

L'ARRET DE TRAVAIL

En cas de reprise d'activité à temps partiel dans le cadre d'un mi-temps thérapeutique, la ou les mensualités ou trimestrialités à échoir prévues au paragraphe A du présent article peuvent être maintenues à hauteur de 50% de la quotité assurée au prorata du nombre de jours d'arrêt et dans la limite maximum de 180 jours au titre du même sinistre sous réserve que l'Assuré* ait été en Incapacité Totale de Travail pendant toute la durée de la franchise* choisie figurant aux Conditions Particulières.

En tout état de cause, la durée maximum de prestations visée au paragraphe A du présent article ne peut excéder la durée maximum de la garantie.

C. RECHUTE* OU RECIDIVE*

• En cas de Rechute* ou de Récidive* survenant moins de 3 mois après la reprise totale d'activité ou des Occupations de la vie quotidienne*, le sinistre se poursuit dès le 1er jour de la Rechute* ou de la Récidive* sans application d'une nouvelle franchise*, sur les bases du sinistre en cours à l'origine de l'accident ou de la maladie concernée.

En cas de Rechute* ou Récidive* survenant de 3 mois jusqu'à 12 mois après la reprise totale d'activité ou des Occupations de la vie quotidienne*, le sinistre se poursuit après application de la franchise* prévue au contrat, sur les bases du sinistre en cours à l'origine de l'accident ou de la maladie concernée.

Quel que soit le nombre de ces Rechutes* ou Récidives*, la durée totale d'indemnisation ne peut excéder la durée maximum de la garantie visée au paragraphe A du présent article.

• Toute Rechute* ou Récidive* survenant plus de douze mois après la reprise totale de travail, est considérée comme un nouveau sinistre (article 15.A).

D - PAIEMENT DES PRESTATIONS

Sous réserve de fournir l'ensemble des pièces prévues à l'article 17 ci-après, les prestations sont versées pendant la durée de l'Incapacité Totale Temporaire de Travail* au bénéficiaire acceptant*. Le montant des prestations est proratisé le 1^{er} et le dernier mois du versement.

Les prestations sont versées jusqu'au terme du prêt, et au plus tard au terme de la garantie.

L'Assuré* conservera toutefois la charge de rembourser lui-même, à chaque échéance, la part de l'amortissement correspondant à la part du financement en principal, le cas échéant les loyers ou les intérêts, dépassant la garantie accordée (quel que soit le nombre de prêts assurés et le montant global des échéances de remboursement).

Par ailleurs, l'Assuré* continue de payer le montant des cotisations dû au titre du présent contrat.

Le versement de la prestation est interrompu :

- en cas de reprise à temps plein de l'activité professionnelle ou même partielle des Occupations de la vie quotidienne*
- en cas de consolidation* de l'état médical dûment constaté,
- au terme maximum de la garantie tel que défini au A du présent article.

ART 16 - INVALIDITE

Dès lors que l'Invalidité* est reconnue par le Comité Médical* suite à la consolidation* de l'état médical de l'Assuré*, la prestation Incapacité Totale Temporaire de Travail* prend fin et la garantie Invalidité* peut être mise en œuvre.

Cette garantie cesse dans les conditions prévues à l'article 5 ci-avant et au plus tard à la fin de l'année d'assurance où l'Assuré* atteint son 68^{ème} anniversaire.

A - POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ :**INVALIDITE PROFESSIONNELLE PARTIELLE OU TOTALE**

L'Invalidité* prise en compte est une Invalidité* professionnelle.

Lors de la consolidation* de l'état médical de l'Assuré*, le Comité Médical* détermine un taux d'Invalidité*. Ce taux est déterminé par référence au barème professionnel annexé la notice (cf. Annexe 2), en fonction de la répercussion réelle de l'accident ou de la maladie sur l'activité professionnelle spécifique exercée.

La répercussion de l'Invalidité* est évaluée en comparant l'activité de l'Assuré* après l'accident ou l'affection à celle qu'il menait auparavant et en tenant compte des conditions normales d'exercice de sa profession, des possibilités de rééducation, d'appareillage et de la capacité d'exercice restante.

Le taux d'Invalidité* retenu est indépendant de celui des régimes obligatoires prévus par le Code de la sécurité sociale.

B - POUR LES NON-PROFESSIONNELS DE SANTÉ :**LE CONJOINT*, CO-EMPRUNTEUR D'UN PROFESSIONNEL DE SANTE : INVALIDITE PARTIELLE OU TOTALE**

L'Invalidité* prise en compte est **une Invalidité* fonctionnelle et professionnelle.**

Lors de la consolidation* de l'état médical, le Comité Médical détermine un taux d'incapacité fonctionnelle et un taux d'incapacité professionnelle.

Le taux d'incapacité fonctionnelle est établi de 0 à 100%, en dehors de toute considération professionnelle, selon le barème de droit commun du Concours Médical, en vigueur au jour de la constatation de l'état d'Invalidité*. Il est basé uniquement sur la diminution de la capacité physique ou mentale consécutive à la maladie ou à l'accident.

Le taux d'incapacité professionnelle est apprécié en fonction du taux et de la nature de l'incapacité fonctionnelle 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 cette profession, des possibilités d'exercice restantes et des possibilités de reclassement dans une profession différente.

Le taux d'Invalidité est déterminé selon le taux d'incapacité fonctionnelle et le taux d'incapacité professionnelle à partir du tableau croisé ci-dessous:

	Taux d'incapacité fonctionnelle									
	%	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Taux d'incapacité professionnelle	10		21	25	29	33	37	40	43	46
	20		26	32	37	42	46	50	54	58
	30	23	30	36	42	48	53	58	62	67
	40	24	33	40	46	52	58	64	69	74
	50	27	36	43	50	56	63	68	74	79
	60	29	38	46	53	60	66	73	79	84
	70	30	40	48	56	63	70	77	83	89
	80	32	42	50	58	66	73	80	87	93
	90	33	43	52	61	69	76	83	90	97
	100	34	45	54	63	71	79	86	93	100

Le taux d'invalidité est pris en compte à partir de 26%.

C - POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTE OU NON PROFESSIONNELS DE SANTÉ N'EXERCANT PLUS D'ACTIVITE PROFESSIONNELLE A LA VEILLE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL : INVALIDITÉ* PARTIELLE OU TOTALE

Le taux d'incapacité fonctionnelle est établi de 0% à 100% en dehors de toute considération professionnelle selon le barème de droit commun du Concours Médical en vigueur au jour de la constatation de l'état d'Invalidité*.

Il est basé uniquement sur la diminution de la capacité physique ou mentale consécutive à la maladie ou à l'accident.

D - PAIEMENT DE LA PRESTATION

1) Evaluation du taux

Le taux d'Invalidité est reconnu par le Comité Médical :

- Soit pour une période temporaire éventuellement reconductible,
- Soit de façon définitive.

Si le taux d'Invalidité est compris entre 26% et 65% inclus et s'il n'est pas reconnu comme définitif par le Comité Médical, il peut être révisable en augmentation ou en diminution durant toute la période de service des prestations.

2) Versement des prestations

Le versement des prestations est subordonné à la fourniture des pièces prévues à l'article 17 ci-après. Le 1^{er} mois de versement est proratisé.

Lorsque le taux d'Invalidité est inférieur à 26%, aucune prestation n'est due par l'Assureur.

Lorsque le taux d'Invalidité est compris entre 26% et 65% inclus, l'Assureur prend en charge le montant des échéances en fonction de la quotité assurée et proportionnellement au taux d'Invalidité retenu par le Comité Médical :

- s'il s'agit d'un prêt amortissable, la ou les mensualités, trimestrialités ou annuités à échoir,
- s'il s'agit d'un crédit bail ou LOA, le ou les loyers à échoir, TVA comprise,
- s'il s'agit d'un prêt dont le capital est remboursable en un versement unique (prêt relais, prêt in fine), les échéances d'intérêts jusqu'au terme du contrat de prêt, à l'exclusion de tout remboursement de capital en principal.

Le versement est directement effectué auprès du bénéficiaire acceptant*.

Lorsque le taux d'Invalidité est égal ou supérieur à 66%, l'Assureur prend en charge :

- pour un prêt amortissable : le capital restant dû au jour de la consolidation*, versé par anticipation au bénéficiaire acceptant* tel qu'il est précisé aux Conditions Particulières selon la quotité assurée et conformément au dernier tableau d'amortissement en vigueur,
- s'il s'agit d'un prêt dont le capital est remboursable en un versement unique (prêt relais, prêt in fine), les échéances d'intérêts jusqu'au terme du contrat de prêt, à l'exclusion de tout remboursement de capital en principal,
- s'il s'agit d'un crédit-bail ou d'une location avec option d'achat, la somme des loyers restant dus au jour du sinistre augmentée de la valeur résiduelle, selon la quotité assurée, TVA comprise.

Les cotisations restent dues jusqu'au jour de l'exigibilité du capital.

Les intérêts courus entre la date de survenance de l'évènement ouvrant droit à prestation et celle où son règlement deviendra effectif, sont à la charge de l'Assuré*.

Le paiement du capital met fin à l'assurance pour toutes les garanties souscrites au titre du contrat.

3) Terme de la prestation

Le versement des prestations cesse :

- dès que le taux d'Invalidité devient inférieur à 26% si ce taux est révisable,
- au terme normal ou anticipé de chaque prêt,
- au terme de la garantie.