

Notice d'information Convention N° 5138

Barreau de Versailles

Prévoyance des Avocats AXA s'engage à vos côtés



Assurance
Groupe
Prévoyance

Version Effet 1^{er} janvier 2017

réinventons / notre métier



Objet de la notice

Cette notice a pour but de vous informer des termes de la convention de prévoyance collective à adhésion facultative n° **5138** conclue 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 morale qui a adhéré par avenant à cette convention de prévoyance collective, pour permettre à des personnes physiques ayant avec elle un lien de même nature, répondant à certains critères et appartenant au groupe assuré, de bénéficier de cette convention. Il sera désigné par « **le Barreau** » ;
- **Le souscripteur** est la personne morale qui a conclu cette convention ; 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 le Barreau a adhéré 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 le Barreau a adhéré à cette convention de prévoyance collective ;
- **L'affilié** est la personne physique affiliée à cette convention de prévoyance collective, appartenant au groupe assuré ; il sera désigné par « **vous** » ;
- **Le bénéficiaire** est celui à qui les prestations sont versées lorsque s'applique la garantie souscrite. Il peut être soit l'affilié, soit une autre personne.

SOMMAIRE

SOMMAIRE	3
TITRE I - LES DISPOSITIONS RELATIVES À VOTRE CONTRAT	4
ARTICLE 1 - VOTRE CONTRAT	4
ARTICLE 2 - LA DURÉE DE VOTRE CONTRAT	4
ARTICLE 3 - LA RÉVISION DE VOTRE CONTRAT	5
ARTICLE 4 - LES RÉCLAMATIONS.....	5
ARTICLE 5 - LA PRESCRIPTION.....	6
ARTICLE 6 - LA LÉGISLATION RELATIVE AU TRAITEMENT DES DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL	6
TITRE II - LES DISPOSITIONS RELATIVES À L’ADHÉSION ET À VOTRE AFFILIATION	7
ARTICLE 7 - LES CONDITIONS D’ADHÉSION À LA CONVENTION DE PRÉVOYANCE	7
ARTICLE 8 - VOTRE AFFILIATION AU CONTRAT PRÉVOYANCE	7
ARTICLE 9 - LES INFORMATIONS.....	7
ARTICLE 10 - LA DURÉE DE VOS GARANTIES	7
ARTICLE 11 - L’INDEXATION DES COTISATIONS ET GARANTIES	8
TITRE III - LES DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES	9
ARTICLE 12 - LA BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS	9
ARTICLE 13 - LA REVALORISATION DES PRESTATIONS PÉRIODIQUES	9
ARTICLE 14 - VOTRE CONJOINT, VOTRE PARTENAIRE, VOTRE CONCUBIN, VOS ENFANTS ET PERSONNES À CHARGE	9
ARTICLE 15 - LES RISQUES EXCLUS	10
ARTICLE 16 - L’EXPERTISE MÉDICALE.....	10
ARTICLE 17 - LE RÈGLEMENT DE NOS PRESTATIONS.....	10
TITRE IV - LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À CHAQUE GARANTIE	11
ARTICLE 18 - LA GARANTIE DÉCÈS EN CAPITAL	12
ARTICLE 19 - LA GARANTIE DÉCÈS ACCIDENTEL EN CAPITAL	14
ARTICLE 20 - LA GARANTIE DÉCÈS ACCIDENTEL DE LA CIRCULATION EN CAPITAL.....	14
ARTICLE 21 - LES BÉNÉFICIAIRES DU CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS	15
ARTICLE 22 - LES DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU RÈGLEMENT DE LA PRESTATION DÉCÈS	16
ARTICLE 23 - L’ALLOCATION MI-TEMPS THÉRAPEUTIQUE	17
ARTICLE 24 - FORMALITÉS ET DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU RÈGLEMENT DE LA PRESTATION MI-TEMPS THÉRAPEUTIQUE.....	19
ARTICLE 25 - LA GARANTIE COMPLÉMENTAIRE DÉCÈS ACCIDENTEL EN CAPITAL	21
ARTICLE 26 - LA GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE PAR ACCIDENT	21
ARTICLE 27 - LES BÉNÉFICIAIRES DU CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL.....	23
ARTICLE 28 - LES DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU RÈGLEMENT DE LA PRESTATION DÉCÈS	23
ARTICLE 29 - LES DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU RÈGLEMENT DE LA PRESTATION INVALIDITÉ PAR ACCIDENT	24
ARTICLE 30 - L’INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE OU PARTIELLE DE TRAVAIL	25
ARTICLE 31 - L’INVALIDITÉ PERMANENTE.....	27
ARTICLE 32 - FORMALITÉS ET DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU RÈGLEMENT DE LA PRESTATION ARRÊT DE TRAVAIL.....	30
ARTICLE 33 - L’INDEMNITÉ JOURNALIÈRE EN CAS D’HOSPITALISATION	32
ARTICLE 34 - LES FORMALITÉS ET DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU RÈGLEMENT DE LA PRESTATION COMPLÉMENTAIRE EN CAS D’HOSPITALISATION.....	32
ARTICLE 35 - L’ALLOCATION NAISSANCE/ADOPTION.....	33
ARTICLE 36 - FORMALITÉS ET DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU RÈGLEMENT DE LA PRESTATION NAISSANCE/ADOPTION	33
TITRE V - LES EXCLUSIONS	34

TITRE I - LES DISPOSITIONS RELATIVES À VOTRE CONTRAT

ARTICLE 1 - VOTRE CONTRAT

La convention est un contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative. 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 la société d'assurance :

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.

Dans ce qui suit, nous désignerons par « votre contrat » les dispositions contractuelles de la convention souscrite entre nous et L.P.A. et de l'avenant d'adhésion au titre duquel vous êtes assuré. Il est régi par le Code des Assurances. Notre autorité de contrôle est l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution, située 61, rue Taitbout, 75009 PARIS.

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

ARTICLE 2 - LA DURÉE DE VOTRE CONTRAT

2.1) La date d'effet

La convention souscrite par L.P.A. a pris effet au 1^{er} janvier 2012. Elle court jusqu'au 31 décembre de chaque année et est ensuite reconduite tous les premiers janviers par accord tacite. Chaque avenant d'adhésion prend effet à la date convenue entre L.P.A. le Barreau, et l'assureur, pour une période allant jusqu'au trente et un décembre de l'année de sa prise d'effet et se renouvelle ensuite, par tacite reconduction, au premier janvier de chaque année.

2.2) La résiliation

Votre contrat peut, à tout moment, être résilié du fait de la résiliation :

- de la convention par L.P.A. ou l'assureur,
 - de l'avenant d'adhésion par L.P.A, le Barreau, ou l'Assureur,
- effectuée par lettre recommandée avec accusé de réception et adressée aux autres parties concernées, au plus tard :
- **deux mois** avant le terme annuel de la convention, le cachet de la poste faisant foi, dans le cas de la résiliation du fait de L.P.A. ;
 - **deux mois** avant le terme annuel du contrat d'adhésion, le cachet de la poste faisant foi, dans le cas de la résiliation du fait de L.P.A. ou du Barreau ;
 - **six mois** avant le terme annuel de la convention ou du contrat d'adhésion, 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.

Pour que le contrat d'adhésion 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. ou du Barreau
- le 30 juin dans le cas de la résiliation du fait d'AXA.

ARTICLE 3 - LA RÉVISION DE VOTRE CONTRAT

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 votre contrat.

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. et le Barreau, mettre fin à votre contrat, en dehors des périodes de résiliation prévues à l'article « La durée de votre contrat » de cette notice, 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 votre contrat. 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 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 5 - LA PRESCRIPTION

Conformément aux dispositions de l'article L 114-1 du Code des assurances, le délai de prescription de toute action dérivant du contrat d'assurance est de deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur.

Conformément à 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'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription peut en outre résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

ARTICLE 6 - 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 affiliation au contrat.

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.

TITRE II - LES DISPOSITIONS RELATIVES À L'ADHÉSION ET À VOTRE AFFILIATION

ARTICLE 7 - LES CONDITIONS D'ADHÉSION À LA CONVENTION DE PRÉVOYANCE

Peuvent adhérer à cette Convention l'ensemble des Barreaux situés en France métropolitaine, ou dans un territoire français d'Outre-mer ou dans un département français d'Outre-mer adhérant à l'association L.P.A.

Pour adhérer à la présente convention, L.P.A. signe avec l'assureur et chaque barreau un avenant d'adhésion à la Convention ; cet avenant :

- précise les garanties souscrites. Ces garanties souscrites s'imposent à la totalité des assurés dès lors qu'ils répondent aux conditions d'affiliation,
- complète par des conditions particulières les conditions d'adhésion du barreau à la Convention.

ARTICLE 8 - VOTRE AFFILIATION AU CONTRAT PRÉVOYANCE

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

- être avocat au sein d'un Barreau adhérant à la Convention d'assurance relative à cette notice, et adhérant à l'association L.P.A.
- être âgé de moins de 75 ans le jour de votre affiliation au contrat, 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 votre Barreau.

Vous êtes affilié à titre obligatoire à cette convention au titre de l'adhésion de votre Barreau, si vous appartenez au groupe assuré défini dans l'avenant d'adhésion.

Peuvent-être dispensés d'affiliation, les avocats précédemment couverts par le contrat 5139 ou 5140. La liste des avocats dispensés doit être fournie lors de l'adhésion du barreau à la présente convention. Cette dispense exclue définitivement l'avocat du groupe assurable de la convention 5138.

ARTICLE 9 - LES INFORMATIONS

Vous recevrez de votre Barreau un exemplaire de la notice d'information précisant les modalités d'application des garanties souscrites et serez informé par écrit par votre Barreau des modifications contractuelles ou de la résiliation du contrat et ce, avant leur date d'effet.

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 l'avenant d'adhésion de votre Barreau à la convention de prévoyance collective, conclue 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 du contrat.

Si vous êtes en arrêt de travail pour maladie ou accident à la date d'effet du contrat 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'affiliation dans le groupe assuré,
- 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 75^{ème} anniversaire pour la garantie « Décès » ;
 - votre 75^{ème} anniversaire pour les garanties « Décès accidentel » et « décès accidentel de la circulation » lorsque votre Barreau choisit l'option 2 ;
 - votre 70^{ème} anniversaire pour les garanties « Décès accidentel » et « décès accidentel de la circulation » lorsque votre Barreau choisit l'option 1 ;
 - votre 70^{ème} anniversaire pour la garantie Arrêt de travail, en ce qui concerne les prestations en cas Incapacité temporaire de travail ;
 - votre 70^{ème} anniversaire pour les garanties des modules facultatifs « Décès accidentel et invalidité permanente par accident », « Mi-temps thérapeutique », « Hospitalisation » et « Allocation Naissance/Adoption » ;
 - votre 65^{ème} anniversaire pour la garantie « Perte totale et irréversible d'autonomie » ;
- à la liquidation de vos droits au titre du régime obligatoire de retraite dont vous relevez et au plus tard 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 pour la garantie Arrêt de travail en ce qui concerne les prestations en cas d'invalidité permanente
- en cas de cessation du paiement des cotisations ;
- en cas de résiliation de la convention ou de l'adhésion du Barreau.

Une fois admis au contrat, et tant que celui-ci n'est pas résilié, 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 fautive ou inexacte faite de mauvaise foi conformément à l'article L 113-8 du Code des assurances, à la condition que la cotisation ait été payée.

ARTICLE 11 - L'INDEXATION DES COTISATIONS ET GARANTIES

Les montants des prestations garanties et des cotisations relatifs à chacun des Ordres Adhérents sont indexés en fonction de l'évolution du point de retraite AGIRC.

Cette indexation s'effectue à effet du 1^{er} janvier de chaque exercice – et pour la première fois, au 1^{er} janvier de l'exercice suivant celui de l'adhésion – en prenant pour référence la valeur de l'indice à cette date et au 1^{er} janvier de l'année de l'adhésion du Barreau concerné.

Cette indexation concerne l'ensemble des garanties à l'exclusion de la garantie ALLOCATION MI-TEMPS THERAPEUTIQUE.

TITRE III - LES DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES

ARTICLE 12 - LA BASE DE CALCUL DES PRESTATIONS

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

Lors de son adhésion à cette convention, votre Barreau a la faculté de choisir parmi les modules, garanties, classes et options proposés. Ces choix sont spécifiés dans cette notice et déterminent le montant des prestations garanties et des cotisations afférentes.

ARTICLE 13 - 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 contrat, nous cessons les revalorisations et maintenons le montant des prestations périodiques au niveau atteint à la date de cette résiliation.

ARTICLE 14 - VOTRE CONJOINT, VOTRE PARTENAIRE, VOTRE CONCUBIN, VOS ENFANTS ET PERSONNES À CHARGE

14.1) Le conjoint

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

14.2) Le partenaire

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

14.3) 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.

14.4) Les enfants à charge

Sont définis comme tels, vos enfants et ceux de votre conjoint qu'ils soient légitimes, reconnus, recueillis ou adoptifs.

Ils doivent, en outre, répondre aux conditions ci-dessous :

- d'une part :
 - être mineurs ;
 - ou être majeurs et âgés de moins de 26 ans et remplir l'une des conditions suivantes :
 - être affiliés au régime de Sécurité sociale des étudiants ;
 - suivre des études secondaires ou supérieures, ou une formation en alternance ;

– ou quel que soit leur âge, percevoir une des allocations pour adultes handicapés (loi du 30 juin 1975), sous réserve que cette allocation leur ait été attribuée avant leur 21^{ème} anniversaire ;

• d'autre part :

– être fiscalement à votre charge, c'est-à-dire être pris en compte pour l'application du quotient familial ou percevoir une pension alimentaire que vous déduisez fiscalement de votre revenu global.

De plus, les enfants que vous avez reconnus ou adoptés sont considérés à charge même s'ils sont fiscalement à la charge de votre partenaire lié avec vous par un Pacte civil de solidarité ou de votre concubin tel que défini à l'article « Votre conjoint, votre partenaire, votre concubin, vos enfants et personnes à charge » au paragraphe « Le concubin » de cette notice.

Enfin, les enfants nés moins de 300 jours après votre décès sont considérés comme enfants à charge.

14.5) Les personnes à charge

Ce sont vos ascendants ou ceux de votre conjoint qui sont dans le besoin au sens de l'article 205 du Code civil et pour lesquels vous déduisez fiscalement une pension alimentaire de votre revenu global.

ARTICLE 15 - LES RISQUES EXCLUS

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

ARTICLE 16 - L'EXPERTISE MÉDICALE

Une expertise médicale peut s'avérer nécessaire pour constater votre état d'incapacité de travail ou d'invalidité permanente. 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 17 - LE RÈGLEMENT DE NOS PRESTATIONS

Nos prestations sont versées lorsqu'un risque garanti par ce contrat 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

Les garanties sont regroupées en six modules :

Le module facultatif DECES, qui regroupe les garanties suivantes :

- Décès en capital et Perte totale et irréversible d'autonomie
- Décès accidentel en capital
- Décès accidentel de la circulation en capital

Ce module DECES est obligatoire en cas d'adhésion de votre Barreau au module ARRET DE TRAVAIL.

Le module facultatif « MI-TEMPS THERAPEUTIQUE », relatif à la garantie « Mi-temps thérapeutique »,

Le module facultatif DECES ACCIDENTEL ET INVALIDITE PERMANENTE PAR ACCIDENT, qui regroupe les garanties suivantes :

- Décès accidentel en capital
- Invalidité permanente par accident

Le module facultatif ARRET DE TRAVAIL, relatif à la garantie Arrêt de travail et regroupant l'incapacité temporaire de travail et l'invalidité permanente.

Le module facultatif HOSPITALISATION, relatif à la garantie en cas d'hospitalisation.

Le module facultatif ALLOCATION NAISSANCE/ADOPTION, relatif à la garantie en cas de naissance ou à l'adoption d'un enfant.

LE MODULE FACULTATIF DÉCÈS

ARTICLE 18 - LA GARANTIE DÉCÈS EN CAPITAL

Cette garantie prévoit en cas de décès consécutif à une maladie ou à un accident le versement d'un capital. Le montant du capital est fonction de la classe et de l'option choisies par votre Barreau.

a) La classe

Classe	Capital de base	Classe	Capital de base
K	15 000 €	P	90 000 €
L	30 000 €	Q	105 000 €
M	45 000 €	R	120 000€
N	60 000 €	S	135 000€
O	75 000 €	T	150 000 €

A effet du 1^{er} janvier 2017, pour toutes nouvelles adhésions à cette Convention et si votre Barreau adhère au module facultatif ARRET DE TRAVAIL, la classe Décès choisie doit être au minimum égale à 1000 fois la classe Incapacité temporaire choisie.

Votre Barreau a choisi la classe L - 30 000 €.

b) L'option

Option 1 :

Le capital garanti en cas de décès est égal à 100 % du capital de base

Option 2 :

Le capital garanti en cas de décès est égal à 100% du capital de base, majoré de 25,00 % par personne à charge et affecté d'un coefficient qui, en fonction de l'âge de l'affilié au jour de son décès est fixé à :

- 100,00 % pour les affiliés âgés au plus de 65 ans,
- 75,00 % pour les affiliés âgés de 66 à 70 ans,
- 40,00 % pour les affiliés âgés de 71 à 75 ans.

Les majorations pour enfants ou personnes à charge seront réparties par parts égales entre les enfants ou personnes à charge ayant ouvert droit aux dites majorations.

Votre Barreau a choisi l'option 1.

c) Le versement par anticipation du capital Décès en cas de perte totale et irréversible d'autonomie

Pour bénéficier du versement anticipé du capital Décès, vous devez nous demander de reconnaître votre perte totale et irréversible d'autonomie.

La perte totale et irréversible d'autonomie est l'incapacité définitive et totale de l'adhérent d'exercer une activité professionnelle quelconque avec l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. Il doit également justifier d'un degré d'incapacité fonctionnelle et professionnelle de 100 %.

Pour bénéficier de ce versement anticipé, vous devez être âgé de moins de 65 ans à la date à laquelle nous reconnaissons votre état de perte totale et irréversible d'autonomie.

Nous pouvons être amenés à procéder à une expertise médicale pour prendre notre décision.

Pour déterminer le montant du capital à verser, nous prenons en compte la situation de famille à la date de la reconnaissance de la perte totale et irréversible d'autonomie. Le capital est versé à vous ou à votre représentant légal.

Le versement de ce capital met fin à la garantie Décès en capital.

ARTICLE 19 - LA GARANTIE DÉCÈS ACCIDENTEL EN CAPITAL

Cette garantie prévoit le versement d'un capital supplémentaire à celui prévu au titre de la garantie Décès en capital lorsque votre décès est causé par un accident.

Le montant du capital est fonction de l'option choisie par votre Barreau.

Option 1 :

Nous versons un capital supplémentaire égal à celui prévu au titre de la garantie décès en capital.

Option 2 :

Nous versons un capital supplémentaire égal à :

- 100% du capital prévu au titre de la garantie décès en capital pour les affiliés âgés au plus de 65 ans
- 50% du capital prévu au titre de la garantie décès en capital pour les affiliés âgés de 66 à 75 ans.

Les majorations pour enfants ou personnes à charge seront réparties par parts égales entre les enfants ou personnes à charge ayant ouvert droit aux dites majorations.

Votre Barreau a choisi l'option 1.

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.

Votre décès doit survenir dans les douze mois civils suivant l'accident. La preuve du caractère accidentel incombe aux bénéficiaires.

ARTICLE 20 - LA GARANTIE DÉCÈS ACCIDENTEL DE LA CIRCULATION EN CAPITAL

Cette garantie prévoit le versement d'un capital supplémentaire à ceux prévus au titre des garanties Décès en capital et Décès accidentel lorsque votre décès est causé par un accident de la circulation.

Le montant du capital est fonction de l'option choisie par votre Barreau.

Option 1 :

Nous versons un capital supplémentaire égal à celui prévu au titre de la garantie décès en capital.

Option 2 :

Nous versons un capital supplémentaire égal à :

- 100 % du capital prévu au titre de la garantie décès en capital pour les affiliés âgés au plus de 65 ans
- 50 % du capital prévu au titre de la garantie décès en capital pour les affiliés âgés de 66 à 75 ans.

Votre Barreau a choisi l'option 1.

Les majorations pour enfants ou personnes à charge seront réparties par parts égales entre les enfants ou personnes à charge ayant ouvert droit aux dites majorations.

L'accident de la circulation est un accident :

- provoqué par un objet, un véhicule, un animal ou un piéton, lorsque l'adhérent circule à pied sur une voie publique ou privée,
- survenu à l'occasion d'un parcours effectué par l'adhérent :
 - o en tant que passager d'une ligne régulière de transports par voie de fer, d'air ou d'eau,
 - o en tant que passager ou conducteur d'un véhicule sur voie de terre.

Il est précisé que les accidents survenus lors de la pratique d'une activité sportive nécessitant l'utilisation de véhicules à moteur ne sont pas considérés comme des accidents de la circulation.

Votre décès doit survenir dans les douze mois civils suivant l'accident. La preuve du caractère accidentel incombe aux bénéficiaires.

ARTICLE 21 - LES BÉNÉFICIAIRES DU CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS

Le capital est versé au(x) bénéficiaire(s) selon le mode de désignation que vous aurez choisi :

La désignation type des bénéficiaires

Si vous n'avez fait aucune mention particulière, nous versons le capital

- à votre conjoint non séparé judiciairement ;
- à défaut, à votre partenaire avec lequel vous étiez lié par un Pacte civil de solidarité ;
- à défaut, par parts égales, à vos enfants vivants ou représentés et à ceux de votre conjoint s'il en a fiscalement la charge ;
- à défaut, par parts égales, à votre père et à votre mère ou au survivant d'entre eux ;
- à défaut, à vos héritiers selon la dévolution successorale.

Lorsque la présence d'un enfant ou d'une personne à charge donne droit à une majoration du capital, celle-ci est alors versée :

- au conjoint ou au partenaire lié par un Pacte civil de solidarité, père ou mère de l'enfant mineur ou majeur incapable, s'il en a fiscalement la garde ;
- au représentant légal de chaque enfant mineur, lorsque le conjoint ou le partenaire lié par un Pacte civil de solidarité, père ou mère de l'enfant, n'en a pas la garde ;
- à chaque enfant majeur ou mineur émancipé ;
- à chaque personne à charge ou à son représentant légal si elle ne dispose pas de la capacité juridique.

Pour être bénéficiaire du capital décès, votre concubin tel que défini à l'article « Votre conjoint, votre partenaire, votre concubin, vos enfants et personnes à charge » de cette notice, doit avoir fait l'objet d'une désignation particulière.

La désignation particulière des bénéficiaires

Vous pouvez désigner un ou plusieurs bénéficiaires de votre choix. Vous devez nous informer par écrit de votre désignation particulière, celle-ci pouvant faire l'objet d'un acte authentique ou d'un acte sous seing privé. Cette désignation est irrévocable en cas d'acceptation par le bénéficiaire sauf cas de révocation prévue de plein droit par le Code Civil.

Lorsque la présence d'un enfant ou d'une personne à charge donne lieu à la majoration du capital, celle-ci lui est versée ou à son représentant légal, s'il ne dispose pas de la capacité juridique, sous forme de capital. Cette disposition s'applique sauf si vous avez clairement manifesté la volonté d'y déroger.

Toutefois, la désignation type des bénéficiaires s'applique dans les cas suivants :

- si tous vos bénéficiaires désignés décèdent avant vous ;
- ou si vous et vos bénéficiaires désignés décédez ensemble au cours d'un même événement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès ;

Enfin, si vous avez souhaité répartir le capital entre plusieurs bénéficiaires, le prédécès de l'un d'entre eux entraîne la redistribution de son capital, versé sous forme de capital, aux autres, proportionnellement à leurs parts respectives.

ARTICLE 22 - LES DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU RÈGLEMENT DE LA PRESTATION DÉCÈS

Documents justificatifs (à nous faire parvenir dans les 6 mois suivant le décès)	En cas de décès	En cas de perte totale et irréversible d'autonomie ⁽¹⁾
Acte de décès	X	
Certificat médical indiquant la nature et les circonstances du décès (document à retourner à notre médecin-conseil sous pli confidentiel)	X	
Demande écrite de votre part ou de votre représentant légal		X
Rapport médical établi par votre médecin traitant ou par le médecin ayant constaté votre perte totale et irréversible d'autonomie (à adresser sous pli confidentiel à notre médecin-conseil)		X
Copie intégrale de l'acte de naissance de l'adhérent	X	X
Copie intégrale de l'acte de naissance du conjoint	X	
Photocopie intégrale de votre (ou de vos) livret(s) de famille	X	X
Photocopie de votre Pacte civil de solidarité	X	X
Certificat de scolarité de vos enfants	X	X
Attestation de leur affiliation au régime de la Sécurité sociale des étudiants ⁽²⁾	X	X
Copie de leur contrat de formation en alternance ⁽²⁾	X	X
Attestation du paiement des allocations pour adulte handicapé ⁽²⁾	X	X
Ordonnance ou jugement de tutelle ⁽²⁾	X	X
Copie de votre dernier avis d'imposition sur le revenu et de l'attestation de l'administration fiscale précisant le nombre de personnes entrant dans le calcul de votre quotient familial et d'enfants recevant une pension alimentaire, au jour du décès ou de la demande ⁽²⁾	X	X
Copie du dernier avis d'imposition de votre partenaire lié par un Pacte civil de solidarité ou de votre concubin ⁽²⁾	X	X

(1) A la réception de l'ensemble des documents justificatifs, nous disposons d'un délai de trente jours pour statuer ou, éventuellement, demander des pièces complémentaires.

(2) documents à fournir lorsque l'application de la garantie dépend de vos enfants ou personnes à charge.

En plus des pièces énumérées ci-dessus pour la garantie Décès, vous devez, en cas de Perte totale et irréversible d'autonomie ou pour les garanties Décès accidentel et Décès accidentel de la circulation nous remettre tout document susceptible de prouver la relation de cause à effet entre l'accident et le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie (copie du rapport de police, procès-verbal de gendarmerie, etc...).

LE MODULE FACULTATIF « 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 23 - 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. Cette diminution de votre activité professionnelle doit être attestée par un médecin et due à une des pathologies graves décrite ci-après.

23.1) 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).

23.2) Le montant et la durée de l'indemnité

Nous versons une indemnité forfaitaire dont le montant est :

- fonction de la pathologie,
- fonction de l'option choisie par votre Barreau,
- 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.

Pathologie	Début de la période	Durée de la période	Indemnités versées pour la période		
			Option 1	Option 2	Option 3
Cancer	Le lendemain de la séance de chimiothérapie ou de radiothérapie	30 jours	225 €	450 €	675 €
Maladie de Hodgkin	Le lendemain de la séance de chimiothérapie ou de radiothérapie	30 jours	225 €	450 €	675 €
Maladie de Burckitt	Le lendemain de la séance de chimiothérapie ou de radiothérapie	30 jours	225 €	450 €	675 €
Embolie pulmonaire	Le lendemain qui suit la constatation médicale de la diminution de l'activité professionnelle	60 jours	150 €	300 €	450 €
Insuffisance cardiaque sans étiologie		60 jours	150 €	300 €	450 €
Epilepsie		60 jours	75 €	150 €	225 €
Maladie de Ménière		60 jours	75 €	150 €	225 €
Mucoviscidose		60 jours	75 €	150 €	225 €
Sclérose en plaques (*)		60 jours	75€	75€	75€

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.

Votre Barreau a choisi l'option 3.

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

23.3) 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 Burkitt 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.

La prestation ne peut se cumuler avec les prestations en cas d'Arrêt de travail (incapacité totale ou partielle ou invalidité) dues au titre d'une convention par La Prévoyance des Avocats, ainsi que celles versées par la CNBF.

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 24 - 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 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>Attestation médicale n°4 à fournir actualisée à chaque demande d'indemnisation</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>

LE MODULE FACULTATIF DÉCÈS ACCIDENTEL ET INVALIDITÉ PERMANENTE PAR ACCIDENT

Les garanties Décès accidentel et Invalidité permanente par accident ne peuvent être souscrites qu'en complément des garanties du module Décès.

ARTICLE 25 - LA GARANTIE COMPLÉMENTAIRE DÉCÈS ACCIDENTEL EN CAPITAL

Cette garantie prévoit en cas de décès consécutif à un accident le versement d'un capital. Le montant du capital est fonction de la classe choisie par votre Barreau.

Classe	Capital de base	Classe	Capital de base
K	20 000 €	R	90 000 €
L	30 000 €	S	100 000 €
M	40 000 €	T	110 000 €
N	50 000 €	U	120 000 €
O	60 000 €	V	130 000 €
P	70 000 €	W	140 000 €
Q	80 000 €	X	150 000 €

La classe de capitaux retenue ne peut être supérieure à celle retenue pour la garantie Décès en capital et telle que définie à l'article « La garantie Décès en capital » de cette notice.

Votre Barreau n'a pas choisi cette garantie.

Nous versons un capital égal à 100% du capital de base de la classe choisie.

La définition de l'accident est celle prévue à l'article « La garantie Décès accidentelle en capital » de cette notice.

Votre décès doit survenir dans les vingt quatre mois civils suivant l'accident. La preuve du caractère accidentel incombe aux bénéficiaires.

ARTICLE 26 - LA GARANTIE INVALIDITÉ PERMANENTE PAR ACCIDENT

La garantie a pour objet le versement d'un capital en cas d'infirmité permanente consécutive à un accident survenu pendant la période d'assurance, sous réserve :

- que l'infirmité soit constatée dans le délai visé à l'article « La durée de votre contrat » de cette notice,
- que son taux, déterminé conformément aux dispositions ci-après soit au moins égal à 10 %.

Votre invalidité permanente doit être constatée dans les douze mois civils suivant l'accident. La preuve du caractère accidentel incombe aux bénéficiaires. Lorsque la consolidation n'est pas intervenue dans les vingt-quatre mois qui suivent l'accident, l'état d'invalidité permanente est apprécié au plus tard à l'expiration de ce délai.

Le capital est versé à vous ou à votre représentant légal.

La définition de l'accident est celle prévue à l'article « La garantie Décès accidentel en capital » de cette notice. La preuve du caractère accidentel de l'infirmité permanente vous incombe. Vous êtes tenu de recourir immédiatement aux soins médicaux nécessaires et de suivre soigneusement les prescriptions de votre médecin traitant ; l'aggravation due au retard, à la négligence ou à

l'inobservation du traitement médical de votre part sera considérée comme résultant du fait volontaire ou intentionnel et par là-même exclue de la garantie car ne résultant pas d'un accident.

Le montant du capital est égal au produit des deux éléments ci-après :

- d'une part, 100% du capital de base retenu dans le cadre de la garantie Décès Accidentel (article « La garantie complémentaire Décès accidentel en capital » de cette notice)
- d'autre part, le taux d'infirmité

26.1) Le taux d'infirmité

Le taux d'infirmité est déterminé d'après le barème d'invalidité ci-après et en fonction de la capacité existant à la date d'entrée dans l'assurance.

26.2) Le barème d'invalidité

INVALIDITES PERMANENTES TOTALES			
Perte totale des deux yeux ou de la vision des deux yeux	100%	Aliénation mentale incurable et totale résultant directement et exclusivement d'un accident	100%
Perte complète de l'usage des deux membres inférieurs ou supérieurs	100%		

INVALIDITES PERMANENTES PARTIELLES

TETE			
Perte complète de la vision d'un œil sans énucléation	25%	Anosmie absolue	4%
Surdité totale non appareillable résultant directement exclusivement d'un accident	60%	Fracture des os propres du nez ou de la cloison, avec gêne respiratoire	3%
Surdité complète d'une oreille	12%	Sténose nasale totale unilatérale	4%
Syndrome subjectif des traumatismes crâniens, troubles post-commotionnels – forme complète	5%	Fracture non consolidée de la mâchoire inférieure	20%
Epilepsie généralisée post-traumatique, 1 ou 2 crises convulsives par mois avec traitement	50%	Perte totale ou presque totale des dents : - avec possibilité de prothèse - sans possibilité de prothèse	10% 35%
Hémiplégie avec contracture : - coté droit - coté gauche	70% 55%		

MEMBRES SUPERIEURS ET EPAULES					
	Droit	Gauche		Droit	Gauche
Fracture de la clavicule avec séquelles nettes	5%	3%	Amputation de l'index	10%	8%
Raideur de l'épaule, peu accentuées	5%	3%	Amputation du médus	8%	6%
Raideur de l'épaule, la projection en avant et l'abduction n'atteignant pas 90°	15%	11%	Amputation de l'annulaire	5%	3%
Perte complète de l'usage du mouvement de l'épaule	30%	22%	Amputation de l'auriculaire	5%	3%
Amputation du bras au tiers supérieur ou perte complète de l'usage d'un bras	70%	55%	Perte de l'usage du mouvement du coude	20%	15%
Perte complète de l'usage d'une main	60%	50%	Perte complète des mouvements d'un poignet	12%	9%
Fracture non consolidée d'un bras	40%	30%	Fracture du 1 ^{er} métacarpien avec séquelles modérées	4%	3%
Amputation d'un pouce : - sans conservation du métacarpien - avec conservation du métacarpien	25% 15%	20% 10%	Fracture du 5 ^{eme} métacarpien avec séquelles modérées	2%	1%

RACHIS - THORAX			
Fracture de la colonne vertébrale cervicale sans lésion médullaire	10%	Fracture isolée du sternum avec séquelles peu importantes	3%
Fracture de la colonne vertébrale dorsale-lombaire, tassement avec raideur rachidienne nette sans signes neurologiques	10%	Fracture uni-costale avec séquelles peu importantes	1%
Cervicalgies avec raideur rachidienne importante	5%	Fractures multiples de côtes avec séquelles importantes	8%
Lombalgie avec raideur rachidienne importante	5%	Reliquats d'un épanchement traumatique avec signes radiologiques	5%
Algies radiculaires avec irradiation (forme légère)	2%	Paraplégie fruste, marche possible, spasmodicité dominant la paralysie	20%

ABDOMEN			
Splénectomie avec séquelles hématologiques sans incidence clinique	10%	Cicatrice abdominale d'intervention chirurgicale avec éventration de 10cm non opérable	5%
Néphrectomie	20%		

Pour l'application du barème, les règles suivantes sont observées :

- l'incapacité fonctionnelle partielle ou totale d'un membre ou d'un organe est assimilée à sa perte partielle ou totale,
- s'il est médicalement constaté que l'assuré est gaucher, le pourcentage d'invalidité au barème pour le membre supérieur droit s'appliquera au membre supérieur gauche et inversement,
- les lésions non énumérées, de même que celles prévues par le barème qui ne sont pas conformes à leur description, sont indemnisées en proportion de leur gravité comparée à celle des cas énumérés, sans tenir compte de la profession exercée,
- si les lésions n'intéressent qu'un seul membre ou organe, le cumul ne peut, en aucun cas, dépasser le pourcentage d'invalidité prévu au barème pour la perte complète par suppression (ou perte complète de l'usage) dudit membre ou organe,
- lorsque d'un même accident résultent des lésions à plusieurs membres ou organes, les taux d'invalidité respectifs s'additionnent sans que le total puisse dépasser 100 %,
- l'évaluation des lésions de membres ou organes provoquées par l'accident ne peut être aggravée par l'état d'infirmité d'autres membres ou organes non touchés par l'accident,
- la perte ou lésion de membres ou organes déjà infirmes n'est indemnisée que par différence entre l'état avant et l'état après l'accident,
- toutes les fois que les conséquences d'un accident seront aggravées par une maladie, infirmité ou mutilation préexistante, par un état constitutionnel, par un manque de soins constaté imputable à une négligence de la victime ou par un traitement empirique, l'indemnité se recalculera d'après les conséquences qu'aurait eu l'accident chez un sujet se trouvant dans des conditions normales de santé soumis à un traitement médical rationnel.

ARTICLE 27 - LES BÉNÉFICIAIRES DU CAPITAL EN CAS DE DÉCÈS ACCIDENTEL

Le capital est versé au(x) bénéficiaire(s) selon le même mode de désignation à l'article « Les bénéficiaires du capital en cas de décès » de cette notice.

ARTICLE 28 - LES DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU RÈGLEMENT DE LA PRESTATION DÉCÈS

Les documents à nous faire parvenir dans les 6 mois suivant le décès sont ceux définis à l'article « Les documents nécessaires au règlement de la prestation Décès » de cette notice.

ARTICLE 29 - LES DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU RÈGLEMENT DE LA PRESTATION INVALIDITÉ PAR ACCIDENT

Sauf cas de force majeure, vous devez nous faire parvenir votre déclaration d'accident dans les deux mois suivant l'accident.

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'accident	A la consolidation de l'état de santé
RIB pour les virements	X	
Déclaration de l'accident indiquant la date, le lieu et les circonstances dans lesquelles il s'est produit	X	
Copie du rapport de police ou procès-verbal de gendarmerie	X	
Certificat médical détaillé, à adresser à notre médecin-conseil sous pli confidentiel, comportant description détaillée des blessures et indiquant les conséquences qui peuvent éventuellement en découler	X	
Certificat médical, à adresser à notre médecin-conseil sous pli confidentiel, indiquant les conséquences définitives de l'accident accompagné de toutes pièces de nature à permettre l'exacte appréciation de l'état de l'assuré ainsi que la détermination du taux d'infirmité		X

LE MODULE FACULTATIF ARRÊT DE TRAVAIL

Ce module relatif à la garantie Arrêt de travail regroupe l'incapacité temporaire de travail et l'invalidité permanente.

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 30 - L'INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE OU PARTIELLE 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.

30.1) Le montant de l'indemnité journalière

En cas d'incapacité temporaire totale de travail, nous versons une indemnité journalière dont le montant est fonction de la classe de prestation de base et de l'option choisies par votre Barreau.

En cas d'incapacité temporaire partielle de travail, nous versons 50 % de l'indemnité ci-dessus.

a) La classe de la prestation de base

Classe	Prestation de base de l'indemnité	Classe	Prestation de base de l'indemnité
A	15 €	F	90 €
B	30 €	G	105 €
C	45 €	H	120 €
D	60 €	I	135 €
E	75 €	J	150 €

A effet du 1^{er} janvier 2017, et pour toutes nouvelles adhésions à cette Convention, la classe choisie doit être au maximum égale à :

- 1 millième de la classe Décès choisie et définie à l'article 18 de la présente notice.

Votre Barreau a choisi la classe B – 30 € / jour

b) L'option

Option 1 :

En cas d'incapacité temporaire totale de travail par suite de maladie ou d'accident, nous versons une indemnité journalière dont le montant est égal à **100% de la prestation de base de la classe choisie**.

Option 2 :

En cas d'incapacité temporaire totale de travail par suite de maladie, nous versons une indemnité journalière dont le montant est égal à **100% de la prestation de base de la classe choisie**.

En cas d'incapacité temporaire totale de travail par suite d'accident, nous versons une indemnité journalière dont le montant est égal à **150% de la prestation de base de la classe choisie**.

Votre Barreau a choisi l'option 1.

30.2) 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 :

Option 1 :

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

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.

Option 2 :

- 45 jours en cas de maladie, accident ou hospitalisation

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

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 du contrat, 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.

Votre Barreau a choisi l'option 1.

30.3) La durée d'indemnisation

Votre Barreau choisit la durée de l'indemnisation :

- 18 mois sous déduction de la franchise,
- 24 mois sous déduction de la franchise,
- 36 mois sous déduction de la franchise.

Votre Barreau a choisi une durée d'indemnisation de 36 mois sous déduction de la franchise.

30.4) Cessation des versements

Nous cessons le versement de nos prestations au plus tard :

- dès lors que vous n'êtes plus en incapacité temporaire 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 ;
- au terme de la durée d'indemnisation choisie par votre barreau,
- 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 ou partielle 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^{ième} anniversaire.

ARTICLE 31 - L'INVALIDITÉ PERMANENTE

Vous êtes en invalidité permanente, 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, au plus tard avant votre 62^{ième} anniversaire, et au plus tard trois ans après le début de l'arrêt de travail, en état d'invalidité permanente tel que définie ci-après et que votre Barreau a choisi une durée de l'indemnisation de 36 mois sous déduction de la franchise en incapacité temporaire au titre du présent contrat, nous vous versons une rente d'invalidité qui vient s'ajouter à celle versée par la C.N.B.F. et qui se substitue à l'indemnité journalière éventuellement versée par le présent contrat ou par toute autre convention souscrite dans le cadre de LPA au titre de l'incapacité temporaire de travail

Le montant de la rente annuelle dépend du degré d'invalidité N attribué, de la classe de la base de garantie et de l'option de garantie choisies par votre Barreau

31.1) 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 consécutive 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 ».

Il est précisé que le degré d'invalidité « N » retenu est au moins de 66% lorsque l'assuré est en état d'invalidité permanente totale au sens de la Caisse Nationale des Barreaux Français (C.N.B.F.).

31.2) Classe et base de garantie

Classe	Base de garantie annuelle	Classe	Base de garantie annuelle
G	5 475 €	L	32 850 €
H	10 950 €	M	38 325 €
I	16 425 €	N	43 800 €
J	21 900 €	O	49 275 €
K	27 375 €	P	54 750 €

Votre Barreau a choisi la classe G – 5 475 €.

31.3) Le montant de la rente d'invalidité

Degré d'invalidité N	Montant de la rente		
	Option 1	Option 2	
	Invalidité suite à maladie et accident	Invalidité suite à maladie	Invalidité suite à accident
$N \leq 33 \%$	0	0	0
$33 \% < N \leq 66 \%$	100% de la Base de garantie de la classe choisie x $(N-33)/33$	100% de la Base de garantie de la classe choisie x $(N-33)/33$	150% de la Base de garantie de la classe choisie x $(N-33)/33$
$66 \% < N \leq 100 \%$	100% de la Base de garantie de la classe choisie	100% de la Base de garantie de la classe choisie	150% de la Base de garantie de la classe choisie

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.

Votre Barreau a choisi l'option 1.

31.4) 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 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 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 du contrat ou de la garantie, nous adaptons en conséquence le montant de la rente.

FORMALITÉS ET DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU RÈGLEMENT DE LA PRESTATION ARRÊT DE TRAVAIL

31.5) En cas d'incapacité temporaire totale ou partielle 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 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

31.6) 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	

LE MODULE FACULTATIF HOSPITALISATION

Ce module relatif à la garantie Hospitalisation ne peut être proposé que si la garantie Arrêt de travail a été souscrite.

Lorsque vous êtes hospitalisé en service hospitalier avant le 31 décembre de votre 70^{ième} anniversaire, la garantie prévoit, pour chaque journée d'hospitalisation, de vous verser une indemnité journalière forfaitaire à compter du 4^{ième} jour d'hospitalisation continue et dans la limite de 200 jours par année civile.

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

L'hospitalisation 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.

ARTICLE 32 - L'INDEMNITÉ JOURNALIÈRE EN CAS D'HOSPITALISATION

Le montant de l'indemnité journalière est fonction de la classe de base de garantie choisie par votre Barreau.

Classe	Base de Garantie
A	7,50 €
B	15,00 €
C	22,50 €

Votre Barreau n'a pas choisi cette garantie.

Nous cessons le versement de cette indemnité 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), sauf en cas de bénéfice du dispositif de cumul emploi-retraite ;
- en tout état de cause au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel vous atteignez votre 70^{ème} anniversaire de naissance.

ARTICLE 33 - LES FORMALITÉS ET DOCUMENTS NÉCESSAIRES AU RÈGLEMENT DE LA PRESTATION COMPLÉMENTAIRE EN CAS D'HOSPITALISATION

Sauf cas de force majeure, vous devez nous déclarer votre hospitalisation dans les deux mois suivant le début de cette hospitalisation.

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'hospitalisation	En cours de versement
RIB pour les virements	X	
Avis d'arrêt de travail initial	X	
Les bulletins d'hospitalisation	X	X

LE MODULE FACULTATIF ALLOCATION 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 34 - L'ALLOCATION NAISSANCE/ADOPTION

Classe	Base de Garantie
A	500 €
B	1 500 €

Votre Barreau n'a pas choisi cette garantie.

- pour les avocates : pour la naissance ou l'adoption d'un enfant,
- pour les avocats : 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 35 - 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 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

GARANTIES DECES - DECES ACCIDENTEL – INVALIDITE PERMANENTE ACCIDENTELLE - ARRET DE TRAVAIL – HOSPITALISATION

Sont exclus le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie, l'invalidité permanente accidentelle, et l'arrêt de travail résultant :

- d'un suicide ou tentative de suicide de l'adhérent au cours de la première année d'adhésion ou, en cas d'augmentation de garantie, au cours de la première année d'effet de celle-ci (pour la part de garantie supplémentaire),
- 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.

GARANTIES DECES ACCIDENTEL - INVALIDITE PERMANENTE ACCIDENTELLE - ARRET DE TRAVAIL – HOSPITALISATION – MI-TEMPS THERAPEUTIQUE

De plus, sont exclus le décès ou la perte totale et irréversible d'autonomie accidentels, l'arrêt de travail, l'hospitalisation, le mi-temps thérapeutique, occasionnés par un accident résultant :

- du fait intentionnel du bénéficiaire ou de vous-même,
- 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,
- des conséquences directes ou indirectes de la désintégration du noyau atomique.

GARANTIES DECES ACCIDENTEL – INVALIDITE PERMANENTE ACCIDENTELLE - HOSPITALISATION

Enfin, sont exclus le décès ou l'invalidité permanente accidentels et l'hospitalisation occasionnés alors que :

- vous êtes en tant que conducteur sous l'emprise de boissons alcoolisées attestée par un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui défini par le code de la circulation routière en vigueur au moment de l'accident,
- vous êtes sous l'emprise de stupéfiants ou de substances médicamenteuses en l'absence ou en dehors des limites des prescriptions médicales,
- ainsi que les accidents résultant :
 - > d'attentat ou d'actes de nature terroriste utilisant directement ou indirectement toute arme ou toute matière, qu'elles soient radioactives, d'origine chimique ou d'origine bactériologique ou virale ;
 - > de l'action directe ou indirecte de tout agent biologique.

GARANTIES ARRET DE TRAVAIL – HOSPITALISATION

Sont exclus l'arrêt de travail et l'hospitalisation résultant d'une tentative de suicide de l'adhérent.

