

Sommaire

Glossaire	3
-----------------	---

Note d'information - Novità Emprunteur Capital restant dû

Préambule	5
Article 1 - Objet du contrat	5
Article 2 - Assurance des fumeurs	5
Article 3 - Transfert en garantie de créance	6
Article 4 - Bénéficiaires	7
Article 5 - Étendue territoriale	7
Article 6 - Conditions de souscription	8
Article 7 - Définition des garanties	8
A - Garantie de base	9
Garantie en cas de décès	9
B - Garanties optionnelles	9
1. Garantie en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)	9
2. Garantie en cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) ou en cas d'Invalidité Permanente d'un degré égal ou supérieur à 66 % (IP66%)	9
3. Garantie en cas d'Incapacité Temporaire Partielle (ITP) ou en cas d'Invalidité Permanente d'un degré égal ou supérieur à 33 % mais inférieur à 66 % (IP33%)	9
4. Exonération du paiement des cotisations	9
5. Franchise unique	9
Article 8 - Date d'effet du contrat	9
Article 9 - Modification des garanties	9
Article 10 - Cessation des garanties - Sanctions en cas de fausse déclaration - Sans effet	10
A - Cessation des garanties	10
B - Sanctions en cas de fausse déclaration	10
C - Sans effet	10
Article 11 - Exclusions et limitations	10
A - Risques exclus	10
B - Limitations particulières	10
Article 12 - Cotisations	10
Article 13 - Paiement des prestations - Formalités	11
Article 14 - Faculté de renonciation	11
Article 15 - Délai de prescription (Articles L 114-1 et L 114-2 du Code des assurances)	12
Article 16 - Médiation - Autorité de contrôle	12
Article 17 - Informatique et Libertés	12
Barème "M" d'Invalidité permanente	12
Barème "A" d'Invalidité permanente	12

(Ces barèmes sont nécessaires pour la détermination du taux d'invalidité fonctionnelle selon la catégorie professionnelle de l'Assuré).



Glossaire

A

ACCIDENT

Toute lésion corporelle médicalement constatée provenant de l'action violente, soudaine et imprévisible d'une cause extérieure.

ASSURÉ

La personne sur laquelle repose le risque et dont l'état de santé conditionne le versement de prestations garanties.

C

CLASSES PROFESSIONNELLES

Les Assurés sont répartis en trois groupes pour tenir compte du niveau de risque correspondant à leur activité professionnelle.

- La catégorie professionnelle 1 (CP1) : professions sans travail manuel et professions libérales.
- La catégorie professionnelle 2 (CP2) : professions avec travail manuel réputé non dangereux.
- La catégorie professionnelle 3 (CP3) : professions avec travail manuel dangereux et/ou un risque spécifique.

CONJOINT

Époux, épouse, personne liée à l'Assuré par un Pacte Civil de Solidarité, ou concubin (si expressément désigné par l'Assuré).

CONSOLIDATION

Date à partir de laquelle l'état de santé d'un Assuré est reconnu compte tenu des connaissances scientifiques et médicales, comme ne pouvant plus être amélioré par traitement.

CONTRACTANT

Personne physique ou morale qui paie les cotisations.

D

DATE D'EFFET

La date d'effet du contrat correspond à la date prévisionnelle de la prise d'effet des garanties, elle est précisée sur les conditions particulières du contrat.

DÉCÈS

Décès de l'Assuré suite à maladie ou accident.

DÉLAI DE FRANCHISE

Période pendant laquelle l'assureur n'intervient pas.

H

HERNIE

Toutes formes de hernie y compris les hernies discales sont indemnisées en maladie quelle qu'en soit l'origine.

M

MALADIE

Toute altération de la santé de l'Assuré constatée par une autorité médicale compétente.

S

SINISTRE

Réalisation de l'événement couvert par le contrat et susceptible d'entraîner la garantie de l'assureur.



Note d'information

Préambule

Le présent contrat est régi selon la branche 20 de l'article R 321.1 du Code des assurances et repose sur la bonne foi des déclarations du Contractant et de l'Assuré.

Il est constitué par :

- la présente note d'information du contrat **Novità Emprunteur** (référéncée EMPR0309) contenant notamment modèle de lettre destiné à faciliter l'exercice de la faculté de renonciation ;
- les conditions particulières qui définissent les personnes (Contractant, Assuré, Bénéficiaire), le tarif (homme, femme, fumeur, non fumeur), la classe professionnelle, les époques (date d'effet, terme du contrat, échéances des cotisations), les montants (capital assuré, quotité, cotisations) ;

- le questionnaire médical et risques spéciaux ;
- et le cas échéant, la demande de souscription.

Le contrat est souscrit par le Contractant et par Generali Vie - 11, boulevard Haussmann 75009 Paris, ci-après dénommée l'assureur.

L'ensemble de ces documents constitue de façon indissociable le contrat auquel les parties s'engagent ; elles ne pourront se prévaloir de l'un d'entre eux séparément de tous les autres.

Le présent contrat est soumis à la Loi Française et toute action judiciaire y afférente devra être portée en premier ressort devant les tribunaux français.

Article 1 - Objet du contrat

Novità Emprunteur a pour objet de garantir :

Le versement de prestations en cas de survenance d'un risque assuré avant le terme du contrat (article 7 - Définition des garanties).

Le présent contrat peut être affecté à la garantie de différents types d'engagements tels que les opérations de prêts à taux fixe, taux variable, échéances modulables, prêts à paliers, différé d'amortissement, prêts in fine.

Les garanties ne peuvent être exercées que si l'Assuré est strictement non fumeur et ce pendant toute la durée du contrat, ceci conditionnant le principe même de l'assurance.

L'Assuré relève de ce contrat non fumeur lors de la souscription, à condition de ne pas fumer ou d'avoir fumé occasionnellement sans que sa consommation tabagique n'ait excédé l'équivalent de 20 cigarettes lors des 12 derniers mois ou d'avoir arrêté de fumer depuis au moins 24 mois sans que cet arrêt soit à la demande expresse du corps médical.

Les personnes ne répondant pas à cette condition, ne pourront à l'occasion d'un sinistre se voir appliquer les garanties.

L'assureur, avec l'accord de l'Assuré, se réserve le droit de vérifier à l'occasion de tout sinistre, que cette condition est effectivement remplie.

Ces dispositions s'appliquent si l'Assuré devient fumeur en cours de contrat.

Article 2 - Assurance des fumeurs

Moyennant un tarif spécifique, l'assurance pourra être étendue aux fumeurs à la condition qu'ils en formulent la demande expresse à l'assureur :

- **Soit à l'occasion de la souscription**

Dans cette hypothèse, si l'assureur accepte le risque, des Conditions Particulières spécifiques seront émises.

- **Soit postérieurement**

Dans cette hypothèse, l'assureur proposera une assurance spécifique moyennant des conditions tarifaires et/ou des garanties particulières.

Dans ce cas, l'assureur accepte de maintenir l'assurance initiale pendant un délai de trois mois à compter de tout événement susceptible d'exclure, en application de l'article précédent, l'Assuré du champ de cette assurance initiale.



Note d'information

Article 3 - Transfert en garantie de créance (si les conditions particulières font mention d'un transfert en garantie de créance)

Le transfert en garantie de créance mentionné aux Conditions Particulières emporte au profit du Créancier désigné comme Bénéficiaire des prestations, l'attribution de ces prestations aux fins de couverture de l'engagement auquel il est affecté.

Le Créancier est réputé avoir accepté le bénéfice du contrat en garantie, ce à quoi le Contractant et l'Assuré, s'il est différent, consent(ent) et ce, dans la limite de l'engagement consenti.

En cas d'exigibilité des prestations, le Créancier devra justifier du montant de sa créance sans que l'assureur ne puisse être tenu de procéder à une quelconque vérification du bien fondé de cette demande.

Les droits du Contractant ne pourront plus être exercés sans le consentement écrit du Créancier.

L'assureur s'engage à aviser le Cessionnaire en garantie de l'exercice par le Contractant de son droit de renonciation à l'Assurance, du non paiement par le Contractant d'une cotisation et de toute résiliation du présent contrat donné en garantie.

L'assureur pourra opposer au Créancier, bénéficiaire du transfert, les exceptions opposables au Contractant et Bénéficiaires du contrat.

À défaut d'utilisation de la présente procédure, la remise en garantie du contrat pourra avec l'accord des parties concernées, s'effectuer sous toute autre forme juridiquement admissible.

Article 4 - Bénéficiaires (pour le surplus après affectation au bénéficiaire du transfert en garantie)

Le(s) Bénéficiaire(s) est (sont) désigné(s) à la souscription ou ultérieurement notamment lorsque cette désignation n'est plus appropriée.

Elle peut figurer dans les conditions particulières, par avenant au contrat ou suivant toute autre forme juridiquement valide notamment par acte sous seing privé ou authentique portée à la connaissance de l'assureur.

Les coordonnées du (ou des) Bénéficiaire(s) nommément désigné(s) peuvent être portées au contrat ; elles seront utilisées par l'assureur au décès de l'Assuré.

À défaut d'une telle désignation :

- Si le Contractant est une personne physique et qu'il est également l'Assuré : le Bénéficiaire en cas de décès est le conjoint (cf.glossaire) de l'Assuré, à défaut les enfants de l'Assuré, vivants ou représentés, par parts égales, à défaut les héritiers de l'Assuré, le bénéficiaire des autres prestations est le Contractant.

- Si le Contractant est une personne physique différente de l'Assuré, ou
- Si le Contractant est une personne morale,

le Bénéficiaire est le Contractant lui-même.

L'attention du Contractant est attirée sur le fait que la stipulation en vertu de laquelle le bénéfice de l'assurance est attribué à un Bénéficiaire déterminé peut devenir irrévocable par l'acceptation de ce Bénéficiaire sauf dans le cas où le droit en dispose autrement.

La liberté du Contractant de modifier la désignation bénéficiaire peut dès lors être limitée par l'acceptation du Bénéficiaire.

Aucune des dispositions du présent contrat n'a pour effet de conférer un droit particulier à un Bénéficiaire acceptant.

Article 5 - Étendue territoriale

Les garanties s'exercent dans le monde entier hormis dans les pays faisant l'objet d'une exclusion contractuelle reprise aux conditions particulières.

Toutefois, en cas d'incapacité survenant hors de France métropolitaine, principautés d'Andorre et Monaco, DOM (Départements d'Outre-Mer), ROM (Régions d'Outre-Mer), COM (Collectivités d'Outre-Mer) et CSG (Collectivités Sui Generis, ex Nouvelle Calédonie), les indemnités ne sont dues que pour les seules périodes d'hospitalisation.

L'arrêt de travail est réputé survenu à la date de rapatriement dans l'un de ces territoires et les indemnités ne seront dues que pour la période postérieure à ce rapatriement et après contrôle médical de l'assureur.

La détermination du taux d'invalidité et de la durée de l'incapacité est toujours effectuée dans l'un de ces territoires.

Les indemnités sont toujours payées en France et en euros.



Note d'information

Article 6 - Conditions de souscription

Sous réserve de l'acceptation du risque par l'assureur au vu des formalités médicales de souscription, l'admission à la présente assurance en qualité d'Assuré, est réservée aux personnes physiques, âgées de plus de 18 ans et de moins de 85 ans à la date de signature de la demande de souscription.

Si une évolution de l'état de santé de l'Assuré survient avant la prise d'effet des garanties et modifie les réponses portées sur le questionnaire de santé signé lors de la demande de souscription il est tenu d'en informer l'assureur sous peine de nullité de souscription.

L'assureur pourra alors demander que soient effectués des examens médicaux complémentaires.

Les garanties en cas d'incapacité ou d'invalidité ne peuvent être souscrites que par des personnes exerçant une activité professionnelle rémunérée.

En cas d'activité professionnelle rémunérée dont l'exercice aura commencé en cours de contrat, la couverture de ces risques pourra être demandée dans le cadre de la souscription d'une nouvelle assurance.

En cas de délivrance de ces garanties malgré l'absence d'exercice d'une telle activité lors de la souscription, le Contractant ne pourra prétendre qu'au remboursement des cotisations perçues à tort et non à l'application des garanties.

Article 7 - Définition des garanties

A- GARANTIE DE BASE

Garantie en cas de Décès

En cas de décès de l'Assuré avant le terme du contrat, l'assureur règle le montant du capital garanti au jour du décès.

Le montant du capital garanti est indiqué aux conditions particulières ou par avenant au contrat.

En cas de décalage dans la date d'effet de l'engagement comme mentionné à l'article 8 le capital est modifié selon les dispositions prévues à cet article.

Le décès met fin au contrat et à toutes autres prestations éventuellement en cours de service.

B - GARANTIES OPTIONNELLES

Ces garanties sont optionnelles, leur souscription est mentionnée aux conditions particulières ou par avenant.

Il est rappelé que les garanties sont accordées comme suit :

Le montant total des prestations d'incapacité totale de travail et d'invalidité permanente d'un degré égal ou supérieur à 66 % est limité à 120 000 euros par an et par Assuré.

Le montant total des prestations d'incapacité partielle de travail et d'invalidité permanente d'un degré égal ou supérieur à 33 % mais inférieur à 66 % est limité à 60 000 euros par an et par Assuré.

Il appartient au Contractant d'informer chacun des établissements bénéficiaires d'un transfert en garantie de l'existence d'autres garanties souscrites susceptibles de réduire la prise en charge de l'assureur.

Si l'Assuré relève simultanément de plusieurs des garanties il ne pourra y avoir aucun cumul des prestations à l'exclusion de la garantie Exonération du paiement des cotisations.

1. Garantie en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie (PTIA)

Un Assuré est considéré atteint de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie, il est dans l'impossibilité présente et future de se livrer à une occupation quelconque lui procurant gain ou profit et dans l'obligation absolue et présumée définitive d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie (faire sa toilette, s'habiller, se nourrir, se déplacer).

En cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie de l'Assuré avant le terme du contrat et au plus tard avant l'âge de 65 ans, l'assureur règle le capital qu'il aurait payé si l'Assuré était décédé à la date de consolidation de la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Le montant de cette prestation est limité à 5 000 000 euros par Assuré.

La Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est réputée consolidée :

- si elle est consécutive à un accident : à la date à partir de laquelle l'état de santé de l'Assuré correspondant à la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie est reconnu compte tenu des connaissances scientifiques et médicales comme ne pouvant plus être amélioré par traitement.
- si elle est consécutive à une maladie : à l'expiration d'un délai de deux ans de durée continue de l'état de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie.

Si la date de consolidation telle que précisée ci avant intervient après le terme du contrat ou après 65 ans, aucune prestation ne sera due.

Le règlement du capital en cas de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie met fin au contrat, à toutes ses garanties et à toutes autres prestations éventuellement en cours de service.

2. Garantie en cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) ou en cas d'Invalidité Permanente d'un degré égal ou supérieur à 66 % (IP66%)

• en cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT)

Un Assuré est considéré en état d'incapacité temporaire totale lorsqu'il est médicalement reconnu dans l'impossibilité absolue complète et continue, par suite de maladie ou d'accident, de se livrer à son activité professionnelle.

Dans le cas où il est assujéti au régime général, s'il perçoit de la Sécurité Sociale française, pour la période correspondante, les indemnités journalières au titre de l'assurance maladie (article L 312-2 du Code de la sécurité sociale) ou de l'incapacité temporaire totale en cas d'accident du travail et maladie professionnelle (article L 433-1 du Code de la sécurité sociale) ou la retraite versée par anticipation pour inaptitude (article L 323-2 du Code de la sécurité sociale), ceci constituant une condition supplémentaire nécessaire d'indemnisation.

Dans cette première hypothèse, la durée de prise en charge est limitée par celle de la Sécurité Sociale et la poursuite des prestations suppose la mise en œuvre d'une autre des garanties.

Dans le cas contraire, aucune condition d'indemnisation par un régime social n'est requise.

L'indemnisation de l'Assuré par son régime social qui constitue une condition de prise en charge ne saurait toutefois ouvrir à elle seule ce droit à prise en charge.



L'application des garanties relève des relations contractuelles et l'assureur n'est pas lié par les décisions des tiers organismes.

En cas d'incapacité temporaire totale de travail de l'Assuré avant le terme du contrat et au plus tard avant les jour et mois anniversaire de la date d'effet du contrat au cours de l'année du 65^{ème} anniversaire de l'Assuré, l'assureur règle à terme échu les échéances pour le montant et la périodicité prévus aux conditions particulières ou par avenant, à raison de 1/365^{ème} de leur montant annualisé par jour d'incapacité totale continue.

La prise en charge intervient après un délai de franchise fixé aux conditions particulières de 30 jours, 60 jours, 90 jours ou 180 jours d'incapacité totale et ininterrompue.

La preuve de l'incapacité incombe à l'Assuré. Elle doit être établie médicalement en fonction des définitions contractuelles.

L'assureur se réserve le droit de contester le bien fondé de la demande de prestation et de contrôler par tous moyens que l'état de l'Assuré répond à la définition contractuelle de la garantie. Il peut notamment exiger à tout moment une expertise médicale, dont l'opportunité ou l'utilité relève de sa seule appréciation.

Cette prestation prend fin :

- lors de la cessation de l'état d'incapacité temporaire totale et notamment lors de la reprise même partielle du travail,
- en cas d'Incapacité Temporaire Partielle (ITP),
- en cas de cessation de prise en charge par le régime social de l'Assuré telle que mentionné ci-avant.
- en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie
- au terme du contrat ou au plus tard aux jour et mois anniversaire de la date d'effet du contrat au cours de l'année du 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Si dans les 60 jours de cessation d'incapacité temporaire totale, l'Assuré se trouve à nouveau en état d'incapacité temporaire totale, pour les mêmes raisons médicales que celles de sa précédente incapacité, la franchise fixée aux conditions particulières ne s'applique pas et la prise en charge des échéances est faite dans les mêmes limites que celles prévues au paragraphe précédent.

- en cas d'Invalidité Permanente d'un degré égal ou supérieur à 66 % (IP66%)

Un Assuré est considéré en état d'invalidité permanente à 66 % lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie, il est atteint d'une invalidité fonctionnelle présumée définitive d'un degré égal ou supérieur à 66 %.

L'invalidité fonctionnelle physique ou mentale est évaluée de 0 à 100 %, en dehors de toute considération de ressources,

- en se référant aux barèmes "M" ou "A" annexés à la présente Note d'information selon la catégorie professionnelle de l'Assuré pour les situations médicales mentionnées à ces barèmes,
 - Barème "M" : professions médicales, paramédicales et vétérinaires,
 - Barème "A" : autres catégories professionnelles,
- pour les situations médicales non visées par ces barèmes, en se référant au "Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun" publié par le Concours Médical (édition la plus récente au jour de l'expertise).

En cas d'invalidité permanente de l'Assuré d'un degré égal ou supérieur à 66 % avant le terme du contrat et au plus tard avant les jour et mois anniversaire de la date d'effet du contrat au cours de l'année du 65^{ème} anniversaire de l'Assuré, l'assureur règle à terme échu les échéances pour leur montant et périodicité prévus aux conditions particulières ou par avenant à raison de 1/365^{ème} de leur montant annualisé par jour d'invalidité permanente d'un degré égal ou supérieur à 66 %.

Le versement des prestations met fin à celle versée au titre de l'incapacité totale de travail.

La prise en charge intervient :

- le jour où la preuve de l'invalidité permanente d'un degré égal ou supérieur à 66 % est apportée à l'assureur, si elle est consécutive à un accident mais après expiration du délai de franchise fixé aux conditions particulières en cas d'incapacité temporaire totale.
- si elle est consécutive à une maladie, à partir du jour où la preuve de l'Invalidité Permanente d'un degré égal ou supérieur à 66 % est apportée à l'assureur après expiration du délai de franchise fixé aux conditions particulières en cas d'incapacité temporaire totale. Lorsque l'Invalidité fait suite à une incapacité ou une invalidité ayant donné lieu à indemnisation, le délai de franchise est appliqué dans les conditions énoncées au paragraphe 5 "Franchise unique" ;

La preuve de l'invalidité incombe à l'Assuré. Elle doit être établie médicalement en fonction des définitions contractuelles.

L'assureur se réserve le droit de contester le bien fondé de la demande de prestation et de contrôler par tous moyens que l'état de l'Assuré répond à la définition contractuelle de la garantie. Il peut notamment exiger à tout moment une expertise médicale, dont l'opportunité ou l'utilité relève de sa seule appréciation.

Cette prestation prend fin lors de la cessation de l'état d'Invalidité Permanente d'un degré égal ou supérieur à 66 % et notamment :

- en cas d'Invalidité Permanente d'un degré égal ou supérieur à 33 % mais inférieur à 66 % (IP33%) ;
- en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- au terme du contrat ou au plus tard aux jour et mois anniversaire de la date d'effet du contrat au cours de l'année du 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.

- 3. Garantie en cas d'Incapacité Temporaire Partielle (ITP) ou en cas d'Invalidité Permanente d'un degré égal ou supérieur à 33 % mais inférieur à 66 % (IP33%)

Cette garantie ne peut être adjointe que si la garantie ITT - IP66% est souscrite.

- en cas d'Incapacité Temporaire Partielle (ITP)

Un Assuré est considéré en état d'incapacité temporaire partielle lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie, et sur avis médical, sa capacité à exercer son activité professionnelle est réduite d'au moins un tiers.



Dans le cas où il est assujéti au régime général, s'il perçoit de la Sécurité Sociale française, pour la période correspondante, les indemnités journalières au titre de l'assurance maladie (article L 312-2 du Code de la sécurité sociale) ou de l'incapacité temporaire totale en cas d'accident du travail et maladie professionnelle (article L 433-1 du Code de la sécurité sociale) ou celles versées en cas d'activité à temps partiel ou de mi-temps thérapeutique (article L 323-3 du Code de la sécurité sociale) ou la retraite versée par anticipation pour inaptitude (article L 323-2 du Code de la sécurité sociale), ceci constituant une condition supplémentaire nécessaire d'indemnisation.

Dans cette première hypothèse, la durée de prise en charge est limitée par celle de la Sécurité Sociale et la poursuite des prestations suppose la mise en œuvre d'une autre des garanties.

Dans le cas contraire, aucune condition d'indemnisation par un régime social n'est requise.

L'indemnisation de l'Assuré par son régime social qui constitue une condition de prise en charge ne saurait toutefois ouvrir à elle seule ce droit à prise en charge.

L'application des garanties relève des relations contractuelles et l'assureur n'est pas lié par les décisions des tiers organismes.

En cas d'incapacité temporaire partielle de travail de l'Assuré avant le terme du contrat et au plus tard avant les jour et mois anniversaire de la date d'effet du contrat au cours de l'année du 65^{ème} anniversaire de l'Assuré, l'assureur règle à terme échu les échéances pour 50 % de leur montant et suivant leur périodicité prévus aux conditions particulières ou par avenant à raison de 1/365^{ème} **de la moitié de leur montant annualisé** par jour d'incapacité partielle continue.

La prise en charge intervient après expiration du délai de franchise fixé aux conditions particulières en cas d'incapacité temporaire totale.

Lorsque l'Incapacité temporaire partielle fait suite à une incapacité ou une invalidité ayant donné lieu à indemnisation, le délai de franchise est appliqué dans les conditions énoncées au paragraphe 5 "Franchise unique".

La preuve de l'incapacité incombe à l'Assuré. Elle doit être établie médicalement en fonction des définitions contractuelles.

L'assureur se réserve le droit de contester le bien fondé de la demande de prestation et de contrôler par tous moyens que l'état de l'Assuré répond à la définition contractuelle de la garantie. Il peut notamment exiger à tout moment une expertise médicale, dont l'opportunité ou l'utilité relève de sa seule appréciation.

Cette prestation prend fin lors de la cessation de l'état d'incapacité temporaire partielle et notamment

- lors de la reprise totale du travail ;
- en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- au terme du contrat ou au plus tard aux jour et mois anniversaire de la date d'effet du contrat au cours de l'année du 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.

Si dans les 60 jours de cessation d'incapacité temporaire partielle, l'Assuré se trouve à nouveau en état d'incapacité temporaire totale ou partielle, pour les mêmes raisons médicales que celles de sa précédente incapacité, la franchise fixée aux conditions particulières ne s'applique pas et la prise en charge des échéances est faite dans les mêmes limites que celles prévues aux paragraphes "en cas d'Incapacité temporaire totale" ou "en cas d'Incapacité temporaire partielle".

- **en cas d'Invalidité Permanente d'un degré égal ou supérieur à 33 % mais inférieur à 66 % (IP33%)**

Un Assuré est considéré en état d'invalidité permanente à 33 % lorsqu'à la suite d'un accident ou d'une maladie, il est atteint d'une invalidité fonctionnelle présumée définitive d'au moins 33 % mais inférieure à 66 %.

L'invalidité fonctionnelle physique ou mentale est évaluée de 0 à 100 %, en dehors de toute considération de ressources :

- en se référant aux barèmes "M" ou "A" annexés à la présente Note d'information selon la catégorie professionnelle de l'Assuré pour les situations médicales mentionnées à ces barèmes,
 - Barème "M" : professions médicales, paramédicales et vétérinaires,
 - Barème "A" : autres catégories professionnelles,
- pour les situations médicales non visées par ces barèmes, en se référant au "Barème indicatif d'évaluation des taux d'incapacité en droit commun" publié par le Concours Médical (édition la plus récente au jour de l'expertise).

En cas d'invalidité permanente de l'Assuré d'au moins 33 % mais inférieure à 66 % avant le terme du contrat et au plus tard avant les jour et mois anniversaire de la date d'effet du contrat au cours de l'année du 65^{ème} anniversaire de l'Assuré, l'assureur règle à terme échu les échéances pour 50 % de leur montant et suivant leur périodicité prévus aux conditions particulières ou par avenant à raison de 1/365^{ème} **de la moitié de leur montant annualisé** par jour d'invalidité permanente partielle.

La prise en charge des échéances prévues aux conditions particulières par l'assureur intervient :

- le jour où la preuve de l'invalidité permanente d'un degré égal ou supérieur à 33 % mais inférieur à 66 % est apportée à l'assureur, si elle est consécutive à un accident mais après expiration du délai de franchise fixé aux conditions particulières en cas d'incapacité temporaire totale. Lorsque l'Invalidité fait suite à une incapacité ou une invalidité ayant donné lieu à indemnisation, le délai de franchise est appliqué dans les conditions énoncées au paragraphe 5 "Franchise unique" ;
- si elle est consécutive à une maladie, à partir du jour où la preuve de l'Invalidité Permanente d'un degré égal ou supérieur à 33 % mais inférieur à 66 % est apportée à l'assureur après expiration du délai de franchise fixé aux conditions particulières en cas d'incapacité temporaire totale. Lorsque l'Invalidité fait suite à une incapacité ou une invalidité ayant donné lieu à indemnisation, le délai de franchise est appliqué dans les conditions énoncées au paragraphe 5 "Franchise unique".

La preuve de l'invalidité incombe à l'Assuré. Elle doit être établie médicalement en fonction des définitions contractuelles.

L'assureur se réserve le droit de contester le bien fondé de la demande de prestation et de contrôler par tous moyens que l'état de l'Assuré répond à la définition contractuelle de la garantie. Il peut notamment exiger à tout moment une expertise médicale, dont l'opportunité ou l'utilité relève de sa seule appréciation.

Cette prestation prend fin lors de la cessation de l'état d'Invalidité Permanente d'un degré égal ou supérieur à 33 % mais inférieur à 66 % (IP33%) et notamment :

- en cas de décès ou de Perte Totale et Irréversible d'Autonomie ;
- au terme du contrat ou au plus tard aux jour et mois anniversaire de la date d'effet du contrat au cours de l'année du 65^{ème} anniversaire de l'Assuré.



Note d'information

Article 7 - Définition des garanties (suite)

4. Exonération du paiement des cotisations

a) Exonération du paiement des cotisations en cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) ou en cas d'Invalidité Permanente d'un degré égal ou supérieur à 66 % (IP66%)

En cas d'incapacité temporaire totale de travail, l'assureur rembourse au Contractant le montant des cotisations d'assurance réglées pendant la période correspondant à celle d'une prise en charge au titre de cette garantie, après expiration du délai de franchise rappelé à l'article 7 - B Garanties optionnelles - point 2 - Garantie en cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) ou en cas d'Invalidité Permanente d'un degré égal ou supérieur à 66 % (IP66%).

En cas d'invalidité permanente de l'Assuré d'un degré égal ou supérieur à 66 %, l'assureur se substitue au Contractant pour le paiement des cotisations d'assurance pendant la période correspondant à celle d'une prise en charge au titre de cette garantie après expiration du délai de franchise rappelé à l'article 7 - B Garanties optionnelles - point 2 - Garantie en cas d'Incapacité Temporaire Totale (ITT) ou en cas d'Invalidité Permanente d'un degré égal ou supérieur à 66 % (IP66%).

b) Exonération du paiement des cotisations en cas d'Incapacité Temporaire Partielle (ITP) ou en cas d'Invalidité Permanente d'un degré égal ou supérieur à 33 % mais inférieur à 66 % (IP33%)

Si les garanties Incapacité Temporaire Partielle et Invalidité Permanente d'un degré égal ou supérieur à 33 % mais inférieur à 66 % sont souscrites :

- En cas d'Incapacité Temporaire Partielle, l'assureur rembourse au Contractant le montant des cotisations d'assurance réglées pendant la période correspondant à celle d'une prise en charge au titre de cette garantie, après expiration du délai de franchise rappelé à l'article 7 - B Garanties optionnelles - point 3 - Garantie en cas d'Incapacité Temporaire Partielle (ITP) ou en cas d'Invalidité Permanente d'un degré égal ou supérieur à 33% mais inférieur à 66 % (IP33%).
- En cas d'Invalidité Permanente d'un degré égal ou supérieur à 33 % mais inférieur à 66 %, l'assureur se substitue au Contractant pour le paiement des cotisations d'assurance pendant la période correspondant à celle d'une prise en charge au titre de cette garantie, après expiration du délai de franchise rappelé à l'article 7 - B Garanties optionnelles - point 3 - Garantie en cas d'Incapacité Temporaire Partielle (ITP) ou en cas d'Invalidité Permanente d'un degré égal ou supérieur à 33% mais inférieur à 66 % (IP33%).

5. Franchise unique

L'application d'une ou plusieurs des garanties Incapacité ou Invalidité de façon consécutive et pour les mêmes raisons médicales, donne lieu à l'application d'une seule franchise.

Article 8 - Date d'effet du contrat

La date d'effet du contrat correspond à la date prévisionnelle de la prise d'effet des garanties.

Elle est indiquée aux conditions particulières.

Elle est non modifiable une fois le contrat émis.

La date de prise d'effet de l'engagement objet de la garantie peut intervenir dans les trois mois de la prise d'effet initialement stipulée aux conditions particulières.

Sous cette condition et sans autre modification de l'engagement, les garanties subissent un report dans le temps de même durée.

Jusqu'à cette date de prise d'effet de l'engagement ou en l'absence d'engagement, ce sont les garanties stipulées aux conditions particulières dans leurs dates et montants qui prévalent.

Les conditions d'acceptation du risque, notamment en cas de formalités médicales, restent valables pour un même niveau d'engagement de l'assureur pendant quatre mois.

Le contrat pouvant prendre effet indépendamment de la prise d'effet de tout engagement qu'il aurait vocation à garantir, dans l'hypothèse où cet engagement n'a pas pris effet, les garanties sont réputées souscrites au profit des bénéficiaires stipulés à l'article 4 et les cotisations payées par le Contractant, qui ont pour objet et contrepartie ces garanties, restent dues à l'assureur.

Article 9 - Modification des garanties

Toute modification des paramètres du prêt nécessitant une modification de sa couverture doit être transmise à l'assureur et fera l'objet d'un avenant ou de nouvelles conditions particulières. Toute modification des garanties réalisée à ce titre sera faite à l'échéance de cotisation.

Aucune modification du prêt ne sera prise en compte pendant un arrêt de travail ou une invalidité.



Note d'information

Article 10 - Cessation des garanties - Sanctions en cas de fausse déclaration - Sans effet

> A - Cessation des garanties

Le contrat cesse au terme fixé aux conditions particulières ou par avenant.

Il cesse, quelle que soit la durée du prêt à garantir :

- au plus tard aux jour et mois anniversaire de la date d'effet du contrat au cours de l'année du 85^{ème} anniversaire de l'Assuré pour la garantie décès,
- et aux jour et mois anniversaire de la date d'effet du contrat au cours de l'année du 65^{ème} anniversaire de l'Assuré pour les garanties Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, Incapacité Temporaire Totale, Invalidité Permanente à 66 %, Incapacité Temporaire Partielle, Invalidité Permanente à 33 %, Exonération du paiement des cotisations,
- ou en cas de non paiement des cotisations dans les conditions indiquées à l'article 12.

> B - Sanctions en cas de fausse déclaration

Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration intentionnelle ou non de la part de l'Assuré portant sur les éléments constitutifs du risque lors de la souscription peut être sanctionnée, même si elle a été sans influence sur le sinistre, par la nullité du contrat ou la réduction des prestations (articles L 113-8 et L 113- 9 du Code des assurances).

De même toute omission, réticence, fausse déclaration intentionnelle ou non dans la déclaration du sinistre expose l'Assuré à une déchéance de garanties et à la résiliation du contrat.

> C - Sans effet

Le Contractant et l'Assuré doivent signer les conditions particulières comprenant le questionnaire de santé aux fins de parfaire l'engagement contractuel.

À défaut de transmission à l'assureur dans un délai de 15 jours à compter de la date d'émission des conditions particulières, celui-ci sera en droit de mettre en demeure le Contractant d'adresser celles-ci dûment remplies et signées, dans un délai de 30 jours. Passé ce délai l'assureur pourra considérer le contrat comme sans effet et en informera, le cas échéant, le Bénéficiaire du transfert en garantie.

Article 11 - Exclusions et limitations

> A - Risques exclus

• Pour toutes les garanties :

- Le suicide, pendant la première année suivant la prise d'effet des garanties ;
- Le risque de guerre sauf législation spéciale à intervenir. On entend par guerre, les hostilités entre États, suite ou non à déclaration.
Lorsque l'Assuré se trouve à l'étranger au moment de troubles (guerre civile, terrorisme, tumultes,..), n'est garanti que le sinistre survenant dans les quatorze jours suivant le début des hostilités (ou la date à laquelle les autorités françaises demanderaient à ses ressortissants de quitter le pays) ;
- Les conséquences de tout phénomène de radioactivité.

• Pour toutes les garanties autres que le décès :

- La pratique d'un sport à titre professionnel ;
- La pratique régulière ou non régulière et non encadrée des sports à risques suivants : alpinisme sans guide breveté, ski hors piste sans moniteur diplômé, ski acrobatique, bobsleigh, toutes formes de boxes, catch, spéléologie, rafting, canyoning, plongée avec équipement autonome ;
- La pratique de sports aquatiques ou terrestres avec participation à des matches, épreuves ou compétitions sportives nécessitant l'usage d'engins à moteur, que ce soit en qualité de pilote ou de passager, ainsi qu'aux entraînements et/ou essais qui les précèdent ;

- Les accidents impliquant un engin à moteur, dont l'Assuré était le conducteur alors qu'il n'avait pas le permis ni l'âge requis, ainsi que leurs conséquences ;
- Les activités aériennes suivantes : acrobaties, vols d'essais, vols sur engins ou matériels non munis d'un certificat de navigabilité, parapente, ultra léger motorisé (ULM), deltaplane, parachutisme, aile volante ;
- Les exhibitions, tentatives de record, paris ;
- Les affections psychiques (y compris les dépressions nerveuses) sauf pendant la période d'hospitalisation en établissement spécialisé ;
- Les conséquences d'une conduite en état d'ivresse si l'Assuré est reconnu responsable et est porteur d'un taux d'alcoolémie sanctionnable au titre du Code de la route, ou conduisait sous l'emprise de drogues, stupéfiants ou produits toxiques et médicaments non prescrits médicalement ou consommés au-delà des doses prescrites ;
- L'usage de drogues, stupéfiants ou produits toxiques non prescrits médicalement ou consommés au-delà des doses prescrites ;
- Les conséquences d'un acte intentionnel de l'Assuré (notamment : tentative de suicide, mutilation volontaire) et de toute chirurgie esthétique non réparatrice et traitement de rajeunissement ;
- Les arrêts de travail nécessaires au suivi de cures de toute nature, notamment thermales, marines, de rajeunissement, d'amaigrissement, de désintoxication, même effectuées en établissements hospitaliers, ainsi que les séjours en maison de repos.



Note d'information

Article 11 - Exclusions et limitations (suite)

> B - Limitations particulières

- **Précisions concernant l'application des garanties aux états antérieurs**

Les garanties s'exercent sur les conséquences des affections ou infirmités :

- **Existantes au moment de la souscription du contrat, sous réserve qu'elles aient été déclarées à la souscription et qu'elles n'aient fait l'objet d'aucune exclusion mentionnée aux conditions particulières.**

• **Activités sportives**

La pratique de certains sports à risques spécifiques non visés précédemment au chapitre A "Risques exclus" peut faire l'objet d'une surprime ou d'un aménagement des garanties précisé aux conditions particulières.

Article 12 - Cotisations

Les cotisations indiquées aux conditions particulières sont payables à leurs échéances. Elles cessent d'être dues dès la première échéance suivant le décès de l'Assuré.

Les cotisations sont payables par le Contractant au Siège Social de l'assureur ou à l'Agence désignée. Si dix jours après une échéance la cotisation n'est pas payée, l'assureur adressera au Contractant une

lettre recommandée l'invitant à s'acquitter de son montant. En cas de non-paiement, quarante jours après l'envoi de la lettre recommandée, le contrat est résilié de plein droit.

L'encaissement de cotisations au-delà de la durée des garanties prévue ne saurait valoir prolongation de quelque garantie au-delà de leur terme.

Article 13 - Paiement des prestations - Formalités

Lorsque l'Assuré relève d'une situation lui ouvrant droit à garantie, lui-même, le Contractant ou tout bénéficiaire doit, dès qu'il en a eu connaissance et au plus tard dans les trente jours, sauf cas fortuit ou de force majeure, en informer l'assureur.

Passé ce délai, tout sinistre est réputé survenu le jour de la déclaration à l'assureur.

À défaut de déclaration dans le délai imparti, la franchise fixée aux conditions particulières commencera à courir à compter du jour de la réception des pièces au Siège Social de l'assureur.

L'Assuré ou les Bénéficiaires fournissent, à leurs frais, les pièces nécessaires pour le règlement des prestations.

L'assureur peut, à ses frais, faire procéder à tout moment, à des enquêtes ou demander à l'Assuré de se faire examiner par un médecin agréé par lui. Tout refus opposé à ces contrôles entraîne la déchéance des garanties du contrat en cause.

Toute contestation d'ordre médical s'élevant à l'occasion d'un sinistre est soumise à une expertise amiable avant toute action judiciaire. L'expert amiable est choisi conjointement par les parties ou les médecins conseils.

Faute par les deux parties de s'entendre sur le choix de l'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 des deux parties ou d'une seulement, l'autre partie ayant été convoquée par lettre recommandée. Chaque partie paie les frais et honoraires de son expert et, s'il y a lieu, les honoraires du tiers expert et les frais de sa nomination sont supportés par moitié par chacune des parties.

En cas de décès, l'assureur se réserve le droit de contrôler par tous moyens que rien ne s'oppose légalement ou contractuellement au règlement du sinistre.

Sous peine de déchéance, toute personne se prévalant de la mise en jeu de la garantie décès doit remettre l'ensemble des pièces contractuellement exigées. De convention expresse, l'Assuré reconnaît à l'assureur, le droit de subordonner, à l'égard de toute personne s'en prévalant, la mise en jeu de cette garantie au respect de cette condition.

De convention expresse, et sous peine de déchéance, l'Assuré reconnaît à l'assureur le droit de contrôler par tous moyens que rien ne s'oppose au règlement du sinistre. L'Assuré fait obligation à ses ayants droit ainsi qu'à tout sachant de ne pas s'y opposer.

En cas de refus de l'une des personnes ci-dessus mentionnées, l'assureur aura le droit de s'opposer à la mise en jeu de la garantie.

En cas d'incapacité de travail, les cotisations restent payables d'avance. L'exonération du paiement des cotisations est accordée par remboursement à terme échu.

Le paiement des prestations garanties, déduction faite des cotisations dues et restées impayées, est effectué par l'assureur dans les vingt jours suivant la remise des pièces justificatives énoncées ci-après :

- **Décès**
 - l'original du contrat ;
 - le document "déclaration de sinistre" complété et signé par le(s) Bénéficiaire(s) autre(s) que le créancier bénéficiaire du transfert de créance ;
 - l'acte de décès de l'Assuré ;
 - un certificat médical indiquant la cause du décès ou la nature de l'affection ayant entraîné le décès, ou le document "déclaration de sinistre" dûment complété et signé par le Médecin traitant ;
 - les coordonnées de l'organisme prêteur et/ou la photocopie de la carte nationale d'identité des bénéficiaires, ou tout document en cours de validité attestant de son identité ;
 - le tableau d'amortissement du Créancier à la date effective du déblocage des fonds ou à la date du dernier avenant au contrat.



Note d'information

Article 13 - Paiement des prestations (suite)

• Perte Totale et Irréversible d'Autonomie

- l'original du contrat ;
- certificat médical circonstancié, indiquant la nature de la maladie ou de l'accident ayant entraîné la Perte Totale et Irréversible d'Autonomie, et précisant la date des premiers symptômes de la maladie ou de la survenance de l'accident ;
- le tableau d'amortissement du Créancier à la date effective du déblocage des fonds ou à la date du dernier avenant au contrat ;
- en cas d'accident, tous documents établissant les circonstances de celui-ci (coupures de presse et le cas échéant Procès Verbal de gendarmerie).

• Incapacité Temporaire Totale - Incapacité Temporaire Partielle

La demande doit être accompagnée :

- du document "déclaration de sinistre" dûment complété et signé par le Médecin traitant, qui mentionnera la nature exacte des lésions ou de l'affection, les antécédents éventuels et l'évolution probable de la pathologie ;
- du document "déclaration de sinistre" complété et signé par l'Assuré ;
- des avis de prolongation d'arrêt de travail ;

- des décomptes de la Sécurité Sociale correspondant à l'arrêt de travail, lorsque l'Assuré est assujéti au régime général de la Sécurité Sociale correspondant aux indemnités visées aux définitions contractuelles ;
- le tableau d'amortissement du Créancier à la date effective du déblocage des fonds ou à la date du dernier avenant au contrat.

• Invalidité Permanente à 66 % - Invalidité Permanente à 33 %

- le document "déclaration de sinistre" dûment complété et signé par le Médecin traitant, établissant la nature et le degré de l'invalidité fonctionnelle ;

- le document "déclaration de sinistre" complété et signé par l'Assuré ;
- les rapports d'expertises médicales et judiciaires, ou autres documents pouvant être demandés par l'assureur ;
- en cas d'accident, tous documents établissant les circonstances de celui-ci (coupures de presse et le cas échéant Procès Verbal de gendarmerie) ;
- le tableau d'amortissement du Créancier à la date effective du déblocage des fonds ou à la date du dernier avenant au contrat.

L'assureur se réserve le droit de demander toutes pièces nécessaires supplémentaires dont les évolutions du droit créeraient la nécessité.

Sous peine de déchéance, l'Assuré doit se soumettre à tous examens que l'assureur jugera utiles pour contrôler son état ou vérifier tous faits susceptibles d'affecter le règlement du sinistre par application des dispositions tant légales que contractuelles.

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

Et dans tous les cas

En outre, pour apprécier le bien fondé de la mise en jeu des garanties Incapacité et Invalidité, l'assureur se réserve le droit de soumettre l'Assuré à un examen médical auprès d'un médecin expert qu'il désignera à cet effet.

En cas de refus, le versement des prestations peut être suspendu.

Article 14 - Faculté de renonciation (Article L 132-5-1 du Code des assurances)

Vous pouvez renoncer au présent contrat pendant trente jours calendaires révolus à compter du moment où vous serez informé que le contrat est conclu :

(Le contrat est réputé conclu à la date de signature de la demande de souscription ou au plus tard à la date d'émission des "Conditions Particulières").

Cette renonciation doit être faite par lettre recommandée avec avis de réception, envoyée à l'adresse suivante : Generali Vie, 9, boulevard Haussmann - 75440 Paris Cedex 09.

Elle peut être faite suivant le modèle de lettre inclus ci-dessous.

Conformément à l'article L 132-5-1 du Code des assurances, le Contractant a la faculté de renoncer par lettre recommandée avec demande d'avis de réception pendant le délai de trente jours calendaires révolus à compter du moment où il est informé que le contrat est conclu. Ce délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures. S'il expire un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, il n'est pas prorogé.

La renonciation entraîne la restitution par l'assureur de l'intégralité des sommes que le Contractant a versées, dans le délai maximal de trente jours calendaires révolus à compter de la réception de la lettre recommandée. Au-delà de ce délai, les sommes non restituées produisent de plein droit intérêt au taux légal majoré de moitié durant deux mois, puis, à l'expiration de ce délai de deux mois, au double du taux légal.

Le défaut de remise des documents et informations prévus à l'article L 132-5-2 du Code des assurances entraîne de plein droit la prorogation du délai de renonciation prévu à l'article L 132-5-1 du Code des assurances suivant le trentième jour calendaire révolu suivant la date de remise effective de ces documents, dans la limite de huit ans à compter de la date où le Contractant est informé que le contrat est conclu.



Note d'information

Article 14 - Faculté de renonciation (Article L 132-5-1 du Code des assurances) (suite)

Modèle de lettre type

Nom et prénoms : _____

Adresse : _____

N° du contrat : _____

Montant du versement : _____

Date du versement : _____

Mode de paiement : _____

Messieurs,

Par la présente lettre recommandée avec avis de réception, je renonce expressément à la souscription du contrat d'assurance sur la vie ayant fait l'objet du versement en référence et demande le remboursement de ce versement dans les conditions définies dans la demande de souscription.

Je vous prie d'agréer, Messieurs, mes salutations distinguées.

Fait à _____, le _____

Signature

Article 15 - Délai de prescription (Articles L 114-1 et L 114-2 du Code des assurances)

Toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'événement qui y donne naissance. Cette prescription est portée à dix ans en cas de décès dans les contrats d'assurance vie lorsque le Bénéficiaire est différent du Contractant.

L'interruption de la prescription de l'action peut résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception par l'Assuré à l'Assureur.

Article 16 - Médiation - Autorité de contrôle

Toute information complémentaire concernant le contrat peut être obtenue en s'adressant au conseiller dont les coordonnées sont indiquées aux Conditions Particulières, à défaut au Siège Social de :

Generali Vie
11, boulevard Haussmann
75009 Paris

En cas de désaccord, le Contractant peut adresser une réclamation écrite avec le motif du litige et les références du dossier à :

GENERALI
Service Réclamations
7, boulevard Haussmann
75456 Paris Cedex 09
servicereclamations@generali.fr

Enfin, le Contractant peut adresser toute requête non satisfaite au Médiateur qui formulera son avis, à :

GENERALI FRANCE
Secrétariat du Médiateur
7/9, boulevard Haussmann
75009 Paris

Autorité légale de contrôle de l'assureur :

Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM)
61, rue Taitbout
75436 Paris Cedex 09

Article 17 - Informatique et Libertés

Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la Loi du 6 août 2004, l'Assuré dispose d'un droit d'accès, de rectification, de suppression des données le concernant et d'opposition auprès du siège social du responsable du traitement : Generali Vie situé au 11, boulevard Haussmann - 75009 Paris.



E. Barèmes d'invalidité permanente

Barème "M"

Uniquement pour les garanties Invalidité des professions médicales, paramédicales et vétérinaires.

> Tête

	Taux d'invalidité
• Hémiplégie complète	100 %
• Brèche osseuse du crâne dans toute son épaisseur, surface supérieure à 12 cm ²	50 %
• Aliénation mentale incurable et totale	100 %
• Épilepsie post-traumatique	
- 1 crise par jour	50 %
- 1 à 2 crises par mois	25 %
• Perte totale des yeux ou réduction de la vision des deux yeux à moins de 1/20 ^{ème}	100 %
• Perte totale d'un œil ou réduction de la vision des deux yeux à moins de 1/10 ^{ème}	75 %
• Réduction de l'acuité visuelle d'un œil à :	
- 1/20 ^{ème}	60 %
- 1/10 ^{ème}	50 %
- 2/10 ^{ème}	35 %
- 3/10 ^{ème}	25 %
- 4/10 ^{ème}	18 %
- 5/10 ^{ème}	10 %

En cas de séquelles d'accident aux deux yeux, le taux d'incapacité est calculé d'après ceux indiqués ci-dessus : il est égal au taux d'incapacité de l'œil dont l'acuité visuelle est la plus réduite, majoré de deux fois celui de l'autre œil, il est bien entendu que l'acuité visuelle sera toujours prise avec correction optimale.

	Taux d'invalidité
• Surdité bilatérale non appareillable	100 %
• Surdité totale unilatérale non appareillable	55 %
• Syndromes post-commotionnels, suivant l'importance des troubles subjectifs	2 à 5 %
• Torticolis post-traumatique permanent	4 %

> Incapacité portant sur deux membres

	Taux d'invalidité
• Perte complète de l'usage des deux bras ou des deux mains	100 %
• Perte complète de l'usage des deux jambes	100 %
• Perte complète de l'usage d'un bras (ou d'une main) et d'une jambe	100 %

> Membres supérieurs

	Taux d'invalidité
• Perte complète du bras	100 %
• Perte complète de l'avant-bras (désarticulation du coude)	100 %

• Perte complète des mouvements de l'épaule	100 %
• Perte complète des mouvements du poignet	100 %
• Perte complète de la main (désarticulation radio carpienne)	100 %
• Perte complète du pouce	100 %
• Perte complète de l'index	100 %
• Perte complète du médus	100 %
• Perte complète de l'annulaire	50 %
• Perte complète de l'auriculaire	50 %
• Ankylose complète du coude (en position favorable, c'est-à-dire telle que le bras forme avec l'avant-bras un angle fixe compris entre 70° et 110°)	50 %
• Ankylose complète du coude (en position défavorable, c'est-à-dire telle que le bras forme avec l'avant-bras un angle fixe compris en dehors des limites précitées)	100 %
• Ankylose du pouce, totale	100 %
• Ankylose du pouce, partielle (phalange unguéale)	60 %
• Paralysie totale du membre supérieur	100 %
• Paralysie du nerf circonflexe	100 %
• Paralysie totale du nerf médian au bras	100 %
• Paralysie totale du nerf médian au poignet	50 %
• Paralysie totale du nerf cubital au bras	100 %
• Paralysie totale du nerf cubital au poignet	40 %
• Paralysie totale du nerf radial (paralysie des extenseurs)	100 %

> Membres inférieurs

	Taux d'invalidité
• Perte complète d'un membre inférieur (amputation au tiers supérieur ou au-dessus)	100 %
• Amputation de la jambe	75 %
• Perte totale des mouvements de la hanche	100 %
• Désarticulation du genou	55 %
• Amputation sus-malléolaire d'un pied	45 %
• Désarticulation tibio-tarsienne	40 %
• Amputation partielle d'un pied, comprenant tous les orteils et métatarsiens	35 %
• Raccourcissement d'un membre de 7 cm	40 %
• Raccourcissement d'un membre de 5 cm	30 %
• Raccourcissement d'un membre de 3 cm	20 %
• Perte complète du gros orteil	35 %
• Perte complète de tous les orteils	35 %



E. Barèmes d'invalidité permanente

Barème "M" (suite)

	Taux d'invalidité
• Ankylose complète du genou (en rectitude ou formant avec l'axe du membre un angle maximum de 45°)	25 %
• Ankylose complète du genou (en position défavorable, c'est-à-dire formant avec l'axe du membre un angle supérieur de 45°)	50 %
• Ankylose complète de l'articulation tibio-tarsienne	20 %
• Paralysie du tronc du nerf sciatique	40 %
• Paralysie du nerf sciatique poplité externe	25 %
• Paralysie du nerf sciatique poplité interne.....	20 %

> Rachis thorax

	Taux d'invalidité
• Paraplégie complète	100 %
• Tétraplégie complète	100 %
• Fracture de la colonne vertébrale (sans lésion de la moëlle épinière)	30 %
• Fracture de la colonne vertébrale dorsale ou lombaire avec contracture et gêne importante (sans lésion de la moëlle épinière)	50 %
• Tassement radiologique simple avec gêne moyenne	30 %
• Lumbago post-traumatique	10 %
• Fracture de la clavicule avec séquelles nettes	
- Droite	10 %
- Gauche	5 %
• Fracture multiple des côtes avec séquelles importantes	5 %

> Conditions d'application du Barème M d'invalidité permanente

1. L'assureur détermine le taux d'invalidité correspondant aux infirmités qui ne figurent pas ci-dessus en comparant leur gravité à celle des cas prévus, sans que l'activité professionnelle de la victime puisse intervenir.
2. Le taux définitif après un accident qui atteindrait un membre ou un organe déjà lésé sera égal à la différence entre le taux déterminé à partir du barème ci-dessus et de ses conditions d'application et le taux antérieur à l'accident.
3. Si l'accident entraîne plusieurs infirmités, le taux d'invalidité utilisé pour le calcul de la somme que l'assureur versera sera calculé en appliquant au taux du barème ci-dessus la méthode retenue par la Sécurité Sociale pour la détermination du taux d'invalidité en cas d'accident du travail.
4. L'invalidité fonctionnelle totale ou partielle d'un membre ou organe est assimilée à sa perte totale ou partielle.
5. L'application du barème ci-dessus suppose que la victime ait suivi un traitement médical normal. S'il en était autrement, le taux serait déterminé compte tenu des conséquences qu'aurait eu l'accident sur une personne ayant suivi un traitement médical normal.
6. Le présent barème est réservé aux professions médicales, paramédicales et vétérinaires.



E. Barèmes d'invalidité permanente

Barème "A"

Le barème est à utiliser pour la détermination de l'invalidité fonctionnelle.

> Tête

	Taux d'invalidité
• Hémiplégie complète	100 %
• Brèche osseuse du crâne dans toute son épaisseur, surface supérieure à 12 cm ²	50 %
• Aliénation mentale incurable et totale	100 %
• Épilepsie post-traumatique	
- 1 crise par jour	50 %
- 1 à 2 crises par mois	20 %
• Perte totale des yeux ou réduction de la vision des deux yeux à moins de 1/20 ^{ème}	100 %
• Perte totale d'un œil ou réduction de la vision des deux yeux à moins de 1/10 ^{ème}	60 %
• Réduction de l'acuité visuelle d'un œil avec correction optimale à :	
- 1/20 ^{ème}	50 %
- 1/10 ^{ème}	40 %
- 2/10 ^{ème}	30 %
- 3/10 ^{ème}	20 %
- 4/10 ^{ème}	10 %
- 5/10 ^{ème}	5 %

En cas de séquelles d'accident aux deux yeux, le taux d'incapacité est calculé d'après ceux indiqués ci-dessus : il est égal au taux d'incapacité de l'œil dont l'acuité visuelle est la plus réduite, majoré de deux fois celui de l'autre œil, il est bien entendu que l'acuité visuelle sera toujours prise avec correction optimale.

	Taux d'invalidité
• Surdité bilatérale non appareillable	100 %
• Surdité totale unilatérale non appareillable	55 %
• Syndromes post-commotionnels, suivant l'importance des troubles subjectifs	0 %
• Torticolis post-traumatique permanent	4 %

> Incapacité portant sur deux membres

	Taux d'invalidité
• Perte complète de l'usage des deux bras ou des deux mains	100 %
• Perte complète de l'usage des deux jambes	100 %
• Perte complète de l'usage d'un bras (ou d'une main) et d'une jambe	100 %

> Membres supérieurs

	Taux d'invalidité
• Perte complète du bras	100 %
• Perte complète de l'avant-bras (désarticulation du coude)	100 %
• Perte complète des mouvements de l'épaule	80 %
• Perte complète des mouvements du poignet	80 %

• Perte complète de la main (désarticulation radio carpienne)	100 %
• Perte complète du pouce	100 %
• Perte complète de l'index	60 %
• Perte complète du médus	60 %
• Perte complète de l'annulaire	35 %
• Perte complète de l'auriculaire	35 %
• Perte complète du médus et de l'annulaire ou auriculaire	65 %
• Perte totale des 2 derniers doigts	50 %
• Ankylose complète du coude (en position favorable, c'est-à-dire telle que le bras forme avec l'avant-bras un angle fixe compris entre 70� et 110�)	50 %
• Ankylose complète du coude (en position défavorable, c'est-à-dire telle que le bras forme avec l'avant-bras un angle fixe compris en dehors des limites pr�c�t�es)	100 %
• Ankylose du pouce, totale	100 %
• Ankylose du pouce, partielle (phalange unguéale)	60 %
• Paralysie totale du membre supérieur	100 %
• Paralysie du nerf circonflexe	100 %
• Paralysie totale du nerf médian au bras	100 %
• Paralysie totale du nerf médian au poignet	50 %
• Paralysie totale du nerf cubital au bras	100 %
• Paralysie totale du nerf cubital au poignet	40 %
• Paralysie totale du nerf radial (paralysie des extenseurs)	100 %

> Membres inférieurs

	Taux d'invalidité
• Perte complète d'un membre inférieur (amputation au tiers supérieur ou au-dessus)	80 %
• Amputation de la jambe	55 %
• Perte totale des mouvements de la hanche	60 %
• Désarticulation du genou	55 %
• Amputation sus-malléolaire d'un pied	45 %
• Désarticulation tibio-tarsienne	40 %
• Amputation partielle d'un pied, comprenant tous les orteils et métatarsiens	30 %
• Raccourcissement d'un membre de 7 cm	40 %
• Raccourcissement d'un membre de 5 cm	25 %
• Raccourcissement d'un membre de 3 cm	10 %
• Perte complète du gros orteil	10 %
• Perte complète de tous les orteils	30 %
• Ankylose complète du genou (en rectitude ou formant avec l'axe du membre un angle maximum de 45�)	25 %



E. Barèmes d'invalidité permanente

Barème "A" (suite)

	Taux d'invalidité
• Ankylose complète du genou (en position défavorable, c'est-à-dire formant avec l'axe du membre un angle supérieur de 45°)	50 %
• Ankylose complète de l'articulation tibio-tarsienne	20 %
• Paralysie du tronc du nerf sciatique	40 %
• Paralysie du nerf sciatique poplité externe	25 %
• Paralysie du nerf sciatique poplité interne.....	20 %

> Rachis thorax

	Taux d'invalidité
• Paraplégie complète	100 %
• Tétraplégie complète	100 %
• Fracture de la colonne vertébrale (sans lésion de la moëlle épinière)	30 %
• Fracture de la colonne vertébrale dorsale ou lombaire avec contracture et gêne importante (sans lésion de la moëlle épinière)	40 %
• Tassement radiologique simple avec gêne moyenne	40 %
• Lumbago post-traumatique	5 %
• Fracture de la clavicule avec séquelles nettes	
- Droite	10 %
- Gauche	5 %
• Fracture multiple des côtes avec séquelles importantes	5 %

> Conditions d'application du Barème A d'invalidité permanente

1. L'assureur détermine le taux d'invalidité correspondant aux infirmités qui ne figurent pas ci-dessus en comparant leur gravité à celle des cas prévus, sans que l'activité professionnelle de la victime puisse intervenir.
2. Le taux définitif après un accident qui atteindrait un membre ou un organe déjà lésé sera égal à la différence entre le taux déterminé à partir du barème ci-dessus et de ses conditions d'application et le taux antérieur à l'accident.
3. Si l'accident entraîne plusieurs infirmités, le taux d'invalidité utilisé pour le calcul de la somme que l'assureur versera sera calculé en appliquant au taux du barème ci-dessus la méthode retenue par la Sécurité Sociale pour la détermination du taux d'invalidité en cas d'accident du travail.
4. L'invalidité fonctionnelle totale ou partielle d'un membre ou organe est assimilée à sa perte totale ou partielle.
5. L'application du barème ci-dessus suppose que la victime ait suivi un traitement médical normal. S'il en était autrement, le taux serait déterminé compte tenu des conséquences qu'aurait eu l'accident sur une personne ayant suivi un traitement médical normal.

