



CONTRAT DECES - INVALIDITE
PROFESSIONNELLE - INCAPACITE
TEMPORAIRE - INVALIDITE PERMANENTE
N° 107212

NOTICE D'INFORMATION

**REGIME DE PREVOYANCE
COLLECTIVE**

**DECES
INVALIDITE PROFESSIONNELLE
INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL
INVALIDITE PERMANENTE**

CONTRACTANTE : ASSOCIATION PH SERVICES

CONTRAT N° 107 212

**La présente notice est destinée à l'information des assurés ;
elle doit être remise par la Contractante à chacun d'entre eux.**

REGIME DE PREVOYANCE COLLECTIVE

DISPOSITIONS GENERALES

PREAMBULE

Ce contrat d'assurance de groupe à adhésion facultative est régi par le Code des Assurances ainsi que par les Dispositions Générales et Particulières.

Le présent contrat est souscrit par l'ASSOCIATION PH SERVICES, ci après dénommée la « Contractante », d'une part, et par la Compagnie « Generali Vie », ci-après dénommée la « Compagnie », d'autre part.

Ce contrat a pour objet de garantir à tout membre adhérent de l'Association :

- Un capital en cas de décès ou d'invalidité absolue et définitive (TITRE I).
- Un capital en cas d'invalidité professionnelle (TITRE II).
- Des prestations en cas d'Incapacité Temporaire de travail ou d'Invalidité Permanente (TITRE III).

Chaque adhérent est nommé " ASSURE " après affiliation au contrat.

Le contrat repose sur la bonne foi des déclarations de la Contractante et des assurés.

Le contrat est émis en fonction de la législation en vigueur ; toute modification ultérieure fera l'objet de nouvelles dispositions contractuelles.

PERSONNES ASSURABLES

- . Les praticiens hospitaliers et assimilés exerçant à temps plein, à temps réduit ou à temps partiel âgés de moins de 39 ans à l'adhésion (âge calculé en différence de millésime) ou anciens adhérents des contrats souscrits auprès d'AXA Conseil résiliés le 31 décembre 1999 et membres de l'association PH SERVICES.
- . Les adhérents du contrat N° 109 503 qui passent d'un statut de Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (P.U.P.H.) ou de Maître de Conférence des Universités – Praticien Hospitalier (M.C.U.P.H.) à un statut de Praticien Hospitalier et Assimilé exerçant à temps plein, à temps réduit ou à temps partiel et membre de l'association PH SERVICES.
- .

AFFILIATION DES ASSURES

a) Dispositions applicables aux personnes précédemment garanties dans le cadre d'un contrat de même nature jusqu'au 31 décembre 1999

Les personnes définies au paragraphe « personnes assurables » et assurées au 31 décembre 1999 auprès du précédent assureur sont admissibles à l'assurance si elles sont effectivement au travail sans réduction d'horaires pour raisons médicales, à compter du 1er janvier 2000, aux mêmes conditions (majoration de la cotisation, exclusion ou limitation de certaines garanties éventuelles) que celles appliquées par le précédent assureur.

A la date d'effet du contrat, les personnes en incapacité temporaire ou en invalidité permanente, doivent figurer sur une liste établie et validée par la Contractante, selon le modèle fourni par la Compagnie ; ces personnes font l'objet de dispositions contractuelles spéciales prévues en Annexe.

b) Pour les personnes non assurées auprès du précédent Assureur

Les personnes définies au paragraphe « personnes assurables », pour être affiliées au contrat doivent :

- n'avoir pas atteint leur 39ème anniversaire,
- donner leur consentement par écrit sur un bulletin individuel d'affiliation fourni par la Compagnie,
- être activement au travail à la date d'affiliation,
- justifier d'un état de santé jugé satisfaisant par la Compagnie ou le mandataire désigné, au moyen d'un questionnaire prévu dans le bulletin individuel d'affiliation.

Au vu des déclarations de l'assurable, la Compagnie ou le mandataire désigné peut :

- soit accepter le risque soumis,
- soit l'accepter à conditions spéciales (majoration de la cotisation, exclusion ou limitation de certaines garanties),
- soit le refuser.

La Compagnie pourra à cette occasion soumettre l'assurable à un examen médical qu'elle jugerait nécessaire.

L'acceptation de la Compagnie sera notifiée, en tout état de cause, à l'assurable.

c) Pour les adhérents du contrat N° 109 503

Les personnes sont admissibles à l'assurance si elles sont effectivement au travail sans réduction d'horaires pour raisons médicales, aux mêmes conditions (majoration de la cotisation, exclusion ou limitation de certaines garanties éventuelles) que celles appliquées sur le contrat N° 109 503.

DATE D'EFFET - RENOUELEMENT - RESILIATION

a) Du contrat

Le contrat prend effet le 1er janvier 2000. Il est conclu pour une période allant jusqu'au 31 décembre 2000 et se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction le 1er janvier de chaque année sauf avis de résiliation adressée par l'une ou l'autre des parties, par lettre recommandée au moins trois mois avant l'échéance. La résiliation du contrat entraîne le refus de toute nouvelle adhésion.

En cas de résiliation du contrat, la Contractante s'engage à en informer chaque assuré au moins deux mois avant l'échéance.

La résiliation du contrat entraîne de plein droit la cessation de toutes les garanties et la radiation de tous les assurés.

Cependant, les assurés qui ont bénéficié pendant au moins deux années des dispositions du contrat au jour de la résiliation pourront être maintenus dans l'effectif assurable, sous réserve du paiement des cotisations, jusqu'à l'âge requis pour faire valoir leurs droits à une pension de vieillesse.

b) Des adhésions

1) Dans le cas où l'acceptation est faite par le gestionnaire délégué

a) lorsque le bulletin d'adhésion est reçu au plus tard le 15 du mois

La date d'effet de l'adhésion est :

- au plus tôt le 1^{er} jour du mois de réception du bulletin d'adhésion ou,
- le lendemain, 0 heure, de l'acceptation par le mandataire.

b) lorsque le bulletin d'adhésion est reçu après le 15 du mois

La date d'effet de l'adhésion est :

- au plus tôt le lendemain, 0 heure, de l'acceptation par le mandataire ou,
- le 1^{er} jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion.

La Compagnie ou le mandataire se réserve le droit de différer la prise d'effet d'une adhésion.

L'adhésion est constatée par un certificat individuel d'assurance précisant :

- le nom et prénom de l'assuré,
- la date de naissance de l'assuré,
- la date d'effet des garanties et les garanties souscrites,
- la profession, l'échelon ou l'ancienneté au jour de l'adhésion,
- les cotisations,
- et les dispositions particulières éventuelles.

2) Dans le cas où l'acceptation est faite par la Compagnie

a) lorsque le bulletin d'adhésion est reçu au plus tard le 15 du mois

Sous réserve d'acceptation médicale par la Compagnie, la date d'effet de l'adhésion est :

- au plus tôt le 1^{er} jour du mois de réception du bulletin d'adhésion par le mandataire ou,
- le lendemain, 0 heure, de l'acceptation par la Compagnie.

b) lorsque le bulletin d'adhésion est reçu après le 15 du mois

Sous réserve d'acceptation médicale par la Compagnie, la date d'effet de l'adhésion est :

- au plus tôt le lendemain, 0 heure, de l'acceptation par la Compagnie ou,
- le 1^{er} jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion par le mandataire.

La Compagnie se réserve le droit de différer la prise d'effet d'une adhésion.

Dans tous les cas, l'adhésion court jusqu'au 31 décembre suivant la date d'effet.

L'adhésion est constatée par un certificat individuel d'assurance précisant :

- le nom et prénom de l'Assuré,
- la date de naissance de l'Assuré,
- la date d'effet des garanties et les garanties souscrites,
- les cotisations,
- la profession, l'échelon ou l'ancienneté au jour de l'adhésion,

- les conditions d'acceptation (conditions normales ou spéciales : majoration de la cotisation, exclusion ou limitation de certaines garanties)
- et les dispositions particulières éventuelles.

A défaut de notification d'acceptation ou de non acceptation par la Compagnie dans les 3 mois qui suivent, la date de réception de la demande d'adhésion par la Compagnie, l'admission de l'adhérent est réputée acquise.

L'adhésion se renouvelle ensuite annuellement par tacite reconduction au 1er janvier de chaque année sauf dénonciation par l'Assuré, adressée au moins deux mois à l'avance par lettre recommandée.

c) Des garanties

1) Dans le cas où l'acceptation est faite par le gestionnaire délégué

a) lorsque le bulletin d'adhésion est reçu au plus tard le 15 du mois

La date d'effet des garanties est :

- au plus tôt le 1^{er} jour du mois de réception du bulletin d'adhésion ou,
- le lendemain, 0 heure, de l'acceptation par le mandataire.

b) lorsque le bulletin d'adhésion est reçu après le 15 du mois

La date d'effet des garanties est :

- au plus tôt le lendemain, 0 heure, de l'acceptation par le mandataire ou,
- le 1^{er} jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion.

Il est précisé que les garanties en cas d'accident prendront effet dès le lendemain de la réception des demandes d'adhésion pour une durée d'un mois maximum.

2) Dans le cas où l'acceptation est faite par la Compagnie

a) lorsque le bulletin d'adhésion est reçu au plus tard le 15 du mois

Sous réserve d'acceptation médicale par la Compagnie matérialisée par l'émission du certificat individuel d'assurance, la date d'effet des garanties est :

- au plus tôt le 1^{er} jour du mois de réception du bulletin d'adhésion par le mandataire ou,
- le lendemain, 0 heure, de l'acceptation par la Compagnie.

b) lorsque le bulletin d'adhésion est reçu après le 15 du mois

Sous réserve d'acceptation médicale par la Compagnie matérialisée par l'émission du certificat individuel d'assurance, la date d'effet des garanties est :

- au plus tôt le lendemain, 0 heure, de l'acceptation par la Compagnie ou,
- le 1^{er} jour du mois suivant la réception du bulletin d'adhésion par le mandataire.

Il est toutefois précisé que les garanties en cas d'accident prendront effet dès le lendemain de la réception des demandes d'adhésion pour une durée d'un mois maximum.

Le paiement des cotisations en l'absence d'acceptation ne saurait valoir délivrance de garantie.

RADIATION DES ASSURES

Outre les dispositions du paragraphe « date d'effet – renouvellement - résiliation », un assuré est radié de plein droit :

- lorsqu'il ne répond plus à la définition du paragraphe « personnes assurables » et notamment à la date de cessation de son activité,
- si la cotisation le concernant n'est pas payée,
- en cas de résiliation du contrat (sauf les dispositions prévues au dernier alinéa du paragraphe « date d'effet – renouvellement - résiliation », alinéa a).

Un assuré est également radié le 31 décembre d'une année considérée sur demande formulée par lettre recommandée au moins deux mois à l'avance.

ACCIDENT - MALADIE

Pour l'application du contrat, on entend par " accident " un dommage corporel provenant de l'action soudaine et exclusive d'une cause extérieure et par " maladie " une altération de la santé constatée par un médecin.

SALAIRE D'UN ASSURE

a) Base des cotisations

Le salaire d'un assuré servant de base au calcul des cotisations est le salaire annuel brut de référence, hors gardes et astreintes, déterminé en fonction de la profession et de son échelon ou de son ancienneté et tel que défini par décret actuellement en vigueur, sous réserve de toutes modifications réglementaires ultérieures portant sur le statut des praticiens hospitaliers

Le salaire annuel brut de référence est celui de l'année en cours.

b) Base des prestations en cas de décès, d'invalidité absolue et définitive ou d'invalidité professionnelle

Le salaire d'un assuré servant de base au calcul des prestations est le salaire annuel brut de référence, hors gardes et astreintes, déterminé en fonction de la profession et de son échelon ou de son ancienneté et tel que défini par décret actuellement en vigueur, sous réserve de toutes modifications réglementaires ultérieures

Le salaire annuel brut de référence est celui de l'année au cours de laquelle s'est produit le sinistre.

Le salaire net est le montant du salaire brut défini ci-dessus, sous déduction des charges sociales qui incombent à l'assuré.

c) Base des prestations en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente

Le salaire d'un assuré servant de base au calcul des prestations est le salaire annuel net de référence, hors gardes et astreintes, versé au cours des douze derniers mois précédents l'intervention de la Compagnie et déterminé en fonction de la profession et de l'échelon ou de l'ancienneté de l'assuré et tel que défini par le décret actuellement en vigueur, sous réserve de toutes modifications réglementaires ultérieures.

d) Base des prestations en cas de décès, d'invalidité absolue et définitive ou d'invalidité professionnelle d'un assuré en incapacité temporaire de travail ou invalidité permanente

Le salaire d'un assuré servant de base au calcul des prestations en cas de décès, d'invalidité absolue et définitive ou d'invalidité professionnelle défini au paragraphe b) d'un assuré en incapacité temporaire de travail ou en invalidité permanente est le salaire annuel brut de référence, hors gardes et astreintes, versé au cours des 12 derniers mois précédents la perte de salaire due à l'incapacité de travail ou à l'invalidité et déterminé en fonction de la profession et de son échelon ou de son ancienneté et tel que défini par décret actuellement en vigueur, sous réserve de toutes modifications réglementaires ultérieures portant sur le statut des praticiens hospitaliers.

L'indemnité d'engagement de service public exclusif, telle que prévue par dispositions réglementaires, versée aux praticiens qui s'engagent à ne pas exercer une activité libérale est intégrée au salaire servant de base au calcul des cotisations et des prestations et définies respectivement aux paragraphes a), b) et c).

L'assuré doit notifier à la Compagnie tout changement intervenu dans sa situation (profession, échelon...). A défaut, la dernière situation déclarée sera prise en compte.

A chaque mois de Décembre, l'Assemblée Générale de PH SERVICES se réunit afin d'estimer le montant de la revalorisation des salaires de référence qui sera effectuée par l'État l'année suivante.

Pour l'année N + 1, le salaire de référence est égal au salaire des Praticiens Hospitaliers en vigueur selon le dernier Journal Officiel majoré de l'estimation faite par l'Assemblée Générale.

EXCLUSIONS DE RISQUES

Les garanties sont accordées en cas d'accident ou de maladie. Toutefois, les sinistres résultant des faits suivants ne sont pas garantis :

a) Assurances en cas de décès et en cas d'invalidité absolue et définitive

- **Le suicide, conscient ou inconscient, au cours de la première année qui suit la prise d'effet de l'assurance ou sa remise en vigueur.**

Au cas où l'assurance du présent contrat fait suite à une assurance analogue, le délai de un an est compté à partir de la date d'effet de cette dernière.

- **Pour l'assurance en cas de décès : en cas de guerre, la garantie n'aura d'effet que dans les conditions qui seraient déterminées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en cas de guerre.**

- **Pour l'assurance en cas d'invalidité absolue et définitive : faits de guerre étrangère (guerre impliquant la France et une puissance étrangère) ou civile (guerre interne à un état même étranger), participation active de l'assuré à des opérations militaires (sauf cas de légitime défense ou d'accomplissement du devoir professionnel).**

- Accidents de navigation aérienne, si l'appareil utilisé effectue des vols acrobatiques ou des exhibitions, des compétitions, des tentatives de records, des vols d'essais, des tractions de planeur.

b) Autres assurances (y compris le capital supplémentaire en cas de décès accidentel)

- action intentionnelle de l'assuré,
- fait volontaire du bénéficiaire désigné,
- suicide, conscient ou inconscient, au cours de la première année qui suit la prise d'effet de l'assurance ou sa remise en vigueur,
- courses, matches, paris, sauf compétitions sportives en tant qu'amateur,
- faits de guerre étrangère (guerre impliquant la France et une puissance étrangère) ou civile (guerre interne à un état même étranger), participation active de l'assuré à des opérations militaires, à des insurrections ou rixes (sauf cas de légitime défense ou d'accomplissement du devoir professionnel).
- effets directs de tout combustible nucléaire, produit ou déchet radioactif, étant précisé que les sinistres résultant des effets directs des produits radioactifs utilisés par les praticiens dans l'exercice normal de leur profession sont garantis.

c) Exclusions complémentaires spécifiques au capital supplémentaire en cas de « décès ou d'invalidité absolue et définitive, par accident »

En complément des exclusions figurant au paragraphe b) ci-dessus, les sinistres résultant des faits suivants ne sont pas garantis :

- ivresse d'un assuré constatée médicalement par un taux d'alcoolémie susceptible d'être pénalement sanctionné et si l'assuré est reconnu comme étant responsable de l'accident,
- usage de stupéfiants non prescrits médicalement ou consommés au-delà des doses prescrites.
- pratique du parapente et du parachutisme ascensionnel, du deltaplane, de l'aile volante et utilisation d'Ultra Léger Motorisé,

REVALORISATION DES PRESTATIONS

Au premier juillet de chaque année, le salaire servant de base au calcul des prestations est revalorisé d'après la valeur du salaire de la Fonction Publique.

Au premier juillet de chaque année, les prestations d'incapacité temporaire de travail et d'invalidité permanente versées par le précédent assureur sont revalorisées d'après la valeur du point retraite défini par le régime AGIRC-ARRCO de retraite complémentaire.

Le coefficient de revalorisation est égal au rapport entre la valeur du point à cette date et celle en vigueur au 31 décembre 1999.

Toutefois, en cas de résiliation du contrat, les prestations de la Compagnie sont bloquées au niveau atteint au jour de la résiliation.

CONTROLE ET EXPERTISE MEDICALE

Sous peine de déchéance de garantie et de suspension du paiement des prestations en cours, les médecins et délégués de la Compagnie auront, à toute époque, un libre accès auprès de l'assuré pour procéder à tout contrôle et à toute expertise.

A partir de ces contrôles, la Compagnie se réserve le droit de contester, au regard des dispositions du présent contrat, l'état et le taux d'incapacité ou d'invalidité.

Si les parties ne sont pas d'accord sur les conclusions du médecin expert de la Compagnie, elles peuvent recourir d'un commun accord à une tierce expertise.

Faute par les deux médecins de chaque parties de se mettre d'accord sur le nom du tiers expert, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du domicile de l'assuré. Cette nomination est faite sur simple requête signée des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée.

Les trois médecins opèrent en commun et à la majorité des voix. Leur décision s'impose aux parties. Chaque partie paie les frais et honoraires de son représentant. Les honoraires du tiers-expert sont pris en charge pour moitié par chacune des parties.

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

DISPOSITIONS PARTICULIERES

TITRE I

DECES - INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

1 - DECES D'UN ASSURE

1°) Objet de la garantie

En cas de décès d'un assuré, la Compagnie paie un capital déterminé d'après le coefficient suivant, applicable au salaire annuel brut de l'assuré.

- Quelle que soit la situation de famille de l'assuré : 200 %

2°) Bénéficiaire

Sauf désignation contraire faite par l'assuré, le capital est payé au conjoint non séparé de droit ni divorcé, à défaut aux enfants nés et à naître par parts égales, à défaut aux parents par parts égales, à défaut aux héritiers.

3°) Formalités en cas de sinistre

Le décès de l'assuré doit être notifié à la Compagnie par écrit, cette notification étant accompagnée ou suivie de la remise du bulletin individuel d'affiliation, de l'acte de décès, d'un certificat médical précisant la cause du décès, d'une attestation de salaire et d'un justificatif de la situation de famille (photocopie du livret de famille, etc.) ainsi que de toute autre pièce que la Compagnie estimerait nécessaire à l'instruction du dossier.

4°) Cessation de la garantie

Ce capital cesse d'être dû en cas de décès de l'assuré survenant après sa radiation et en tout état de cause dès la liquidation de sa pension retraite.

2 - INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

1°) Objet de la garantie

Un assuré est considéré en état d'invalidité absolue et définitive lorsque, à la suite d'un accident ou d'une maladie, les deux conditions suivantes sont remplies :

- il est dans l'impossibilité absolue et présumée définitive de se livrer à une occupation ou un travail quelconque lui procurant gain ou profit,
- il est reconnu par la Sécurité Sociale comme étant dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

L'invalidité absolue et définitive est réputée consolidée au jour de la constatation de l'état ainsi défini.

En cas d'invalidité absolue et définitive d'un assuré, la Compagnie paie un capital égal à celui qu'elle aurait payé si l'assuré était décédé à la date de consolidation.

Ce capital est payable en une seule fois après consolidation de l'invalidité absolue et définitive.

Le règlement intervient au terme d'un délai de consolidation de 6 mois décompté de la date de réception par la Compagnie de la preuve satisfaisante de l'invalidité absolue et définitive si celle-ci résulte d'une maladie, immédiatement si celle-ci résulte d'un accident.

Le versement du capital en cas d'invalidité absolue et définitive diminue d'autant le montant des capitaux qui seront versés en cas de décès ultérieur de l'assuré.

2°) Bénéficiaire

Sauf convention contraire, le bénéficiaire de la garantie est l'assuré.

3°) Formalités en cas de sinistre

Sauf cas fortuit ou de force majeure, tout accident ou maladie pouvant entraîner une invalidité absolue et définitive doit être notifié à la Compagnie par écrit. Cette notification doit être accompagnée ou suivie de la remise d'un certificat médical détaillé et, en cas d'accident, du procès-verbal de celui-ci.

Les pièces justificatives établies par la Sécurité Sociale doivent également être produites.

4°) Cessation de la garantie

Le capital n'est pas dû si la consolidation de l'invalidité absolue et définitive survient après la radiation de l'assuré, même si l'accident ou la maladie qui en est la cause est antérieur.

3 - DECES OU INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE PAR ACCIDENT

1°) Objet de la garantie

Si le décès ou l'invalidité absolue et définitive d'un assuré résulte d'un accident, et si le décès ou la consolidation de l'invalidité absolue et définitive survient dans un délai d'un an à partir du jour de l'accident, la Compagnie verse un capital supplémentaire dont le montant est déterminé d'après le coefficient suivant, applicable au salaire annuel brut de l'assuré.

- Quelle que soit la situation de famille de l'assuré : 200 %

2°) Bénéficiaires

En cas de décès, les bénéficiaires du capital sont ceux prévus au paragraphe "décès d'un assuré".

En cas d'invalidité absolue et définitive, sauf convention contraire, le bénéficiaire de la garantie est l'assuré.

3°) Formalités en cas de sinistre

Le décès de l'assuré doit être notifié à la Compagnie par écrit, cette notification étant accompagnée ou suivie de la remise du bulletin individuel d'affiliation, de l'acte de décès, d'un certificat médical précisant la cause du décès, d'un justificatif de la situation de famille (photocopie du livret de famille, etc.), du procès-verbal de l'accident ainsi que de toute autre pièce que la Compagnie estimerait nécessaire à l'instruction du dossier.

Sauf cas fortuit ou de force majeure, tout accident pouvant entraîner une invalidité absolue et définitive doit être notifié à la Compagnie par écrit. Cette notification doit être accompagnée ou suivie de la remise d'un certificat médical détaillé (description, conséquences probables) et du procès-verbal de l'accident.

Les pièces justificatives établies par la Sécurité Sociale doivent également être produites.

4°) Cessation de la garantie

Ce capital n'est pas dû si le décès survient après la radiation de l'assuré, ou si la consolidation de l'invalidité absolue et définitive intervient après la radiation de l'assuré, même si l'accident qui en est la cause est antérieur.

TITRE II

INVALIDITE PROFESSIONNELLE

4 - INVALIDITE PROFESSIONNELLE

1°) Définition de la garantie

Par invalidité, il faut entendre une invalidité professionnelle par suite de maladie ou d'accident, constatée par le médecin conseil de la Compagnie.

L'invalidité est évaluée de 0 à 100 % d'après le taux et la nature de l'invalidité fonctionnelle par rapport à la profession exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à l'accident ou à la maladie, des conditions normales d'exercice de la profession et des possibilités d'exercice restantes, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente. Il appartient à l'assuré d'apporter les éléments justificatifs de son incapacité professionnelle.

Le taux d'invalidité est retenu par expertise. Pour les praticiens exerçant des actes en ADC, ACO, ADA, ATM, SDE, PAR, PFM, PFE, PDA, TOR ou AXI, il sera déterminé suivant le barème joint en annexe I.

L'invalidité professionnelle est dite "totale" si le degré d'invalidité "T" est égal à 100 %. "T" représentant le taux d'invalidité déterminé suivant le barème annexé au contrat ou par assimilation.

L'invalidité est dite "permanente" lorsqu'elle est présumée définitive.

Toute invalidité non énumérée au barème joint, sera indemnisée en fonction de l'incapacité physique de l'assuré de pouvoir exercer sa profession.

S'il est médicalement établi que l'assuré est gaucher, le taux d'invalidité prévu pour le membre supérieur droit s'applique au membre supérieur gauche et inversement.

Le degré d'invalidité est déterminé abstraction faite du taux d'invalidité préexistant à l'accident ou la maladie, cause de l'invalidité permanente considérée.

En cas d'invalidité multiples, le degré d'invalidité utilisé pour le calcul du taux d'invalidité permanente, sera calculé en appliquant aux taux du barème annexé la méthode retenue par la Sécurité Sociale, pour la détermination du taux d'invalidité en cas d'accident de travail.

En cas d'aggravation de l'état d'invalidité par suite d'une infirmité ou d'un défaut corporel antérieur à l'accident cause de l'état d'invalidité ou par suite d'une maladie ou d'un accident exclu, antérieur ou postérieur à l'accident cause de l'état d'invalidité, ou par suite d'une insuffisance de soins médicaux imputable à la négligence de l'assuré, le degré d'invalidité est apprécié, abstraction faite de cette aggravation, d'après les conséquences qu'aurait eues l'accident ou la maladie cause de l'état d'invalidité chez une personne qui n'aurait pas été atteinte par le facteur aggravant ou qui se serait soumise à des soins médicaux rationnels.

2°) Montant de la garantie

En cas d'invalidité permanente totale professionnelle d'un assuré, résultant d'un accident ou d'une maladie, la Compagnie verse un capital égal à 100 % du salaire annuel brut de l'assuré.

Aucun capital n'est dû, si le taux d'invalidité permanente est inférieur à 100 %.

Le versement du capital en cas d'invalidité permanente totale professionnelle diminue d'autant le montant des capitaux qui seront versés en cas d'invalidité absolue et définitive de l'assuré.

3°) Bénéficiaire

Sauf convention contraire, le bénéficiaire de la garantie est l'assuré.

4°) Formalités en cas de sinistre

Sauf cas fortuit ou de force majeure, tout accident ou maladie pouvant entraîner une invalidité permanente totale doit être notifié à la Compagnie par écrit. Cette notification doit être accompagnée ou suivie de la remise d'un certificat médical détaillé et, en cas d'accident, du procès-verbal de celui-ci.

Les pièces justificatives établies par la Sécurité Sociale doivent également être produites.

5°) Cessation de la garantie

Le capital n'est pas dû si l'invalidité permanente totale survient après le versement par la Sécurité sociale de la pension de vieillesse, après la radiation de l'assuré, même si l'accident ou la maladie qui en est la cause est antérieur.

TITRE III

INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL - INVALIDITE PERMANENTE

5 - INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

1°) Objet de la garantie

Un assuré est considéré en état d'incapacité temporaire totale lorsque, à la suite d'un accident ou d'une maladie, il est dans l'impossibilité absolue, complète et continue de travailler et lorsqu'en outre il perçoit de la Sécurité sociale, pour la période correspondante, des indemnités journalières au titre de l'assurance maladie ou des accidents du travail ou maladies professionnelles.

Un assuré est considéré en état d'incapacité temporaire partielle lorsqu'il est admis à reprendre une activité partielle par la Sécurité sociale et continue de ce fait de recevoir les indemnités journalières définies ci-dessus, en tout ou partie. La Compagnie verse alors une indemnité réduite dans la même proportion que celle de la Sécurité sociale. Le cumul des indemnités de la Compagnie et de la Sécurité sociale, ajouté au nouveau salaire résultant de l'activité partielle, est limité au salaire servant de base au calcul de la prestation.

En cas d'incapacité temporaire totale de travail d'un assuré, la Compagnie verse une indemnité journalière à hauteur de 100 % de la 365^{ème} partie du salaire annuel Net, dès la diminution du salaire maintenu par l'hôpital.

Dans le cas où l'assuré serait placé en longue maladie et indemnisé à ce titre de manière rétroactive par le Régime Hospitalier, l'assuré aura obligation de restituer les fonds perçus en sus à l'assureur et ce, dans un délai maximal de 30 jours à compter de la perception des sommes versées par le Régime Hospitalier.

Durant l'arrêt de travail correspondant au congé légal de maternité tel que défini par le Régime Général de la Sécurité sociale, la Compagnie complètera dès le 1^{er} jour du congé légal de maternité, les indemnités journalières versées par le Régime Général de la Sécurité Sociale et le Régime Hospitalier et/ou universitaire, à hauteur de 80 % de la 365^{ème} partie du salaire net. Cette garantie est limitée aux émoluments du 4^{ème} échelon du praticien hospitalier contractuel.

Ce maintien de salaire est accordé après un délai de 12 mois à compter de l'adhésion de l'assurée.

La base des prestations est le salaire annuel net de référence, hors gardes et astreintes, tel que défini au paragraphe SALAIRE D'UN ASSURE.

Les prestations sont revalorisées comme indiqué au paragraphe REVALORISATION DES PRESTATIONS.

Les décomptes de la Sécurité Sociale indiquant le versement des indemnités journalières de maternité devront être fournis à la Compagnie.

2°) Contrôle

La Compagnie se réserve le droit de faire procéder à tout contrôle de l'état de santé de l'assuré par un médecin expert qu'elle aura choisi conformément au paragraphe « contrôle et expertise médicale ».

3°) Bénéficiaire - Modalités de paiement

Les indemnités journalières sont payables, à l'assuré, par mois civil échu pendant toute la durée de l'incapacité. Lorsque l'indemnité cesse d'être due en cours de mois, un prorata est immédiatement payé, sur présentation d'une attestation de reprise du travail.

4°) Formalités en cas de sinistre

Dès que l'incapacité temporaire partielle ou totale de travail d'un assuré atteint la franchise prévue aux Dispositions Particulières, l'assuré doit faire la déclaration de sinistre à la Compagnie ou au gestionnaire délégué.

Cette déclaration doit être accompagnée ou suivie :

- d'un certificat médical (description, date des premiers symptômes, durée probable de l'incapacité temporaire totale),
- des éventuels décomptes de la Sécurité sociale mentionnant le versement des indemnités journalières sur sa part de rémunération perçue dans le cadre de son activité hospitalière et/ou universitaire ou à défaut d'une attestation de son ou ses employeurs précisant la date à laquelle l'assuré perçoit un salaire réduit,
- de la copie du bulletin de salaire pendant toute la durée de l'incapacité temporaire partielle ou totale de travail.

d) de toute autre pièce que la compagnie estimerait nécessaire à l'instruction du dossier.

5°) Fin du paiement des prestations

Le paiement des indemnités journalières prend fin :

- en même temps que cesse le congé légal de maternité, pour la garantie maternité,
- dès la reprise de travail (sauf si l'assuré est admis à reprendre une activité partielle par la Sécurité sociale),
- dès la cessation du paiement des indemnités journalières par la Sécurité sociale,
- en cas de décès de l'assuré.
- En cas de liquidation de sa pension de retraite

L'indemnité journalière n'est pas due en cas d'arrêt de travail après la radiation de l'assuré.

6 - INVALIDITE PERMANENTE

1°) Objet de la garantie

Un assuré est considéré en état d'invalidité permanente totale :

- a) lorsqu'il reçoit de la Sécurité sociale, pour la période correspondante, une pension d'invalidité au titre de l'assurance invalidité. Si un assuré perçoit une pension d'invalidité, il appartient à la première, deuxième ou troisième catégorie d'invalides, suivant le classement établi par la Sécurité sociale :
- Première catégorie : invalides capables d'exercer une activité rémunérée,
 - Deuxième catégorie : invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque,
 - Troisième catégorie : invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.
- b) lorsqu'il perçoit une rente d'incapacité permanente au titre des accidents du travail ou maladies professionnelles, pour un taux d'incapacité au moins égal à un tiers. Il est réputé appartenir à la première catégorie d'invalides si le taux d'incapacité est supérieur ou égal à un tiers, mais inférieur à deux tiers ; à la deuxième catégorie d'invalides si le taux d'incapacité est supérieur ou égal à deux tiers ; à la troisième catégorie d'invalides si l'incapacité permanente est totale et l'oblige à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Les invalides appartenant (ou réputés appartenir) à la première catégorie sont considérés en état d'invalidité permanente partielle.

Les invalides appartenant (ou réputés appartenir) à la deuxième ou troisième catégorie sont considérés en état d'invalidité permanente totale.

En cas de changement de la catégorie d'invalides, la rente est modifiée à partir du jour de ce changement.

En cas d'invalidité permanente (partielle ou totale) d'un assuré, la Compagnie verse une rente déterminée en fonction du salaire de l'assuré au jour de l'arrêt de travail, revalorisé comme indiqué au paragraphe "Revalorisation des prestations", et en fonction de la catégorie d'invalides.

En cas d'invalidité de deuxième ou troisième catégorie d'invalides, la Compagnie lui paie une rente annuelle, égale à 100 % de son salaire annuel net. En première catégorie d'invalides, la Compagnie lui paie une rente annuelle égale à 60% de son salaire annuel net.

En cas de reprise partielle du travail, les prestations de la Compagnie s'ajoutent au nouveau salaire résultant de l'activité partielle.

RETRAITE ANTICIPEE :

En cas de mise à la retraite anticipée d'un assuré invalide, entre son 62 et 67ème anniversaire, il lui est versé un capital égal à 50 % du montant de la dernière rente mensuelle de base prévue en cas d'invalidité, multiplié par le nombre de mois entiers restant à courir entre la date de mise à la retraite anticipée et son 67^{ème} anniversaire.

Le capital est payable en une seule fois à l'assuré.

2°) Contrôle

La Compagnie se réserve le droit de faire procéder à tout contrôle de l'état de santé de l'assuré par un médecin expert qu'elle aura choisi conformément au paragraphe « contrôle et expertise médicale ».

3°) Bénéficiaire - Modalités de paiement

La rente est payable à l'assuré par mois civil échu pendant toute la durée de l'invalidité permanente.

4°) Formalités en cas de sinistre

Si l'invalidité permanente partielle ou totale fait suite à une incapacité temporaire précédemment indemnisée par la Compagnie, celle-ci doit recevoir la notification de l'attribution de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité avant de débiter le service de la prestation prévue.

Dans le cas contraire, outre la notification de l'attribution de la pension ou de la rente, il convient de se reporter aux pièces à fournir en cas d'incapacité.

5°) Formalités en cours de service

a) Invalide classé en 1ère catégorie

L'assuré doit fournir à la Compagnie, chaque mois :

- l'avis de paiement de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente,
- en cas de reprise du travail à temps partiel, une photocopie de la fiche de paye relative au mois échu ; dans le cas contraire, une attestation sur l'honneur de non reprise du travail.

b) Invalide classé en 2ème ou 3ème catégorie

Chaque début de mois civil, la Compagnie verse automatiquement la rente échue.

Les virements cessent le 30 juin de chaque année et reprennent dès que la Compagnie reçoit l'ensemble des justificatifs du paiement par la Sécurité sociale de la pension d'invalidité ou de la rente d'incapacité permanente de l'année écoulée.

6°) Fin du paiement des prestations

Le paiement de la rente prend fin dans l'un des cas suivants :

- si le taux d'incapacité permanente (telle que définie au b) devient inférieur à un tiers,
- en cas de suppression de la pension d'invalidité versée par la Sécurité Sociale,
- en cas de suppression de la rente d'incapacité permanente versée par la Sécurité Sociale,
- dès le versement par la Sécurité Sociale de la pension de vieillesse,
- en cas de décès de l'assuré,

Lorsque la rente cesse d'être due en cours de mois, pour l'un des motifs ci-dessus, un prorata est immédiatement payé.

7°) Cessation de la garantie

La rente n'est pas due après la radiation de l'assuré.

7 - EXONERATION DES COTISATIONS - MAINTIEN DES GARANTIES

1°) Objet de la garantie

En cas d'incapacité de travail ou d'invalidité d'un assuré, la Compagnie accorde l'exonération des cotisations et le maintien des garanties dans les conditions ci-après :

a) Exonération du paiement des cotisations

L'exonération du paiement des cotisations est accordée pendant toute la durée du paiement des prestations prévues en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité. L'exonération est totale si l'assuré ne perçoit plus de salaire. Elle est partielle s'il perçoit un salaire réduit, la cotisation restant due au prorata du salaire perçu.

b) Maintien des garanties

Dès le premier jour d'arrêt de travail et pendant toute la durée du paiement des prestations en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité, les garanties du contrat sont maintenues sur la base du salaire annuel déterminé à la date de l'arrêt de travail et revalorisé comme indiqué au paragraphe "Revalorisation des prestations".

Les garanties restent maintenues dans les conditions fixées par le contrat en cas de sortie de l'effectif assurable ou d'expiration de la durée d'adhésion si l'arrêt de travail est survenu antérieurement.

Le maintien des garanties cesse en cas de résiliation du contrat.

c) Réduction des garanties

Si l'assuré est en incapacité permanente partielle et appartient à la 1ère catégorie d'invalides toutes les garanties maintenues sont réduites de 40 %. En cas de reprise partielle du travail au sein de l'effectif assurable, ces garanties réduites ajoutées à celles dues au titre du salaire résultant de l'activité partielle ne peuvent excéder celles qui résultent du salaire servant de base au calcul des prestations.

Les garanties réduites restent maintenues comme indiqué au b) ci-dessus.

2°) Cessation

Le maintien des garanties n'est pas accordé si les prestations prévues en cas d'incapacité de travail ou d'invalidité ne sont pas dues. Il cesse lorsqu'elles sont supprimées ou suspendues.

ANNEXE I

BAREME D'INVALIDITE PROFESSIONNELLE

Pour les médecins exerçant des actes en ADC, ACO, ADA, ATM, SDE, PAR, PFM, PFE, PDA, TOR ou AXI

A. - TETE

	%
Aliénation mentale totale et incurable.....	100
Paralysie complète	100
Perte complète de la vision des deux yeux	100
Perte complète de la vision d'un œil.....	50
Surdité totale et incurable des deux oreilles.....	100
Surdité totale et incurable d'une oreille.....	20

B. - MEMBRES

1. SUPERIEURS :

Amputation ou perte fonctionnelle totale du bras, de l'avant-bras, du poignet	100
Ankylose totale de l'épaule	100
Ankylose totale du coude en position défavorable	100
Ankylose totale du coude en position favorable	80
Perte fonctionnelle partielle du poignet	80

2. MAINS :

Amputation ou perte fonctionnelle totale de la main.....	100
Amputation ou perte fonctionnelle totale du pouce	100
Amputation ou perte fonctionnelle totale de l'index	100
Amputation ou perte fonctionnelle totale du médius	50
Amputation ou perte fonctionnelle totale de l'annulaire ou auriculaire	30

3. INFERIEURS :

Amputation au-dessus du genou ou perte fonctionnelle	100
Amputation du pied.....	100
Raccourcissement d'une jambe d'au moins un centimètre	5
Raccourcissement d'une jambe d'au moins cinq centimètres	15
Ankylose totale de la hanche.....	100
Ankylose totale du genou	100
Ankylose totale du cou de pied.....	80
Amputation ou perte fonctionnelle totale d'un gros orteil.....	10
Amputation ou perte fonctionnelle totale d'un orteil.....	5

C. - TRONC

Fracture d'un corps vertébral (selon les séquelles non neurologiques).....	10 à 50
Fracture de côtes avec déformation thoracique et troubles fonctionnels	20 à 50
Fracture du bassin (selon les séquelles)	5 à 50
Éclatement de la rate (selon les séquelles en particulier hématologiques)	15 à 30

ANNEXE II

CONGE PARENTAL, CONGE DE FORMATION, MISE A DISPOSITION, DETACHEMENT, MISE EN POSITION DE DISPONIBILITE

Les garanties prévues aux paragraphes « Décès d'un Assuré », « Invalidité Absolue et Définitive » et « Décès ou Invalidité Absolue et Définitive par Accident » du Titre I ainsi qu'au paragraphe « Invalidité Professionnelle » du Titre II du contrat sont maintenues dans les conditions ci-après aux assurés dont l'activité de Praticien Hospitalier est suspendue (congé parental, congé de formation, mise à disposition, détachement, mise en position de disponibilité).

Les demandes écrites de maintien des garanties doivent être adressées à la Compagnie au plus tard dans le mois suivant la date de suspension d'activité. La date d'effet de la garantie individuelle est celle de la suspension d'activité.

La base des prestations et des cotisations est identique à celle prévue pour les assurés actifs. L'échelon ou l'ancienneté qui sera retenu sera celui qui a été déclaré au moment de la suspension d'activité.

La base des cotisations et des prestations est revalorisée comme indiqué au paragraphe « Revalorisation des Prestations » des Dispositions Générales.

Les garanties sont maintenues pendant toute la durée de suspension d'activité, mais cessent en tout état de cause :

- à la date de mise en retraite,
- en même temps que cesse la suspension d'activité,
- en tout état de cause en cas de résiliation du contrat.

A la date de reprise d'activité, l'ensemble des garanties sera remis en vigueur, sans formalités médicales, sur simple demande écrite par l'assuré.

Les cotisations relatives à ces assurés et payables à la compagnie, par l'intermédiaire du gestionnaire délégué, sont identiques à celles prévues pour les assurés actifs.

ANNEXE III

PRATICIENS HOSPITALIERS

EXERCANT UNE ACTIVITE LIBERALE

Les garanties du présent contrat sont accordées aux praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale au sein de leur établissement hospitalier étant précisé que pour l'application des garanties prévues au paragraphe « incapacité temporaire de travail » :

- la Compagnie verse une indemnité journalière complétant celle de la Sécurité sociale et du Régime Hospitalier à hauteur de 100 % de la 365^{ème} partie du salaire annuel net, à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail pris en charge par le régime obligatoire.

ANNEXE IV

**PRATICIENS CLINIENS ET STATUTS QUI N'ONT PAS UN MAINTIEN DE SALAIRE INTEGRAL
IMMEDIAT PAR LA SECURITE SOCIALE ET/OU L'HOPITAL**

Les garanties du présent contrat sont accordées aux salariés concernés par cette annexe faisant fonction de praticiens hospitaliers au sein de leur établissement hospitalier étant précisé que pour l'application des garanties prévues au paragraphe « incapacité temporaire de travail » :

- la Compagnie verse une indemnité journalière complétant celle de la Sécurité sociale à hauteur de 100 % de la 365^{ème} partie du salaire annuel Net, après expiration d'un délai de franchise fixé à 3 jours d'arrêt de travail continu, si l'incapacité est consécutive à un accident ou à une hospitalisation de plus de 24 heures ou en cas d'opération en ambulatoire (intervention d'un anesthésiste et d'un chirurgien) et à 30 jours d'arrêt de travail continu en cas de maladie.
- Si un assuré, après avoir repris son travail pendant une durée inférieure à 60 jours, est victime d'une rechute due à ce même accident ou à cette même maladie, il n'y aura pas application du délai de franchise et les prestations seront versées immédiatement.
- Par contre, en cas de rechute après une reprise de travail d'une durée supérieure à 60 jours, le délai de franchise sera à nouveau appliqué quel que soit le motif du nouvel arrêt de travail.

ANNEXE V

INTERNES DES HOPITAUX
ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE
ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES
ASSISTANTS DES HOPITAUX

Les garanties du présent contrat sont accordées aux internes des hôpitaux, aux assistants chefs de clinique, aux assistants hospitaliers universitaires et aux assistants des hôpitaux étant précisé que la rédaction des articles suivants est modifiée comme suit.

SALAIRE D'UN ASSURE

• **Pour les INTERNES :**

a) Base des cotisations

Le salaire d'un assuré servant de base au calcul des cotisations est le salaire annuel brut de référence, hors gardes et astreintes, déterminé en fonction de son année d'internat y compris la prime de sujétion pour les internes de 1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} semestre et la prime de responsabilité pour les internes de 4^{ème} et 5^{ème} année.

Le salaire annuel brut est celui de l'année en cours.

b) Base des prestations en cas de décès, d'invalidité absolue et définitive ou d'invalidité professionnelle

Le salaire d'un assuré servant de base au calcul des prestations est le salaire annuel brut de référence, hors gardes et astreintes, déterminé en fonction de son année d'internat y compris la prime de sujétion pour les internes de 1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} semestre et la prime de responsabilité pour les internes de 4^{ème} et 5^{ème} année.

Le salaire annuel brut de référence est celui de l'année au cours de laquelle s'est produit le sinistre.

c) Base des prestations en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente

Le salaire d'un assuré servant de base au calcul des prestations est le salaire annuel net de référence, hors gardes et astreintes, déterminé en fonction de son année d'internat.

Le salaire annuel net de référence est le salaire mensuel net de référence hors gardes et astreintes du mois précédent celui au cours duquel s'est produit le sinistre multiplié par douze y compris la prime de sujétion pour les internes de 1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} semestre et de responsabilité pour les internes de 4^{ème} et 5^{ème} année.

L'assuré doit notifier à la Compagnie tout changement intervenu dans sa situation (profession, échelon...).

A défaut, la dernière situation déclarée sera prise en compte.

• **Pour les ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE et les ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

a) Base des cotisations

Le salaire d'un assuré servant de base au calcul des cotisations est le salaire annuel brut de référence hospitalier et universitaire, hors gardes et astreintes, déterminé en fonction de son échelon.

Le salaire annuel brut de référence est celui de l'année en cours.

b) Base des prestations en cas de décès, d'invalidité absolue et définitive ou d'invalidité professionnelle

Le salaire d'un assuré servant de base au calcul des prestations est le salaire annuel brut de référence hospitalier et universitaire, hors gardes et astreintes, déterminé en fonction de son échelon.

Le salaire annuel brut de référence est celui de l'année au cours de laquelle s'est produit le sinistre.

c) Base des prestations en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente

Le salaire d'un assuré servant de base au calcul des prestations est le salaire annuel net de référence hospitalier et universitaire, hors gardes et astreintes, déterminé en fonction de son échelon.

Le salaire annuel net de référence est le salaire mensuel net de référence hors gardes et astreintes du mois précédent celui au cours duquel s'est produit le sinistre multiplié par douze.

Le salaire net est le montant du salaire brut défini ci-dessus, sous déduction des charges sociales qui incombent à l'assuré.

L'indemnité d'engagement de service public exclusif accordée à tout ASSISTANT CHEF DE CLINIQUE s'engageant à n'exercer aucune activité libérale pendant l'exercice de ses fonctions (décret actuellement en vigueur, sous réserve de toutes modifications réglementaires ultérieures) est intégrée au salaire servant de base au calcul des cotisations et des prestations définies respectivement aux paragraphes a), b) et c) ci-dessus.

L'assuré doit notifier à la Compagnie tout changement intervenu dans sa situation (profession, échelon...). A défaut, la dernière situation déclarée sera prise en compte.

- **Pour les ASSISTANTS des HOPITAUX :**

a) Base des cotisations

Le salaire d'un assuré servant de base au calcul des cotisations est le salaire annuel brut de référence, hors gardes et astreintes, déterminé en fonction de son année d'assistantat.

Le salaire annuel brut de référence est celui de l'année en cours.

b) Base des prestations en cas de décès, d'invalidité absolue et définitive ou d'invalidité professionnelle

Le salaire d'un assuré servant de base au calcul des prestations est le salaire annuel brut de référence, hors gardes et astreintes, déterminé en fonction de son année d'assistantat.

Le salaire annuel brut de référence est celui de l'année au cours de laquelle s'est produit le sinistre.

c) Base des prestations en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente

Le salaire d'un assuré servant de base au calcul des prestations est le salaire annuel net de référence, hors gardes et astreintes, déterminé en fonction de son année d'assistantat.

Le salaire annuel net référence est le salaire mensuel net de référence hors gardes et astreintes du mois précédent celui au cours duquel s'est produit le sinistre multiplié par douze.

Le salaire net est le montant du salaire brut défini ci-dessus, sous déduction des charges sociales qui incombent à l'assuré.

L'assuré doit notifier à la Compagnie tout changement intervenu dans sa situation (profession, échelon...). A défaut, la dernière situation déclarée sera prise en compte.

INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL

- **Pour les INTERNES :**

1°) Objet de la garantie

Un assuré est considéré en état d'incapacité temporaire totale, constatée par un médecin, lorsque, à la suite d'un accident ou d'une maladie, il est dans l'impossibilité absolue, complète et continue de travailler ou de gérer ses affaires professionnelles et lorsqu'en outre il perçoit éventuellement de la Sécurité sociale, pour la période correspondante, les indemnités journalières au titre de l'assurance maladie ou des accidents du travail ou maladies professionnelles.

Un assuré est considéré en état d'incapacité temporaire partielle lorsqu'il est admis à reprendre une activité partielle par une autorité médicale compétente agréée par la Compagnie ou éventuellement par la Sécurité sociale. La Compagnie verse alors une indemnité réduite dans la proportion du temps de reprise de travail. L'indemnité de la Compagnie ajoutée au nouveau salaire résultant de l'activité partielle, est limitée au salaire servant de base au calcul de la prestation.

En cas d'incapacité temporaire totale de travail d'un assuré, la Compagnie verse une indemnité journalière complétant celle du Régime Hospitalier et celle éventuellement versée par la Sécurité sociale à hauteur de 100 % de la 365^{ème} partie du salaire annuel net dès la diminution du salaire maintenu par l'hôpital.

Dans le cas où l'assuré serait placé en longue maladie et indemnisé à ce titre de manière rétroactive par le Régime Hospitalier, l'assuré aura obligation de restituer les fonds perçus en sus à l'assureur et ce, dans un délai maximal de 30 jours à compter de la perception des sommes versées par le Régime Hospitalier.

2°) Contrôle

La Compagnie se réserve le droit de faire procéder à tout contrôle de l'état de santé de l'assuré par un médecin expert qu'elle aura choisi conformément au paragraphe « contrôle et expertise médicale ».

3°) Bénéficiaire - Modalités de paiement

Les indemnités journalières sont payables à l'assuré, par mois civil échu pendant toute la durée de l'incapacité. Lorsque l'indemnité cesse d'être due en cours de mois, un prorata est immédiatement payé, sur présentation d'une attestation de reprise du travail.

4°) Formalités en cas de sinistre

Dès que l'incapacité temporaire partielle ou totale de travail d'un assuré atteint la franchise prévue aux Dispositions Particulières, l'assuré doit faire la déclaration de sinistre à la Compagnie ou au gestionnaire délégué.

Cette déclaration doit être accompagnée ou suivie :

- a) d'un certificat médical (description, date des premiers symptômes, durée probable de l'incapacité temporaire totale, avis de prolongation),
- b) des éventuels décomptes de la Sécurité Sociale mentionnant le versement des indemnités journalières ou à défaut d'une attestation de l'employeur précisant la date à laquelle l'assuré perçoit un salaire réduit,
- c) de la copie du bulletin de salaire pendant toute la durée de l'incapacité temporaire partielle ou totale de travail,
- d) toute autre pièce que la Compagnie estimerait nécessaire à l'instruction du dossier.

5°) Fin du paiement des prestations

Le paiement des indemnités journalières prend fin :

- dès la reprise de travail (sauf si l'assuré est admis à reprendre une activité partielle),
- en cas de décès de l'assuré,
- au plus tard jusqu'au 365^{ème} jour après la cessation d'activité, toutefois en cas d'affection de longue durée, les prestations sont maintenues jusqu'à la fin de la 3^{ème} année après la cessation d'activité selon les dispositions du code général de la Sécurité sociale.

L'indemnité journalière n'est pas due en cas d'arrêt de travail après la radiation de l'assuré.

- **Pour les ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE, les ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES et les ASSISTANTS DES HOPITAUX:**

1°) Objet de la garantie

Un assuré est considéré en état d'incapacité temporaire totale, constatée par un médecin, lorsque, à la suite d'un accident ou d'une maladie, il est dans l'impossibilité absolue, complète et continue de travailler ou de gérer ses affaires professionnelles et lorsqu'en outre il perçoit éventuellement de la Sécurité sociale, pour la période correspondante, les indemnités journalières au titre de l'assurance maladie ou des accidents du travail ou maladies professionnelles.

Un assuré est considéré en état d'incapacité temporaire partielle lorsqu'il est admis à reprendre une activité partielle par une autorité médicale compétente agréée par la Compagnie ou éventuellement par la Sécurité sociale. La Compagnie verse alors une indemnité réduite dans la proportion du temps de reprise de travail. L'indemnité de la Compagnie ajoutée au nouveau salaire résultant de l'activité partielle, est limitée au salaire servant de base au calcul de la prestation.

En cas d'incapacité temporaire totale de travail d'un assuré, la Compagnie verse une indemnité journalière complétant celle du Régime Hospitalier et celle éventuellement versée par la Sécurité sociale à hauteur de 100 % de la 365^{ème} partie du salaire annuel net à compter du 1^{er} jour d'arrêt de travail pris en charge par le régime obligatoire.

Si un assuré, après avoir repris son travail pendant une durée inférieure à 60 jours, est victime d'une rechute due à ce même accident ou à cette même maladie, il n'y aura pas application du délai de franchise et les prestations seront versées immédiatement.

Par contre, en cas de rechute après une reprise de travail d'une durée supérieure à 60 jours, le délai de franchise sera à nouveau appliqué quel que soit le motif du nouvel arrêt de travail.

Dans le cas où l'assuré serait placé en longue maladie et indemnisé à ce titre de manière rétroactive par le Régime Hospitalier, l'assuré aura obligation de restituer les fonds perçus en sus à l'assureur et ce, dans un délai maximal de 30 jours à compter de la perception des sommes versées par le Régime Hospitalier.

2°) Contrôle

La Compagnie se réserve le droit de faire procéder à tout contrôle de l'état de santé de l'assuré par un médecin expert qu'elle aura choisi conformément au paragraphe « contrôle et expertise médicale ».

3°) Bénéficiaire - Modalités de paiement

Les indemnités journalières sont payables à l'assuré, par mois civil échu pendant toute la durée de l'incapacité. Lorsque l'indemnité cesse d'être due en cours de mois, un prorata est immédiatement payé, sur présentation d'une attestation de reprise du travail.

4°) Formalités en cas de sinistre

Dès que l'incapacité temporaire partielle ou totale de travail d'un assuré atteint la franchise prévue aux Dispositions Particulières, l'assuré doit faire la déclaration de sinistre à la Compagnie ou au gestionnaire délégué.

Cette déclaration doit être accompagnée ou suivie :

- a) d'un certificat médical (description, date des premiers symptômes, durée probable de l'incapacité temporaire totale, avis de prolongation),
- b) des éventuels décomptes de la Sécurité sociale mentionnant le versement des indemnités journalières ou à défaut d'une attestation du contractant précisant la date à laquelle l'assuré perçoit un salaire réduit,
- c) de la copie du bulletin de salaire pendant toute la durée de l'incapacité temporaire partielle ou totale de travail.
- d) De toute autre pièce que la Compagnie estimerait nécessaire à l'instruction du dossier

5°) Fin du paiement des prestations

Le paiement des indemnités journalières prend fin :

- dès la reprise de travail (sauf si l'assuré est admis à reprendre une activité partielle),
- en cas de décès de l'assuré,
- au plus tard jusqu'au 365^{ème} jour après la cessation d'activité, toutefois en cas d'affection de longue durée, les prestations sont maintenues jusqu'à la fin de la 3^{ème} année après la cessation d'activité selon les dispositions du code général de la Sécurité sociale,

L'indemnité journalière n'est pas due en cas d'arrêt de travail après la radiation de l'assuré.

INVALIDITE PERMANENTE

1°) Définition

Pour les INTERNES, l'invalidité définie ci-dessous s'entend de l'incapacité définitive pour l'étudiant à mener à son terme son cursus universitaire et à exercer ultérieurement la profession médicale correspondante.

Par invalidité, il faut entendre une invalidité professionnelle par suite de maladie ou d'accident, constatée par le médecin conseil de la Compagnie.

- L'invalidité est évaluée de 0 % à 100 % d'après le taux et la nature de l'invalidité par rapport à la profession exercée, en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident, des conditions normales d'exercice de la profession et des possibilités d'exercices restantes, abstraction faite des possibilités de reclassement dans une profession différente. Il appartient à l'assuré d'apporter les éléments justificatifs de son incapacité professionnelle.

Le taux d'invalidité est retenu par expertise. Pour les médecins exerçant des actes en ADC, ACO, ADA, ATM, SDE, PAR, PKM, PFE, PDA, TOR ou AKI, il sera déterminé suivant le barème joint à l'annexe I.

Un assuré est considéré en invalidité totale lorsqu'il se trouve, par suite de maladie ou d'accident, atteint d'une invalidité dont le taux est supérieur ou égal à 66 %.

Un assuré est considéré en invalidité partielle lorsqu'il se trouve, par suite de maladie ou d'accident, atteint d'une invalidité dont le taux est inférieur à 66 %, mais supérieur ou égal à 33%.

L'invalidité est dite "permanente" lorsqu'elle est présumée définitive.

Toute invalidité non énumérée au barème joint, sera indemnisée en fonction de l'incapacité physique de l'assuré de pouvoir exercer sa profession.

S'il est médicalement établi que l'assuré est gaucher, le taux d'invalidité prévu pour le membre supérieur droit s'applique au membre supérieur gauche et inversement.

Le degré d'invalidité est déterminé abstraction faite du taux d'invalidité préexistant à l'accident ou la maladie, cause de l'arrêt de travail considéré.

En cas d'invalidité multiples, le degré d'invalidité utilisé pour le calcul de la rente versée, sera calculé en appliquant, au taux selon expertise ou selon le barème annexé, la méthode retenue par la Sécurité Sociale, pour la détermination du taux d'invalidité en cas d'accident de travail.

En cas d'aggravation de l'état d'invalidité par suite d'une infirmité ou d'un défaut corporel antérieur à l'accident cause de l'état d'invalidité ou par suite d'une maladie ou d'un accident exclu, antérieur ou postérieur à l'accident cause de l'état d'invalidité, ou par suite d'une insuffisance de soins médicaux imputable à la négligence de l'Adhérent, le degré d'invalidité est apprécié, abstraction faite de cette aggravation, d'après les conséquences qu'aurait eues l'accident ou la maladie cause de l'état d'invalidité chez une personne qui n'aurait pas été atteinte par le facteur aggravant ou qui se serait soumise à des soins médicaux rationnels.

2°) Montant de la garantie

En cas d'invalidité permanente totale d'un assuré, résultant d'un accident ou d'une maladie, la Compagnie verse une rente annuelle qui complète celle éventuellement versée par la Sécurité Sociale, compte non tenu de l'allocation pour tierce personne jusqu'à 100 % de son salaire annuel Net.

En cas d'invalidité permanente partielle d'un assuré, résultant d'un accident ou d'une maladie, la Compagnie lui paie une rente annuelle qui complète celle éventuellement versée par la Sécurité Sociale jusqu'à 60 % de son salaire annuel Net.
Aucune rente n'est due, si le taux d'invalidité permanente est inférieur à 33 %.

En cas de reprise partielle du travail, les prestations de la Compagnie et celles éventuellement versées par la Sécurité Sociale s'ajoutent au nouveau salaire résultant de l'activité partielle.

3°) Contrôle

La Compagnie se réserve le droit de faire procéder à tout contrôle de l'état de santé de l'assuré par un médecin expert qu'elle aura choisi conformément au paragraphe « contrôle et expertise médicale ».

Toute constatation d'un nouveau degré d'invalidité entraîne immédiatement augmentation ou réduction de la rente, cessation ou reprise de son paiement.

4°) Bénéficiaire - Modalités de paiement

La rente est payable à l'assuré par mois civil échu pendant toute la durée de l'invalidité permanente. Le paiement de la rente d'invalidité entraîne la suppression ou la suspension, pendant la même période, de l'indemnité prévue au paragraphe « incapacité temporaire de travail ».

5°) Formalités en cas de sinistre

Dès qu'un assuré est victime d'un accident ou d'une maladie pouvant entraîner une invalidité permanente partielle ou totale, l'assuré doit en faire la déclaration à la Compagnie ou au gestionnaire délégué.

Cette déclaration doit être accompagnée ou suivie d'un certificat médical justifiant l'état d'invalidité, sa nature, sa persistance et de l'éventuelle notification de l'attribution d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'incapacité par la Sécurité Sociale.

6°) Fin du paiement des prestations

Le paiement de la rente prend fin dans l'un des cas suivants :

- si le taux d'invalidité permanente devient inférieur à un tiers,
- à la date de liquidation de la pension de vieillesse,
- en cas de décès de l'assuré.

Lorsque la rente cesse d'être due en cours de mois, pour l'un des motifs ci-dessus, un prorata est immédiatement payé.

7°) Cessation de la garantie

La rente n'est pas due après la radiation de l'assuré.

ANNEXE VI

CONGE DE FIN D'EXERCICE

Les garanties du présent contrat prévues aux paragraphes « Décès d'un assuré » et « Invalidité Absolue et Définitive » du Titre I peuvent être maintenues aux assurés bénéficiant d'un congé de fin d'exercice à condition d'en faire la demande au plus tard dans le mois suivant la date du départ en congé de fin d'exercice.

La base des cotisations et des prestations est égale à 70 % des émoluments hospitaliers, calculés sur la moyenne des émoluments perçus au cours des six derniers mois précédant le départ en congé de fin d'exercice, hors gardes et astreintes.

Le maintien des garanties cesse lorsque l'assuré liquide ses droits au titre de l'assurance vieillesse de la Sécurité sociale.

Les cotisations annuelles à la charge de ces assurés sont identiques à celles prévues pour les assurés actifs.

ANNEXE VII

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

Les garanties du contrat sont accordées aux praticiens hospitaliers universitaires étant précisé que le paragraphe « Salaire d'un assuré » est modifié comme suit.

SALAIRE D'UN ASSURE

a) Base des cotisations

Le salaire d'un assuré servant de base au calcul des cotisations est composé (hors gardes et astreintes) :

- . du salaire annuel brut de référence hospitalier,
- . du salaire annuel brut de référence universitaire,

comprenant l'indemnité d'engagement de service public exclusif (Articles L.6154-1 à L.6154-7 du Code de la Santé Publique).

Le salaire annuel brut de référence est celui de l'année en cours, déterminé en fonction de la profession, de l'échelon, et de l'ancienneté de l'assuré.

b) Base des prestations en cas de décès, d'invalidité absolue et définitive ou d'invalidité professionnelle

Le salaire d'un assuré servant de base au calcul des prestations est composé (hors gardes et astreintes) :

- . du salaire annuel brut de référence hospitalier,
- . du salaire annuel brut de référence universitaire,

comprenant l'indemnité d'engagement de service public exclusif (Articles L.6154-1 à L.6154-7 du Code de la Santé Publique).

Le salaire annuel brut de référence est celui de l'année au cours de laquelle s'est produit le sinistre, déterminé en fonction de la profession, de l'échelon, et de l'ancienneté de l'assuré.

c) Base des prestations en cas d'incapacité temporaire de travail ou d'invalidité permanente

Le salaire d'un assuré servant de base au calcul des prestations est composé (hors gardes et astreintes) :

- . du salaire annuel brut de référence hospitalier,
- . du salaire annuel brut de référence universitaire,

comprenant l'indemnité d'engagement de service public exclusif (Articles L.6154-1 à L.6154-7 du Code de la Santé Publique).

Le salaire annuel brut de référence est celui de l'année au cours de laquelle s'est produit le sinistre, déterminé en fonction de la profession, de l'échelon, et de l'ancienneté de l'assuré.

Le salaire net est le montant du salaire brut défini ci-dessus, sous déduction des charges sociales qui incombent à l'assuré.

L'assuré doit notifier à la Compagnie ou au gestionnaire délégué tout changement intervenu dans sa situation (profession, échelon...), à défaut, la dernière situation déclarée sera prise en compte.

Les cotisations annuelles à la charge de ces assurés sont identiques à celles des praticiens hospitaliers.