



**CONTRAT INCAPACITE TEMPORAIRE  
DES GARDES ET ASTREINTES N°107217**

**NOTICE D'INFORMATION**

**REGIME DE PREVOYANCE  
COLLECTIVE**

**OPTION COUVERTURE INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL  
DES GARDES ET ASTREINTES**

**ASSOCIATION PH SERVICES**

**CONTRAT N° 107 217**

**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 des prestations en cas d'Incapacité Temporaire de travail des Gardes et astreintes (TITRE UNIQUE).

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 personnes assurables sont les praticiens hospitaliers et assimilés exerçant à temps plein, à temps réduit ou à temps partiel, effectuant des gardes et astreintes, membres de l'association PH SERVICES et ayant adhéré au contrat N° 107 212 ou 107 213 et effectuant des gardes et astreintes.
- Les Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers (PUPH) et Maitres de Conférence des Universités - Praticiens Hospitaliers (MCUPH) exerçants à temps plein, à temps réduit ou à temps partiel, ayant adhéré au contrat 109503 ou 109504 et effectuant des gardes et astreintes.

#### **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, pour des garanties identiques, au 31 décembre 1999 auprès du précédent assureur sont admissibles à l'assurance 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, 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 précédemment**

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

- 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.

## **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 3 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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'assuré 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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<sup>er</sup> 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 FORFAITAIRE**

Le salaire annuel servant de base à la détermination des prestations et au calcul des cotisations est fixé forfaitairement à un plafond annuel de la Sécurité Sociale en vigueur au 31 décembre de l'année précédente selon l'option de garantie souscrite.

### **CHOIX DES GARANTIES**

Lors de son affiliation, l'assuré indique l'option de garantie choisie (Classe A, B ou C) qui détermine le montant des prestations.

L'assuré a la possibilité, lors de chaque renouvellement annuel de modifier son choix par lettre adressée au gestionnaire délégué, au plus tard au 31 décembre de l'exercice en cours. Cette modification prend effet au 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice suivant.

- Si l'assuré choisit une option de garantie supérieure, il devra remplir un nouveau bulletin individuel d'affiliation et compléter le questionnaire afin de justifier d'un état de santé jugé satisfaisant par la Compagnie ou le gestionnaire délégué selon les dispositions prévu au paragraphe « Affiliation des assurés » applicables au différentiel de salaire annuel forfaitaire garanti,
- Si un assuré choisit une option de garantie inférieure, les modalités exposées ci-dessus ne s'appliquent pas et un simple courrier suffit.

### **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 :**

- **action intentionnelle de l'assuré, y compris la tentative de suicide,**
- **courses, matches, paris, sauf compétitions sportives en tant qu'amateur,**
- **pratique du parapente et du parachutisme ascensionnel, du deltaplane, de l'aile volante et utilisation d'Ultra Léger Motorisé,**
- **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, à l'exclusion des sinistres résultant des effets directs des produits radioactifs utilisés par les praticiens dans l'exercice normal de leur profession.**

### **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 plafond annuel de la Sécurité Sociale.

Le coefficient de revalorisation est égal au rapport entre la valeur du plafond à cette date et celle en vigueur au jour du sinistre.

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 éllection de domicile en France pour toute contestation d'ordre médical ou pour toute action judiciaire survenant à l'occasion d'un sinistre.

### **PAIEMENT DE LA COMPAGNIE**

Les sommes assurées sont payables à leur échéance au Siège Social de la Compagnie dans les quinze jours de la remise de toutes les pièces justificatives.

Les paiements sont indivisibles à l'égard de la Compagnie.

**DISPOSITIONS PARTICULIERES**

**TITRE UNIQUE**

**INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL**

**GARDES ET ASTREINTES**

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, 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 la Sécurité Sociale et continue de ce fait de recevoir les indemnités journalières définies ci-dessus, en tout ou partie. La Compagnie continue de verser l'indemnité journalière si l'assuré ne reprend pas de gardes ou astreinte. En tout état de cause, la Compagnie cesse le paiement de l'indemnité journalière si l'assuré effectue à nouveau des gardes ou astreintes.

L'arrêt de travail correspondant au congé légal de maternité n'ouvre pas droit aux prestations. Toutefois si, à l'expiration du congé, l'état pathologique de l'assurée l'empêche de reprendre son travail, les prestations sont dues dès l'expiration de la période du congé légal augmentée du délai de franchise.

En cas d'incapacité temporaire totale de travail d'un assuré, la Compagnie verse une indemnité journalière après expiration d'un délai de franchise fixé à 30 jours d'arrêt de travail continu dont le montant exprimé en pourcentage de la 365<sup>ème</sup> partie du salaire forfaitaire est fixé en fonction de l'option de garantie choisie à :

- Classe A : 25 %
- Classe B : 50 %
- Classe C : 75 %

2°) Fin du paiement des prestations

Le paiement des indemnités journalières prend fin :

- dès la reprise de travail sauf :

- (a) si l'assuré est admis à reprendre une activité partielle (cas du mi-temps thérapeutique par exemple) par la Sécurité Sociale et ne reprend pas de gardes et d'astreintes,
- (b) si l'assuré est admis par une autorité médicale compétente (tel que définie ci-dessous) à reprendre une activité normale mais n'est pas admis à reprendre les gardes et astreintes compte tenu des contraintes physiques liées à cette activité. Dans ce cas de figure, le médecin établit un certificat de reprise de travail normal et précise que l'assuré est inapte aux gardes et astreintes.

**La Compagnie cesse le paiement de l'indemnité lorsque l'assuré reprend les gardes et astreintes et, en tout état de cause, 3 mois après sa reprise d'activité normale.**

- dès la cessation du paiement des indemnités journalières par la Sécurité Sociale sauf :

- a) si l'assuré est admis à reprendre une activité partielle (cas du mi-temps thérapeutique par exemple) par la Sécurité Sociale et ne reprend pas de gardes et d'astreintes,
- b) si l'assuré est admis par une autorité médicale compétente (tel que définie ci-dessous) à reprendre une activité normale dans le cadre de son activité de PH Services mais n'est pas admis à reprendre les gardes et astreintes compte tenu des contraintes physiques liées à cette activité. Dans ce cas de figure, le médecin établit un certificat de reprise de travail normal et précise que l'assuré est inapte aux gardes et astreintes.

**La Compagnie cesse le paiement de l'indemnité lorsque l'assuré reprend les gardes et astreintes et, en tout état de cause, 3 mois après sa reprise d'activité normale.**

**Autorité médicale compétente pour délivrer le certificat médical autorisant la reprise d'activité à l'exception des gardes et astreintes : L'indemnisation n'est maintenue que si l'inaptitude à l'exercice des gardes et astreintes est prescrite et motivée par le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou par le médecin traitant, sauf impossibilité dûment justifiée par l'assuré et à l'exception des cas prévus par l'article R162-1-9-1 du code de la Sécurité Sociale.**

- en cas de décès de l'assuré,
- en tout état de cause à l'expiration d'une période de versement de **18 mois maximum**, soit 540 jours après le début de l'indemnisation par l'assureur.

### 3°) Rechute

Si un assuré, après avoir repris son travail pendant une durée inférieure à 60 jours et tant que la période de versement de 18 mois n'est pas atteinte, 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 et tant que la période de versement de 18 mois n'est pas atteinte, le délai de franchise sera à nouveau appliqué quel que soit le motif du nouvel arrêt de travail.

En cas de réapparition d'une affection psychiatrique ayant déjà donné lieu à 18 mois d'indemnisation, la Compagnie ne procédera pas à une nouvelle indemnisation.

### 4°) 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 ».

### 5°) Bénéficiaire - Modalités de paiement

Les indemnités journalières sont payables, à l'assuré, par mois civil échu pendant toute la durée de l'incapacité et dans la limite de la période de versement de 18 mois prévue ci-dessus. 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.

### 6°) 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, la Contractante doit faire la déclaration de sinistre à la Compagnie.

Cette déclaration doit être accompagnée ou suivie :

- a) d'un certificat médical (description, date des premiers symptômes, durée probable de l'incapacité temporaire totale),
- b) d'un justificatif (bulletins de salaires...) de la Contractante et/ou de l'assuré attestant que l'assuré effectue des gardes et astreintes,
- c) des décomptes de la Sécurité Sociale mentionnant le versement des indemnités journalières.
- d) de la copie du bulletin de salaire pendant toute la durée de l'incapacité temporaire partielle ou totale de travail.

### 7°) Maintien des garanties

En cas de résiliation du contrat, les prestations continueront à être servies sur la base du salaire annuel déterminé à la date de l'arrêt de travail et revalorisé comme indiqué au paragraphe "Revalorisation des prestations" dans la limite de la période de versement de 18 mois prévue ci-dessus.

**A N N E X E**

**CONGE PARENTAL, CONGE DE FORMATION, MISE A DISPOSITION,**

**DETACHEMENT, MISE EN POSITION DE DISPONIBILITE**

La garantie « OPTION COUVERTURE INCAPACITE TEMPORAIRE DE TRAVAIL DES GARDES ET ASTREINTES » du Titre Unique du contrat peut être maintenue 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 de garantie 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.

La garantie est maintenue pendant toute la durée de suspension d'activité, mais cesse 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 annuelles à la charge de ces assurés sont identiques à celles prévues pour les assurés actifs.