

Numéro de contrat : MGENIB1100432NNP

NOTICE D'INFORMATION

Assurance

Accidents non professionnels

(incluant l'accident survenant sur le trajet domicile-lieu de travail)

Devise CHF

Souscrit par l'AMFI-GPAFI pour le compte de ses membres,
fonctionnaires internationaux actifs de l'Office des Nations Unies et des organisations affiliées, ainsi que les membres
de leur famille (« Dépendants » au sens des Nations Unies)

Document contractuel

A effet du 1^{er} janvier 2023

En qualité d'Adhérent, vous bénéficiez de la couverture de l'assurance Accidents non professionnels, souscrite par l'AMFI-GPAFI auprès de MGEN VIE, sous le numéro de contrat d'assurance N°MGENIB1100432NNP, qui a pour objet de faire bénéficier facultativement les fonctionnaires internationaux, membres de l'AMFI-GPAFI, ainsi que les membres de leur famille (« Dépendants » au sens des Nations Unies), ayants souscrits à l'assurance Accidents non professionnels proposée par l'AMFI-GPAFI, de prestations frais de traitement et prévoyance en cas d'accidents non professionnels (selon les dispositions de la LAA (Loi fédérale suisse sur l'assurance accident) et incluant l'accident survenant sur le trajet domicile-lieu de travail.

Les modalités de mise en œuvre le détail des prestations auxquelles vous avez droit sont définies dans la présente notice.

Intermédié par: ASN, Advisory Services Network AG, Bederstrasse 51, 80027 Zurich, Suisse.

Table des matières

Section 1.	Objet et bases de la notice d'information	2
Section 2.	Les Adhérents	5
Section 3.	Les définitions	6
Section 4.	Les prestations Prévoyance	7
Section 5.	Les justificatifs à fournir	10
Section 6.	Contrôles et litiges médicaux	11
Section 7.	LES EXCLUSIONS	11
Section 8.	Les primes	12
ANNEXE 1 :	Barème d'évaluation des indemnités pour atteinte à l'intégrité	13

Section 1. Objet et bases de la notice d'information

1- Objet de la notice d'information

Le contrat relatif à la présente notice d'information est un contrat d'assurance collective à adhésion facultative souscrit par l'Association des Mutuelles des Fonctionnaires Internationaux (AMFI) agissant pour son entité le GPAFI (Groupement de Prévoyance et d'Assurance des Fonctionnaires Internationaux), auprès de l'Organisme assureur MGEN VIE, dans le cadre d'une délégation de souscription accordée à VYV International Benefits (VYV-IB).

Les déclarations, tant de l'AMFI-GPAFI que des Adhérents, lui servent de base.

Le Contrat relève de la branche 1 – Accident et 20 - Vie-décès, définies à l'article R.211-2 du Code de la mutualité et est régi tant par ses stipulations que par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité et la législation française en vigueur.

Le Contrat a pour objet de faire bénéficier facultativement les fonctionnaires internationaux, membres de l'AMFI-GPAFI, ainsi que les membres de leur famille (« Dépendants » au sens des Nations Unies), ayants souscrits à l'assurance Accidents non professionnels proposée par l'AMFI-GPAFI, de prestations frais de traitement et prévoyance en cas d'accidents non professionnels (selon les dispositions de la LAA (Loi fédérale suisse sur l'assurance accident) et incluant l'accident survenant sur le trajet domicile-lieu de travail, conformément à la présente notice, soit :

- Le remboursement des frais de traitement illimités (pendant une durée maximale de 5 ans) ;
et/ou
- Le versement d'un capital en cas de décès par suite d'accident non professionnel (par tranches de CHF 100'000 jusqu'à un maximum de CHF 1'000'000) ;
et/ou

- Le versement d'un capital en cas d'invalidité consécutive à un accident non professionnel (par tranches de CHF 100'000 jusqu'à un maximum de CHF 1'000'000).

Les Adhérents ont un accès au contenu des Statuts de l'Organisme assureur sur le site <http://www.mgen.fr>. En cas de conflit d'interprétation entre le contrat objet de la présente notice et les dispositions figurant aux Statuts de l'Organisme assureur, les dispositions du contrat prévaudront.

2- Effet, durée, renouvellement du certificat d'adhésion et renonciation

2.1 Adhésion

La demande d'adhésion au contrat objet de la présente notice se fait au moyen d'une demande individuelle d'adhésion remplie, datée et signée par le proposant à l'assurance.

Cette demande individuelle d'adhésion précise l'identité du proposant à l'assurance, les éléments nécessaires à la détermination de la couverture et au calcul de la prime, et doit recueillir le consentement du proposant.

Le proposant doit reconnaître avoir pris connaissance des documents précontractuels, soit l'IPID et la notice d'information.

L'acceptation de l'Organisme assureur est notifiée au proposant par l'intermédiaire de l'AMFI-GPAFI.

L'adhésion du proposant à l'assurance est constatée par un certificat d'adhésion.

2.2 Date d'effet et renouvellement

Pour l'Adhérent, l'adhésion à l'assurance prend effet à la date mentionnée sur le certificat d'adhésion, et au plus tôt le 1^{er} janvier 2023, pour une période se terminant le 31 décembre de la même année.

Elle se renouvelle ensuite par tacite reconduction chaque 1^{er} janvier pour une durée d'un an, sauf résiliation par l'Adhérent ou l'Organisme assureur.

L'adhésion de l'Adhérent peut être résiliée :

- **A l'initiative de l'Organisme assureur :**
 - en cas de non-paiement des primes par l'Adhérent, selon les modalités définies dans la présente notice,
 - à la date à laquelle l'Adhérent n'est plus membre de l'AMFI-GPAFI,
 - en cas de fausse déclaration.

- **A l'initiative de l'Adhérent :**
 - par écrit pour la fin d'un mois, moyennant un préavis d'un (1) mois complet.
- **De plein droit :**
 - en cas de résiliation du contrat d'assurance groupe N°MGENIB1100432NNP objet de la présente notice.

3- Engagements de l'Adhérent

L'Adhérent est tenu de justifier à tout moment ses déclarations faites à l'Organisme assureur lors de l'adhésion.

En cas d'omission ou de déclaration inexacte par l'Adhérent, l'Organisme assureur est en droit, soit d'invoquer la nullité du contrat, soit d'en poursuivre l'exécution aux nouvelles conditions qu'il fixera, ou d'en demander la résiliation en cas de refus des nouvelles conditions.

4- Dispositions complémentaires

4.1 Prescription

Toute action dérivant du contrat objet de la présente notice se prescrit par deux (2) ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, du fait de l'Adhérent : que du jour où l'Organisme assureur en a eu connaissance ;
- en cas de réalisation du risque : que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'Adhérent contre l'Organisme assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'Adhérent ou l'Ayant-droit, ou a été indemnisé par celui-ci.

La prescription est portée à dix (10) ans lorsque, pour les engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, le bénéficiaire n'est pas l'Adhérent et, dans les opérations relatives aux accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les Ayants-droit de l'Adhérent décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente (30) ans à compter du décès de l'Adhérent.

La prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite de la réalisation d'un risque.

L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée ou d'un envoi recommandé électronique, avec accusé de réception, adressé par l'Organisme assureur à l'AMFI-GPAFI, en ce qui concerne l'action en paiement de la prime, et par l'Adhérent, le bénéficiaire ou l'Ayant-droit à l'Organisme

assureur, en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

4.2 Subrogation

Pour le paiement des prestations à caractère indemnitaire, l'Organisme assureur est subrogé jusqu'à concurrence desdites prestations, dans les droits et actions des Adhérents, des bénéficiaires ou de leurs Ayants-droit contre les tiers responsables.

Cette subrogation s'exerce dans la limite des dépenses que l'Organisme assureur a exposées, à due concurrence de la part d'indemnité mise à la charge du tiers qui répare l'atteinte à l'intégrité physique de la victime. En est exclue la part d'indemnité, de caractère personnel, correspondant aux souffrances physiques ou morales endurées par la victime et au préjudice esthétique et d'agrément, à moins que la prestation versée par l'Organisme assureur n'indemnise ces éléments de préjudice.

De même en cas d'accidents suivi de mort, la part d'indemnité correspondant au préjudice moral des Ayants-droit leur demeure acquise, sous la même réserve.

Pour le paiement des prestations d'invalidité, l'Organisme assureur est subrogé jusqu'à concurrence desdites prestations dans les droits et actions des Adhérents, des bénéficiaires ou de leurs Ayants-droit contre les tiers responsables.

L'Organisme assureur est subrogé de plein droit au bénéficiaire des prestations victime d'un accident dans son action contre le tiers responsable, que la responsabilité du tiers soit entière ou qu'elle soit partagée. Si le bénéficiaire des prestations a été directement indemnisé par le tiers, le reversement des prestations versées par l'Organisme assureur est exigé.

Le bénéficiaire des prestations qui, par négligence ou abandon volontaire, rend la récupération impossible, est tenu de rembourser les prestations perçues.

L'Organisme assureur renonce à toute action récursoire contre l'AMFI-GPAFI.

4.3 Protection des données à caractère personnel

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (dit Règlement général sur la protection des données), dans le cadre de la gestion du contrat d'assurance les données à caractère personnel de l'Adhérent pourront être transférées à l'Organisme assureur, ses délégués, ses prestataires, ses sous-traitants ou ses réassureurs. Les Adhérents sont informés que des traitements les concernant, ainsi que ceux de leurs éventuels bénéficiaires, sont mis en œuvre

dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution du contrat d'assurance ainsi que pour sa gestion commerciale. Elles pourront aussi être utilisées dans le cadre des opérations de contrôle, de lutte contre la fraude et le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, de recherche des bénéficiaires de contrats décès non réglés, d'exécution des dispositions légales et réglementaires, et ce en application du contrat.

Les données collectées sont indispensables à la mise en œuvre de ces traitements et sont destinées aux services concernés de l'Organisme assureur et de l'AMFI-GPAFI. L'Organisme assureur est tenu de s'assurer que ces données sont exactes, complètes et, le cas échéant, mises à jour. Les données collectées seront conservées pendant toute la durée de la relation contractuelle augmentée des prescriptions légales ou dans le respect des durées prévues par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Les Adhérents et/ou les bénéficiaires disposent d'un droit d'accès, de rectification ou d'effacement, de limitation du traitement de leurs données, de portabilité, d'opposition aux traitements, ainsi que du droit de définir des directives sur leur sort après leur décès. Ils peuvent exercer leurs droits auprès du **Délégué à la Protection des Données du Groupe VYV, Tour Montparnasse – 33, avenue du Maine – BP 245 – 75755 Paris Cedex 15** ou dpo@groupe-vyv.fr. Lors de l'exercice de leurs droits, la production d'un titre d'identité peut être demandée. En cas de litige persistant, ils disposent d'un droit de saisir la CNIL sur www.cnil.fr ou à 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris Cedex 7, France.

Les données relatives à l'état de santé des Adhérents, dont le traitement est nécessaire aux fins de l'exécution des obligations et de l'exercice des droits propres à l'Organisme assureur ou aux Adhérents eux-mêmes en matière de droit à la protection sociale, peuvent être traitées dans le cadre de la passation, la gestion et l'exécution dudit contrat. Ces données sont exclusivement destinées au service médical du Délégué de gestion. L'exercice de droits s'effectue à l'attention du médecin conseil de l'Organisme assureur par courriel à l'adresse : gpafi@vyv-ib.com.

4.4 Convention de délégation de gestion

La gestion administrative du contrat a été confiée par l'Organisme assureur à l'AMFI-GPAFI.

Le règlement des prestations « frais de traitement illimités », invalidité et décès, prévues par l'assurance Accidents non professionnels est effectué par VYV International Benefits (VYV-IB), 3/5/7 Square Max-Hymans - 75748 Paris Cedex 15, France.

4.5 Autorité de contrôle

L'organisme de contrôle de l'Organisme assureur est

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR), 4 place de Budapest – CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09, France.

4.6 Renseignement – Réclamation – Médiation

Lorsque les Adhérents souhaitent obtenir des précisions ou pour toute réclamation portant sur :

- les conditions d'admission dans l'assurance,
- les sinistres,
- le règlement des primes,

ils doivent s'adresser à l'AMFI-GPAFI, Palais des Nations 1211 Genève 10, Suisse ou par courriel à l'adresse gpafi@un.org.

Il sera accusé réception de la réclamation dans les dix (10) jours de sa réception, sauf si la réponse elle-même est apportée dans ce délai. En tout état de cause, conformément à législation applicable, une réponse sera adressée avant l'expiration d'un délai de deux (2) mois à compter de la date de réception de la réclamation.

Après réponse, si la réclamation n'était pas réglée, les Adhérents peuvent écrire en joignant la copie des réponses écrites qui leur ont été faites à **VYV International Benefits – Service Relations Clientèle, 7 Square Max Hymans – 75748 Paris Cedex 15, France**. Courriel : gpafi@vyv-ib.com.

Après épuisement de toute procédure de traitement des réclamations, l'Adhérent peut saisir le médiateur MGEN par écrit et adresser sa réclamation par voie postale à : **CNPM - MÉDIATION – CONSOMMATION, 27 Avenue de la Libération 42400 SAINT-CHAMOND** ou sur le site internet dédié : <https://www.cnpm-mediation-consommation.eu>.

L'avis du Médiateur ne s'impose pas aux parties en litige, qui conservent le droit de saisir les tribunaux compétents. Le Médiateur n'est pas habilité à se prononcer sur les conditions d'admission dans l'assurance. Les conditions et modalités d'intervention de la médiation peuvent être consultées sur le site dédié à la médiation sur <http://www.mediation-mgen.fr>.

4.7 Compétence des tribunaux et langue du contrat

Le contrat objet de la présente notice est régi par le droit matériel suisse en ce qui concerne la relation avec les Adhérents, et notamment par la Loi Fédérale suisse sur l'assurance accidents (LAA). En cas de litige avec un Adhérent, les tribunaux compétents sont les juridictions suisses.

La langue utilisée au titre de la présente notice est la langue française.

4.8 Clause de limitation – Sanctions internationales

L'Organisme assureur ne sera pas tenu comme engagé par la couverture d'une garantie d'assurance, ni par le règlement d'un sinistre ou la fourniture de prestations au titre des présentes dispositions si cette couverture, ce règlement ou ces prestations l'exposent à une quelconque sanction, interdiction ou restriction au titre de résolutions des Nations-Unies en matière de sanctions économiques ou commerciales, ou en vertu des lois et réglementations de l'Union Européenne, des Etats-Unis d'Amérique ou de toute autre juridiction.

Il ne pourra être procédé à aucun paiement à destination, directe ou indirecte, d'un pays soumis à sanction à la date de survenance de l'évènement, tel qu'édicté par les Nations Unies, l'Office of Foreign Assets Control (OFAC) du Trésor américain ou l'Union européenne.

4.9 Réticence ou fausse déclaration

Les conditions du contrat sont basées sur les déclarations transmises par l'Adhérent via l'AMFI-GPAFI.

Indépendamment des causes ordinaires de nullité, toute inexactitude ou omission intentionnelle peut amener l'Organisme assureur à invoquer la nullité de l'adhésion. Les primes payées demeureront alors acquises à l'Organisme assureur qui aura droit au paiement de toutes celles échues à titre de dommages et intérêts.

Les conditions du contrat sont basées sur les déclarations transmises par l'Adhérent à l'Organisme assureur via l'AMFI-GPAFI.

Sauf au cas prévu à l'alinéa précédent, aucun Adhérent ne peut être exclu de l'assurance contre son gré, tant qu'il fait partie du groupe assuré et à condition que les primes soient acquittées.

Section 2. Les Adhérents

5- Personnes assurées

Sont éligibles au bénéfice des prestations « frais de traitement illimités » de la couverture d'assurance « accidents non professionnels », décrite au présent contrat, les fonctionnaires internationaux employés au sein d'une organisation internationale des Nations Unies, nommés à titre permanent, continu ou pour une durée déterminée, ainsi que les membres de leur famille (Dépendants au sens des Nations Unies).

Sont éligibles au bénéfice des prestations « capital décès » et « capital invalidité » de la couverture d'assurance Accidents non professionnels, décrite au présent contrat, les fonctionnaires internationaux employés au sein d'une organisation internationale des Nations Unies, nommés à titre permanent, continu ou pour une durée déterminée, ainsi que leur(s) Conjoint(s) Dépendant(s).

Les enfants sont exclus du bénéfice des prestations « capital décès » et « capital invalidité ».

Les personnes non directement à charge ne sont pas éligibles au présent contrat.

6- Admission à l'assurance

6.1 Conditions d'affiliation des fonctionnaires internationaux et des membres de leur famille (Dépendants)

Bien que le lieu de domiciliation des Adhérents soit libre, ces derniers doivent majoritairement être domiciliés en Suisse, au Luxembourg, en France et en Belgique.

Les proposants à l'assurance doivent être en poste à Genève au moment de leur affiliation et/ou celle des membres de leur famille.

L'affiliation du fonctionnaire international et des membres de sa famille (Dépendants) est possible à tout moment, en début de mois, pour autant que le fonctionnaire soit toujours en activité et au plus tard durant le mois au cours duquel il atteint l'âge de 65 ans.

Les membres de la famille éligibles à la couverture d'assurance sont le(s) Conjoint(s) et enfant(s) des fonctionnaires internationaux reconnus comme « Dépendants » par l'assurance de base des organisations internationales (UNSMIS, CAPS et OMS).

- Les enfants sont automatiquement considérés comme des « Dépendants » jusqu'à 21 ans, puis après avoir atteint l'âge de 21 ans et jusqu'à 30 ans pour autant qu'ils poursuivent leurs études. L'Organisme assureur se réserve le droit de demander la preuve officielle de la poursuite des études.
- Dans le cas où les enfants âgés de plus de 21 ans ont un sinistre et qu'il apparaît qu'ils ne respectent pas la condition d'affiliation ci-dessus l'Organisme assureur de versera aucune prestation et invoquera la nullité de l'adhésion. Les primes payées demeureront alors acquises à l'Organisme assureur qui aura droit au paiement de toutes celles échues à titre de dommages et intérêts.

Le proposant à l'assurance prend la qualité d'Adhérent une fois que sa demande d'affiliation est acceptée par l'Organisme assureur.

L'Organisme assureur se réserve le droit de refuser la couverture d'assurance.

6.2 Formalités d'adhésion

Les proposant à l'assurance doivent, au moment de la soumission de leur demande individuelle d'affiliation :

- Remplir et signer une demande individuelle d'adhésion ;
- Le proposant à l'assurance, fonctionnaire international, souhaitant une couverture décès et/ou invalidité devra aussi soumettre sa dernière fiche de salaire.

Il est précisé que les formalités d'adhésion ne sont pas applicables aux Adhérents précédemment assurés par l'intermédiaire d'un contrat collectif à adhésion facultative de l'AMFI-GPAFI et souhaitant conserver une couverture d'assurance équivalente.

Les proposant à l'assurance prennent la qualité d'Adhérent(s) une fois affilié(s) au contrat. Cette admission se formalise par l'envoi d'un certificat d'adhésion effectué par l'AMFI-GPAFI par courriel au fonctionnaire international.

Le proposant à l'assurance et l'Adhérent s'obligent à justifier à tout moment leurs déclarations via l'envoi par courriel des justificatifs correspondants à leur situation.

L'Organisme assureur se réserve le droit de demander un complément d'information au proposant à l'assurance, d'accepter une demande d'affiliation ou de la refuser.

7- Entrée en vigueur des prestations

Lorsque le contrat objet de la présente notice a pris effet, les garanties sont effectives pour chaque Adhérent aux dates suivantes :

- **Fonctionnaires internationaux et les membres de leur famille (Dépendants) assurés par l'intermédiaire du précédent contrat collectif à adhésion facultative de l'AMFI-GPAFI** : au 1^{er} janvier 2023.
- **Fonctionnaires internationaux et les membres de leur famille (Dépendants) affiliés à compter de la date d'effet du nouveau contrat** : à la date d'effet de la couverture d'assurance figurant sur le certificat d'adhésion remis au membre Adhérent par l'AMFI-GPAFI.

8- Cessation des prestations

Une fois admis à l'assurance, l'Adhérent ne peut en être exclu tant qu'il remplit les conditions pour en bénéficier.

La couverture d'assurance prend fin dans les cas suivants :

- dès que le fonctionnaire international (Débiteur) ne respecte plus les conditions d'affiliation à l'AMFI-GPAFI,
- en cas de non-paiement des primes et dans le respect des dispositions de la présente notice,
- en cas de résiliation de l'assurance par écrit pour la fin d'un mois, moyennant un préavis d'un mois complet,
- en cas de fausse déclaration,
- à la fin du mois du 70^{ème} anniversaire de l'Adhérent, uniquement pour les nouvelles adhésions à compter du 1^{er} janvier 2023,
- au jour du décès de l'Adhérent,
- Pour les membres de la famille (Dépendants) dès qu'ils cessent d'appartenir à la catégorie de « Dépendants » éligibles à la couverture d'assurance.
- Pour la totalité des Adhérents :
 - en cas de résiliation du contrat d'assurance groupe conclu entre l'AMFI-GPAFI et l'Organisme assureur.

Section 3. Les définitions

Les termes et expressions utilisés dans le contrat objet de la présente notice ont le sens mentionné ci-dessous :

Accident : toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'Adhérent, provenant de l'action brusque, soudaine et inattendue d'une cause extérieure, et toutes les manifestations pathologiques qui sont la conséquence directe d'une telle atteinte corporelle, à l'exclusion d'une maladie aiguë ou chronique.

Ne sont pas considérés comme « accidents » couverts au titre du contrat objet de la présente notice : les accidents médicaux, l'accident vasculaire cérébral (AVC), la rupture d'anévrisme cérébral, l'infarctus du myocarde, l'embolie cérébrale et l'hémorragie méningée.

La preuve de l'accident incombe au(x) bénéficiaire(s) des prestations et toute classification d'un autre organisme ne saurait être opposable à l'Organisme assureur.

Accident non professionnel : l'accident non professionnel est un événement soudain, survenu en dehors du travail, mettant l'Adhérent dans l'incapacité temporaire d'accomplir son travail.

L'accident de trajet, c'est-à-dire l'accident dont est victime le travailleur alors qu'il se rend à son travail ou en revient, est assimilé à un accident non professionnel.

Adhérent : est celui sur la tête duquel repose le risque assuré. Il s'agit du fonctionnaire international qui travaille pour le compte d'une Organisation internationale des Nations Unies et éligible à la couverture d'assurance

Accidents non professionnels proposée par l'AMFI-GPAFI, ainsi que les membres de sa famille (Dépendants) affiliés au contrat.

Bénéficiaire : l'Adhérent ou ses bénéficiaires en cas de décès à qui sont dues les prestations versées par l'Organisme assureur au titre du contrat en cas de réalisation du risque.

Dépendants : membres de la famille considérés par les Nations Unies comme étant directement à la charge d'un fonctionnaire international, c'est-à-dire le(s) conjoint(s) et enfant(s).

Déléataire de gestion : personne morale qui se voit confier pour une durée limitée, éventuellement reconductible, la réalisation, pour le compte de l'Organisme assureur, des actes de gestion (appel de primes, constitution des dossiers sinistres etc...), soit l'AMFI-GPAFI.

Force majeure : événement imprévisible et irrésistible, qui est d'origine extérieure au débiteur de l'obligation.

Organisme assureur : l'organisme qui couvre le risque garanti au titre du contrat objet de la présente notice, soit MGEN Vie, 3 Square Max Hymans, 75748 Paris Cedex 15, France, régie par le Code de la Mutualité.

Période d'assurance : la période de couverture garantie par l'Organisme assureur débute le 1^{er} janvier 2023 au 31 décembre 2025, minuit.

Personne non directement à charge : membre de la famille considéré par les Nations Unies comme étant indirectement à la charge d'un fonctionnaire international, c'est-à-dire les père, mère, frère ou sœur.

Prescription : délai au-delà duquel l'intéressé ne peut plus faire reconnaître ses droits.

Proposant à l'assurance : membre de l'AMFI-GPAFI qui soumet une demande individuelle d'adhésion pour lui et/ou pour les membres de sa famille, si le contrat le permet.

Sécurité sociale : tout régime de Sécurité sociale dont peut dépendre l'Adhérent (française et/ou locale).

Sinistre : tout événement à caractère aléatoire de nature à engager la garantie du contrat.

Souscripteur : L'Association des Mutuelles des Fonctionnaires Internationaux pour le compte de son entité le GPAFI, qui signe le contrat au bénéfice de ses Adhérents et qui est seule responsable du versement de la prime, composée de l'ensemble des primes des Adhérents.

Section 4. Les prestations Prévoyance

9- Champ d'application territorial des prestations

Les garanties sont acquises, 24 heures sur 24 heures, dans le monde entier, aux fonctionnaires internationaux assurés et aux membres de leur famille (Dépendants), le cas échéant, uniquement en cas d'accidents non professionnels (incluant l'accident survenant sur le trajet domicile-lieu de travail).

Il ne pourra être procédé à aucun paiement à destination, directe ou indirecte, d'un pays soumis à sanction à la date de survenance de l'événement, tel qu'édicte par les Nations Unies, l'Office of Foreign Assets Control (OFAC) du Trésor américain ou l'Union Européenne.

10- Capital assuré

10.1 Base de calcul des prestations

Le montant des prestations est fonction du capital assuré, choisi par l'Adhérent au moment de son affiliation, et déclaré par l'AMFI-GPAFI à l'Organisme assureur.

Le capital assuré est déterminé par tranches de CHF 100'000 jusqu'à un maximum de CHF 1'000'000.

Pour les Adhérents qui n'étaient précédemment pas assurés par l'intermédiaire d'un contrat collectif à adhésion facultative de l'AMFI-GPAFI, le capital assuré ne pourra pas dépasser quatre (4) fois le salaire annuel. Il est déterminé en fonction du salaire annuel déclaré par l'AMFI-GPAFI à l'Organisme assureur.

- **Pour les Services généraux**, le salaire est égal au salaire brut moins les contributions du personnel. Le montant est exprimé en CHF.

Pour les Professionnels, le salaire est égal au salaire brut auquel s'ajoute l'indemnité de poste moins les contributions du personnel. Le montant, exprimé en USD, est converti en CHF en utilisant le taux de change des Nations Unies (UNORE).

Le salaire annuel est calculé en fonction du salaire mensuel lequel est annualisé.

Le salaire annuel assuré figure sur la demande individuelle d'adhésion de l'Adhérent. Il est calculé par l'AMFI-GPAFI en fonction de la dernière fiche salaire remise avec la demande d'adhésion et est communiqué à l'Organisme assureur lors de l'affiliation.

Pour les Conjoints Dépendants, le capital assuré sera limité à CHF 300'000.

10.2 Base de calcul des primes

Le montant de la prime est déterminé en fonction du

capital assuré, dont le montant est choisi par l'Adhérent au moment de son adhésion et déclaré par l'AMFI-GPAFI à l'Organisme assureur.

Le capital assuré figure sur le certificat d'adhésion des Adhérents.

Pour les fonctionnaires internationaux précédemment assurés par l'intermédiaire d'un contrat collectif à adhésion facultative, le capital assuré considéré est le dernier souscrit dans le cadre de ce précédent contrat.

10.3 Modalités de versement des prestations

Les prestations sont payables en CHF. Si des frais bancaires sont facturés en raison de la domiciliation du compte bancaire de l'Adhérent ou du(es) Bénéficiaire(s), ils resteront à la charge de ce(s) dernier(s) (en déduction du montant de la prestation due).

En aucun cas l'Organisme assureur ne pourra être tenu responsable des dommages que l'Adhérent ou le(s) Bénéficiaire(s) pourrai(en)t subir en raison des fluctuations des taux de change, ni des frais bancaires dont il(s) pourrai(en)t être imputé(s) lorsqu'il(s) perçoit(ven)t le règlement d'une prestation en devises ou lorsqu'il(s) reçoit(ven)t un virement bancaire de l'Organisme assureur.

11- Frais de traitement illimités

11.1 Prestations couvertes par l'assurance

L'assurance prend en charge de façon illimitée, sauf mention contraire, les frais suivants liés à un accident non professionnel, y compris s'il survient sur le trajet domicile-travail :

a) Remboursement pendant une durée de cinq (5) ans des frais ordonnés ou pratiqués par un médecin :

- le traitement médical, y compris les médicaments,
- les séjours hospitaliers et séjours de cure en division commune, semi privée ou privée,
- la location d'ustensiles et d'appareils de malade,
- la première acquisition de moyens auxiliaires qui compensent les lésions corporelles ou les pertes de fonction (prothèses, lunettes, appareils acoustiques et moyens auxiliaires orthopédiques),
- la réparation ou le remplacement (valeur à neuf) d'objets qui se substituent, morphologiquement ou fonctionnellement, à une partie du corps,
- le droit à la réparation ou au remplacement des lunettes, appareils acoustiques et prothèses dentaires n'existe que si ceux-ci ont été endommagés ou détruits lors d'un accident assuré qui entraîne une lésion corporelle nécessitant un traitement.

b) Soins à domicile

- Prise en charge des soins, par exemple soins à l'Adhérent et entretien du ménage, par du personnel infirmier formé pendant la durée du traitement médical.

c) Voyages et transports nécessités par l'accident

- Prise en charge jusqu'au lieu de traitement. Les transports aériens ne sont toutefois assurés que si, pour des raisons médicales ou techniques, ils sont inévitables. Les frais de transport des personnes dont on peut présumer qu'elles sont capables de marcher sont exclus.

d) Les actions de secours

- Prise en charge des frais engagés pour des actions de secours si elles ne sont pas nécessitées par une maladie.

e) Les opérations de recherche ou de sauvetage

- Prise en charge des frais engagés pour des opérations de recherche ou de sauvetage de l'Adhérent, au maximum jusqu'à concurrence de CHF 20'000 par Adhérent,
- Prise en charge frais engagés pour retrouver le corps de l'Adhérent et le transporter à domicile (lieu d'inhumation) lorsque le décès est la suite d'un accident assuré ou de l'épuisement,
- Prestations de tiers.

11.2 Prestations de tiers

Si l'Adhérent a également droit à des prestations d'un autre assureur dommages ou d'un tiers responsable, l'Organisme assureur complète ces prestations de tiers.

11.3 Limitation de la durée de la couverture d'assurance

Si le contrat conclu entre l'AMFI-GPAFI et l'Organisme assureur MGEN Vie prend fin, et que le traitement d'un accident survenu préalablement n'est, à ce moment-là, pas encore commencé ou terminé, l'Organisme assureur paie les frais de traitement pour cet accident au-delà de l'expiration du contrat, toutefois pendant cinq (5) ans au maximum à compter de la survenance de l'accident.

11.4 Prestations avancées en cas d'un tiers responsable

En cas d'accident causé par un tiers (coups et blessures volontaires, morsures par un animal, accident sportif, accident scolaire), l'Organisme assureur fait une avance sur le droit à prestations, non encore versées ou dont le montant n'a pas encore été déterminé, envers des assureurs privés, pour autant que l'Adhérent ou l'ayant droit effectue

toutes les démarches permettant à l'Organisme assureur de faire valoir directement un droit de restitution ou de compensation auprès des assurances privées.

12- Bénéficiaires en cas de décès de l'Adhérent

En cas de décès de l'Adhérent par suite d'un accident non professionnel, y compris s'il survient sur le trajet domicile – travail, à condition toutefois qu'il survienne au plus tard un (1) an après la date de l'accident, un capital est versé à ses bénéficiaires, selon l'ordre prédéfini par l'Organisme assureur.

Sont bénéficiaires du Capital versé en cas de décès de l'Adhérent, dans l'ordre cité, les personnes ci-après :

1. Le Conjoint survivant ou le Partenaire enregistré, à défaut, la personne physique non mariée ou non enregistrée et qui n'est pas parente, qui entretenait avec le défunt sous le même toit une communauté de vie analogue à celle du mariage de manière ininterrompue au cours des cinq (5) dernières années précédant le décès.
2. Les descendants directs ainsi que les personnes physiques à l'entretien desquelles le défunt subvenait de façon substantielle.
3. Les parents.
4. Les frères et sœurs.
5. Les autres héritiers, à l'exclusion des collectivités publiques.

En cas de décès d'un Adhérent et du ou des bénéficiaires au cours d'un même évènement sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, l'Adhérent est présumé avoir survécu pour la détermination des bénéficiaires du Capital.

13- Capital en cas décès par suite d'accident non professionnel

Le capital décès est déterminé comme suit :

	Montant
Capital versé en cas de décès de l'Adhérent	Le capital assuré est au minimum CHF 100'000 et au maximum CHF 1'000'000, au choix par tranche de CHF 100'000.

Pour les Adhérents qui n'étaient pas assurés par l'intermédiaire du précédent contrat collectif à adhésion facultative de l'AMFI-GPAFI et qui s'affilient à compter du 1^{er} janvier 2023, le capital assuré ne pourra pas dépasser quatre (4) fois le salaire annuel.

Pour les Conjoints Dépendants, le capital assuré sera limité à CHF 300'000.

L'accident non professionnel doit répondre aux conditions définies à la Section 3 de la présente notice.

N'est pas considéré comme « accident » la blessure ou la

lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un accident non professionnel.

Le décès d'un Adhérent doit être déclarée par écrit dans les plus brefs délais à l'Organisme assureur. La cause du décès ne doit pas résulter d'un risque exclu prévu à la Section 7 de la présente notice.

L'Organisme assureur se réserve le droit de vérifier par tout moyen que le décès ne résulte pas d'un risque exclu.

L'Organisme assureur se réserve le droit de demander auprès des autorités consulaires et de vérifier que le décès ne résulte pas d'un risque exclu.

Les pièces justificatives à fournir sont mentionnées à la Section 5 de la présente notice.

14- Capital en cas d'invalidité par suite d'accident non professionnel

14.1 Montant de la prestation

Lorsqu'un Adhérent est reconnu atteint d'invalidité à la suite d'un accident non professionnel, y compris s'il survient sur le trajet domicile-travail, à condition toutefois que cette reconnaissance intervienne, au plus tard, un (1) an après la date de l'accident, un capital lui est versé.

Le capital invalidité est déterminé comme suit :

	Montant
Capital versé en cas d'invalidité de l'Adhérent	Le capital assuré est au minimum CHF 100'000 et au maximum CHF 1'000'000, à choix par tranche de CHF 100'000.

Pour les Adhérents qui n'étaient pas assurés par l'intermédiaire du précédent contrat collectif à adhésion facultative de l'AMFI-GPAFI et qui s'affilient à compter du 1^{er} janvier 2023, le capital assuré ne pourra pas dépasser quatre (4) fois le salaire annuel.

Pour les Conjoints Dépendants, le capital assuré sera limité à CHF 300'000.

14.2 Règles d'évaluation de l'invalidité par suite d'un accident non professionnel

L'accident non professionnel doit répondre aux conditions définies à la Section 3 de la présente notice.

N'est pas considéré comme « Accident » la blessure ou la lésion provenant totalement ou partiellement d'un état pathologique ou d'une opération non consécutive à un accident non professionnel.

L'état d'invalidité de l'Adhérent est évalué selon les dispositions de la Loi fédérale suisse du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA) et les règles prévues par l'Ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA) du 20 décembre 1982.

L'Adhérent est considéré comme en état d'invalidité lorsqu'il souffre d'une atteinte durable à son intégrité physique ou mentale, à la suite d'un Accident non professionnel, y compris s'il survient sur le trajet domicile-travail.

- L'invalidité est dite totale lorsque, conformément au barème figurant en Annexe 1 de la présente notice d'information et aux règles d'évaluation prévues ci-après, l'atteinte à l'intégrité de l'Adhérent est égale à 100%. La totalité du capital assuré lui est alors versée.
- L'invalidité est dite partielle lorsque l'atteinte à l'intégrité de l'Adhérent est inférieure à 100%. Dans ce cas, seul un pourcentage du capital assuré correspondant au taux d'atteinte à l'intégrité de l'Adhérent lui est versé.

Pour les atteintes à l'intégrité désignées au barème figurant en Annexe 1 de la présente notice, l'indemnité s'élève en règle générale au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré.

Pour les atteintes à l'intégrité qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, on appliquera le barème par analogie en tenant compte de la gravité de l'atteinte. On procédera de même lorsque l'Adhérent présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique.

Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5 % serait appliqué selon le barème ci-après ne donnent droit à aucune indemnité.

Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires – à l'exception des moyens servant à la vision.

La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence ; toutefois aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué.

L'Organisme assureur se réserve le droit de vérifier entre-temps que l'invalidité de l'Adhérent ne résulte pas d'un risque exclu et de soumettre l'Adhérent à une expertise médicale conformément à la Section 6 de la présente notice.

La date de survenance de l'invalidité est fixée au jour de la reconnaissance de cet état par le Médecin conseil de l'Organisme assureur.

Les pièces justificatives à fournir sont mentionnées à la

Section 5 de la présente notice.

15- Déclaration des sinistres

Tout événement susceptible d'ouvrir droit aux prestations doit survenir pendant la période d'effet de la garantie concernée et être déclaré dans un délai de six (6) mois suivant cet événement.

Sauf cas de force majeure, les accidents non déclarés dans les six (6) mois qui suivent les frais de traitement exposés, le décès ou l'invalidité seront exclus de la garantie et à ce titre non indemnisés, sous réserve que l'absence ou le retard de déclaration ait causé un préjudice à l'Organisme assureur et/ou à l'AMFI-GPAFI.

Section 5. Les justificatifs à fournir

16- Documents à fournir à l'AMFI-GPAFI en cas de décès

Le capital décès est versé au(x) bénéficiaire(s) après réception de l'ensemble des pièces justificatives et leur validation, à savoir :

- un formulaire de déclaration d'accident complété et signé par les membres de la famille de l'Adhérent ou toute autre personne autorisée,
- un extrait d'acte de décès ou un certificat de décès de l'Adhérent,
- un certificat médical précisant la cause du décès de l'Adhérent,
- les justificatifs officiels permettant d'établir la preuve de la qualité de bénéficiaire(s),
- une copie du livret de famille, si disponible,
- une photocopie recto-verso, datée et signée, de la pièce d'identité du ou des bénéficiaire(s) en cours de validité et, le cas échéant, de celle de son (ou ses) représentant(s),
- un relevé d'identité bancaire du ou des bénéficiaire(s),
- toute pièce médicale ou administrative, notamment des Procès-verbaux de gendarmerie ou des rapports de police, précisant de manière circonstanciée la cause du décès et permettant de prouver l'origine accidentelle du décès.
- L'Organisme assureur ou l'AMFI-GPAFI se réserve le droit de demander une certification légale des documents.

L'Organisme assureur peut demander, le cas échéant et y compris par l'intermédiaire de l'AMFI-GPAFI, d'autres pièces justificatives destinées à compléter le dossier.

17- Documents à fournir en cas d'invalidité

Le capital invalidité est réglé après réception de l'ensemble des pièces justificatives et leur validation, à savoir :

- un formulaire de déclaration d'accident complété et signé par l'Adhérent ou la personne déclarante,
- un certificat médical du médecin traitant de l'Adhérent précisant la cause de son invalidité,
- une photocopie recto-verso, datée et signée, de la pièce d'identité de l'Adhérent en cours de validité et, le cas échéant, de celle de son représentant légal,
- un relevé d'identité bancaire de l'Adhérent,
- toute pièce médicale ou administrative, notamment des procès-verbaux de gendarmerie ou des rapports de police, précisant de manière circonstanciée la cause de l'accident et permettant de prouver le lien de causalité entre l'accident et l'invalidité de l'Adhérent.
- L'Organisme assureur ou l'AMFI-GPAFI se réserve le droit de demander une certification légale des documents.

L'Organisme assureur peut demander, le cas échéant et y compris par l'intermédiaire de l'AMFI-GPAFI, d'autres pièces justificatives destinées à compléter le dossier.

Section 6. Contrôles et litiges médicaux

18- Les contrôles médicaux

L'Organisme assureur peut à tout moment :

- faire procéder à toute visite médicale, tout contrôle et toute enquête qu'il jugerait nécessaire pour se prononcer sur l'ouverture ou la poursuite du service des prestations,
- effectuer lui-même les enquêtes et contrôles administratifs qu'il estime utiles.

Les médecins et experts désignés par l'Organisme assureur ont libre accès auprès de l'Adhérent afin de pouvoir constater son état.

L'octroi de prestations peut être refusé ou suspendu si l'Adhérent ou la personne déclarante refuse ces contrôles ou refuse de fournir les pièces justificatives demandées par l'Organisme assureur.

L'Organisme assureur peut refuser, interrompre ou réduire le droit aux prestations, en raison des conclusions de ses médecins et experts, indépendamment des décisions prises et des versements effectués par la Sécurité sociale ou tout autre organisme.

Les décisions de l'Organisme assureur prises en fonction des conclusions des médecins et experts qu'il a désignés sont notifiées à l'Adhérent par courrier recommandé, il peut en contester le bien-fondé dans les trente (30) jours suivant leur envoi au moyen d'un dossier médical complet adressé sous pli confidentiel au Service Médical de l'Organisme assureur par lettre recommandée.

19- Les litiges médicaux

En cas de contestation médicale, celle-ci est appréciée en dernier ressort par un médecin arbitre désigné d'un commun accord par le Médecin conseil de l'Organisme assureur et le médecin traitant de l'Adhérent.

Dans le cas où cet accord ne pourrait être réalisé, le médecin arbitre sera désigné, à la demande des deux médecins, par le président du Tribunal judiciaire du lieu de domicile de l'Adhérent.

Les honoraires du Médecin conseil ou du médecin expert choisi par l'Organisme assureur pour le représenter lors de l'arbitrage restent à la charge de l'Organisme assureur, ainsi que les honoraires et les frais de nomination du médecin arbitre.

Toutefois, dans l'hypothèse où le médecin arbitre confirmerait une décision prise à l'encontre de la situation de l'Adhérent, les honoraires et les frais de nomination du médecin arbitre seraient à la charge de l'Adhérent.

Section 7. LES EXCLUSIONS

20- EXCLUSIONS

SONT EXCLUS ET NE SONT PAS ASSURES AU TITRE DE L'ASSURANCE ACCIDENTS NON PROFESSIONNELS :

- LA PRISE EN CHARGE DE L'INDEMNITE JOURNALIERE D'HOSPITALISATION ET DE L'INDEMNITE JOURNALIERE (SALAIRE) AU TITRE DE LA GARANTIE FRAIS DE TRAITEMENT ILLIMITES,
- LES SINISTRES RESULTANT DE LA PARTICIPATION A TOUS SPORTS ET COMPETITIONS A TITRE PROFESSIONNEL,
- LES MALADIES PROFESSIONNELLES ET LES ACCIDENTS PROFESSIONNELS, A L'EXCLUSION DE L'ACCIDENT SURVENANT SUR LE TRAJET DOMICILE-LIEU DE TRAVAIL,
- LES SUITES DE FAITS DE GUERRE EN SUISSE ET A L'ETRANGER. CEPENDANT SI UNE GUERRE ECLATE POUR LA PREMIERE FOIS ET SURPREND L'ADHERENT A L'ETRANGER, DANS LE PAYS OU IL SEJOURNE, LA COUVERTURE D'ASSURANCE DEMEURE ENCORE EN VIGUEUR PENDANT 14 JOURS SUIVANT LE DEBUT DES HOSTILITES,
- LES ACCIDENTS LORS DE LA PERPETRATION INTENTIONNELLE D'UN CRIME OU D'UN DELIT,
- LE SUICIDE, LA MUTILATION VOLONTAIRE OU LA TENTATIVE A CETTE FIN,
- LES ACCIDENTS SURVENANT LORS DE L'UTILISATION D'AERONEFS ET LORS DE SAUTS EN PARACHUTE SI L'ADHERENT VIOLE INTENTIONNELLEMENT LES PRESCRIPTIONS DES AUTORITES OU NE POSSEDE PAS LES PERMIS ET AUTORISATIONS OFFICIELS OU QU'IL SAVAIT OU

AURAIT DU SAVOIR D'APRES LES CIRCONSTANCES QUE LES PERMIS ET AUTORISATIONS PRESCRITS POUR L'AERONEF UTILISE OU POUR LES MEMBRES DE L'EQUIPAGE FAISAIENT DEFAUT,

- LES EFFETS DE RADIATIONS IONISANTES. LES ATTEINTES A LA SANTE CONSECUTIVES A DES RADIATIONS PRESCRITES PAR UN MEDECIN ET NECESSITEES PAR UN EVENEMENT ASSURE SONT TOUTEFOIS ASSUREES,
- LES ACCIDENTS SURVENUS LORS DU SERVICE MILITAIRE A L'ETRANGER ET LORS DE PARTICIPATION A DES ACTES DE GUERRE,
- LA PARTICIPATION A DES ACTES DE TERRORISME ET DE BANDITISME,
- LA PARTICIPATION A DES RIXES OU BAGARRES, A MOINS QUE L'ADHERENT AIT ETE BLESSE PAR DES PROTAGONISTES ALORS QU'IL NE PRENAIT AUCUNE PART A DES RIXES OU BAGARRES OU QU'IL VENAIT EN AIDE A UNE PERSONNE SANS DEFENSE,
- LA PARTICIPATION A DES DESORDRES.

Section 8. Les primes

21- Montants des primes de l'Adhérent

La prime pour la couverture des frais de traitement illimités se monte à CHF 120 par année.

La prime pour les couvertures liées au versement d'un capital en cas de décès ou d'invalidité se monte, pour chaque Adhérent, à 0.06% du capital assuré.

En cas de résiliation en cours d'année ou de décès, l'AMFI-GPAFI percevra le prorata de la prime du 1^{er} janvier jusqu'à la date d'effet de la résiliation calculé sur la base des taux de primes en vigueur.

22- Paiement des primes par l'Adhérent

22.1 Modalités de paiement des primes par le fonctionnaire international

Les primes annuelles sont à payer, en CHF, par le fonctionnaire international à l'AMFI-GPAFI par le biais de déductions de son salaire. Si cette option n'est pas active au sein de l'organisation qui l'emploie alors la déduction se fera depuis le compte bancaire du fonctionnaire international (LSV/SDD) par l'AMFI-GPAFI. Si le prélèvement bancaire n'est pas possible le fonctionnaire international devra s'acquitter du paiement de la prime par le biais d'un transfert bancaire.

Les fonds devront être reçus avant le début d'un mois pour que la couverture soit effective durant ce mois.

Dans tous les cas, pour tous les Adhérents, la prime est due dans son intégralité sur la base salariale annuelle.

En cas de résiliation en cours d'année ou de décès l'AMFI-

GPAFI percevra le prorata de la prime du 1^{er} janvier jusqu'à la date d'effet de la résiliation calculé sur la base des taux de primes en vigueur.

Pour tout mois commencé, la prime est due dans son intégralité. Il en va de même si l'Adhérent décède ou se sépare de son organisation en cours de mois.

22.2 Défaut de paiement des primes par l'Adhérent

En cas d'absence de paiement dans le délai imparti, la couverture d'assurance est bloquée et aucune prestation n'est versée. Si malgré les rappels envoyés, le fonctionnaire international ne s'acquitte pas de ses primes et/ou de celles des membres de sa famille, le fonctionnaire international et/ou les membres de sa famille seront exclus de l'assurance pour une durée minimale de cinq (5) ans à compter de la date du dernier paiement reçu.

ANNEXE 1 : Barème d'évaluation des indemnités pour atteinte à l'intégrité

➤ Évaluation des indemnités pour atteinte à l'intégrité

1. Pour les atteintes à l'intégrité désignées ci-après, l'indemnité s'élève en règle générale au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré.

Pour les atteintes à l'intégrité qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il sera appliqué un barème par analogie en tenant compte de la gravité de l'atteinte. De même lorsque l'Adhérent présente simultanément plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique.

Les atteintes à l'intégrité pour lesquelles un taux inférieur à 5 % serait appliqué selon le barème ci-après ne donnent droit à aucune indemnité.

Les atteintes à l'intégrité sont évaluées sans les moyens auxiliaires, à l'exception des moyens servant à la vision.

2. La perte totale de l'usage d'un organe est assimilée à la perte de celui-ci. En cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence. Toutefois, aucune indemnité ne sera versée dans les cas où un taux inférieur à 5 % du montant maximum du gain assuré serait appliqué.

Barèmes des indemnités pour atteinte à l'intégrité

	%		%
Perte d'une phalange du pouce ou d'au moins deux phalanges d'un autre doigt	5	Perte totale d'un pouce	20
Perte d'une main	40	Perte d'un bras au niveau du coude ou en dessus	50
Perte d'un gros orteil	5	Perte d'un pied	30
Perte d'une jambe au niveau du genou	40	Perte d'une jambe au dessus du genou	50
Perte du pavillon d'une oreille	10	Perte du nez	30
Scalp	30	Très grave défiguration	50
Perte d'un rein	20	Perte de la rate	10
Perte des organes génitaux ou de la capacité de reproduction	40	Perte de l'odorat ou du goût	15
Perte de l'ouïe d'un côté	15	Perte de la vue d'un côté	30
Surdité totale	85	Cécité totale	100
Luxation récidivante de l'épaule	10	Grave atteinte à la capacité de mastiquer	25
Atteinte très grave et douloureuse au fonctionnement de la colonne vertébrale	50	Paraplégie	90
Tétraplégie	100	Atteinte très grave à la fonction pulmonaire	80
Atteinte très grave à la fonction rénale	80	Atteinte à des fonctions psychiques partielles, comme la mémoire et la capacité de concentration	20
Épilepsie post-traumatique avec crises ou sous médication permanente sans crise	30	Très grave trouble organique de la parole, très grave syndrome moteur ou psycho-organique	80