérisée par la présence de cellules lymphoïdes et réticulaires dystrophiques), lorsqu'elle s'accompagne d'effets indésirables.
- **Maladie de Burckitt** (tumeur – lymphome non-hodgkinien – qui provient de l'évolution maligne et de la prolifération de cellules lymphoïdes de type B), lorsqu'elle s'accompagne d'effets indésirables.
- **Embolie pulmonaire**, lorsqu'elle s'accompagne d'effets indésirables.
- **Insuffisance cardiaque** (insuffisance de fonctionnement du cœur entraînant essoufflement et œdème des membres inférieurs), lorsqu'elle s'accompagne d'essoufflements et d'œdèmes.
- **Epilepsie** (affection neurologique à type de décharges paroxystiques de survenue soudaine qui peuvent être généralisées ou localisées avec ou sans perte de connaissance), lorsqu'elle s'accompagne d'effets indésirables.
- **Maladie de Ménière** (troubles de l'équilibre suite à une anomalie de l'oreille interne), lorsqu'elle s'accompagne de manifestations digestives.
- **Mucoviscidose** (maladie génétique affectant les épithéliums glandulaires avec augmentation de la viscosité du mucus), lorsqu'elle s'accompagne d'effets indésirables.
- **Sclérose en plaques**, maladie neurologique chronique qui touche le système nerveux central provoquant un dépôt au niveau de la gaine de myéline ; soit une démyélinisation des fibres nerveuses du cerveau, de la moelle épinière et du nerf optique, lorsqu'elle s'accompagne d'effets indésirables lors de poussées (limité à 2 par an).

21.2) Le montant et la durée de l'indemnité

Nous versons une indemnité forfaitaire dont le montant est :

- fonction de la pathologie
- versé pour une période variable entre 30 jours et 60 jours selon la pathologie.
- versé sous déduction des prestations en cas d'arrêt de travail (incapacité temporaire ou invalidité permanente) au titre d'une convention souscrite par LPA, ou d'un contrat souscrit par votre barreau ou à titre individuel ou servies par la CNBF.

Chaque demande d'indemnité fait l'objet d'une étude de notre médecin-conseil.

Vous ne pouvez pas demander d'indemnité pour une période déjà couverte même partiellement.

Pathologie	Début de la période	Durée de la période	Indemnités versées pour la période
Cancer	Le lendemain de la séance de chimiothérapie ou de radiothérapie	30 jours	465 €
Maladie de Hodgkin	Le lendemain de la séance de chimiothérapie ou de radiothérapie	30 jours	465 €
Maladie de Burckitt	Le lendemain de la séance de chimiothérapie ou de radiothérapie	30 jours	465 €
Embolie pulmonaire	Le lendemain qui suit la constatation médicale de la diminution de l'activité professionnelle	60 jours	310 €
Insuffisance cardiaque sans étiologie		60 jours	310 €
Epilepsie		60 jours	155 €
Maladie de Ménière		60 jours	155 €
Mucoviscidose	Le lendemain qui suit la constatation médicale de la diminution de l'activité professionnelle	60 jours	155 €
Sclérose en plaques (*)	Le lendemain qui suit la constatation médicale de la diminution de l'activité professionnelle	30 jours	77.5 €

(*) Concernant la sclérose en plaques, le nombre de poussées indemnisées est au maximum de 2 par an.

21.3) Les modalités de versement de l'indemnité

Pour effectuer votre demande, vous disposez d'un délai de 30 jours à compter de la séance de chimiothérapie ou de radiothérapie pour le cancer, la maladie de Hodgkin et de Burckitt et à compter de la constatation médicale de la diminution de l'activité professionnelle pour les autres pathologies.

La prestation est versée à terme échu de la période garantie.

Nous cessons le versement de nos prestations :

- à la liquidation des droits au titre du régime obligatoire de retraite dont vous relevez, sauf en cas de bénéfice du dispositif de cumul emploi-retraite
- en cas d'expertise médicale, s'il est établi que vous ne répondez pas aux conditions de garantie
- et en tout état de cause au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel vous atteignez votre 70ème anniversaire.

ARTICLE 22 - FORMALITÉS ET DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU RÈGLEMENT DE LA PRESTATION MI-TEMPS THÉRAPEUTIQUE

Sauf cas de force majeure, vous devez effectuer votre demande d'indemnité dans les trente jours qui suivent la reconnaissance de la pathologie.

Les sinistres qui, sauf cas de force majeure, sont déclarés après un délai de trente jours ne sont pas garantis.

	Documents nécessaires
RIB ou RIP pour les virements	X
<p>Certificat médical détaillé, à adresser à notre médecin-conseil sous pli confidentiel, précisant la nature de l'affection et :</p> <p><u>Pour un cancer</u> : l'état clinique à chaque séance de chimiothérapie et en cas de radiothérapie, le certificat médical devra également préciser le plan de traitement et la tolérance.</p> <p><u>Pour la maladie de Hodgkin</u> : l'état clinique de l'assuré à chaque séance de chimiothérapie et en cas de radiothérapie, le certificat médical devra également préciser le plan de traitement et la tolérance.</p> <p><u>Pour la maladie de Burckitt</u> : l'état clinique de l'assuré à chaque séance de chimiothérapie et en cas de radiothérapie, le certificat médical devra également préciser le plan de traitement et la tolérance.</p>	<p>Attestation médicale n°1 puis une fiche de suivi du protocole de soins sur lequel sont indiquées les prochaines séances.</p>
<p><u>Pour l'embolie pulmonaire</u> : l'état clinique secondaire à l'embolie</p> <p><u>Pour l'insuffisance cardiaque</u> : poussées d'insuffisance cardiaque</p>	<p>Attestation médicale n°2 à fournir actualisée à chaque demande d'indemnisation</p>
<p><u>Pour l'épilepsie</u> : l'état clinique au décours d'une crise ou en cas de répétition des crises</p> <p><u>Pour la maladie de Ménière</u> : poussée mal tolérée</p>	<p>Attestation médicale n° 3 à fournir actualisée à chaque demande d'indemnisation</p>
<p><u>Pour la mucoviscidose</u> : poussées infectieuses</p> <p><u>Pour la sclérose en plaques</u> : poussées (limité à 2 par an)</p>	<p>Attestation médicale n°4 à fournir actualisée à chaque demande d'indemnisation</p>

LA GARANTIE NAISSANCE/ADOPTION

En cas de naissance ou d'adoption d'un enfant de moins de 5 ans, la garantie Naissance/Adoption prévoit le versement aux avocats d'une allocation forfaitaire.

Cette prestation est versée lorsque la naissance ou l'adoption survient entre la date de début et la date de fin de la garantie.

La naissance d'un enfant mort né est assimilée à une naissance lorsque celle-ci intervient après 6 mois de grossesse.

ARTICLE 23 - L'ALLOCATION NAISSANCE/ADOPTION

Le montant de l'allocation est :

- pour les avocates de 1463,51 € pour la naissance ou l'adoption d'un enfant,
- pour les avocats de 457,35 € pour la naissance ou l'adoption d'un enfant
Cette allocation est versée à l'avocat sous réserve que la conjointe ou partenaire liée par un PACS ou concubine n'exerce pas d'activité professionnelle et qu'elle soit :
 - o ayant droit de l'assuré au régime des travailleurs non salariés
 - o ou bénéficiaire de prestations du Pôle Emploi,
 - o ou affiliée au régime de Sécurité sociale des étudiants.

En cas de naissance ou adoption multiple, le montant de l'allocation est majoré de 25% par enfant à compter du deuxième.

ARTICLE 24 - FORMALITÉS ET DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU RÈGLEMENT DE LA PRESTATION NAISSANCE/ADOPTION

Sauf cas de force majeure, vous devez nous déclarer la naissance ou l'adoption dans les deux mois qui la suivent.

Les sinistres qui, sauf cas de force majeure, sont déclarés après un délai de six mois ne sont pas garantis.

	Documents nécessaires
Copie de la pièce d'identité en cours de validité	X
RIB ou RIP pour les virements	X
Un extrait d'acte de naissance datant de moins de 3 mois	X
Copie du jugement d'adoption	X

TITRE V - LES EXCLUSIONS

GARANTIE ARRET DE TRAVAIL

Est exclu l'arrêt de travail résultant :

- d'un suicide ou tentative de suicide de l'adhérent au cours de la première année d'adhésion,
- d'une guerre civile ou étrangère, invasions, agressions étrangères, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non),
- de la participation active à une guerre passive (où la France ne participerait pas), une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, un acte de terrorisme, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et accomplissement du devoir professionnel sont garantis.
- d'un déplacement ou séjour dans une des régions ou un des pays formellement et dans tous les cas déconseillés par le Ministère français des Affaires Etrangères. Pour les personnes déjà présentes dans cette zone à la date de l'inscription de cette zone sur les listes du Ministère des Affaires Etrangères, l'exclusion ne s'applique qu'à compter du 14ème jour suivant cette inscription.

Toutefois en cas de déplacement ou séjour pour raison professionnelle, l'assureur pourra proposer des conditions de maintien d'assurance.

Pour ce faire, l'adhérent devra nous le déclarer dix jours avant la date de départ.

De plus, est exclu l'arrêt de travail occasionné par un accident résultant :

- du fait intentionnel,
- de la pratique de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics ou par la fédération du sport correspondant à l'activité. Il nous appartiendra de prouver que ces règles ont été violées,
- de la participation à tout sport et/ou compétition à titre professionnel,
- de la navigation aérienne de l'adhérent :
 - > à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence, ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmés,
 - > avec l'utilisation d'un deltaplane, d'un parapente, d'un appareil ultra léger motorisé (ULM) ou de tout engin assimilé,
 - > au cours d'un meeting, d'un raid sportif, d'un vol acrobatique, d'une tentative de record, d'un essai préparatoire, d'un essai de réception, d'un saut en parachute non motivé par une raison de sécurité,

GARANTIES ARRET DE TRAVAIL ET « MI-TEMPS THERAPEUTIQUE »

Sont exclus l'arrêt de travail ou les prestations de la garantie « mi-temps thérapeutique » résultant des conséquences directes ou indirectes de la désintégration du noyau atomique.