

Autonome de Seine et Marne

**Contrat Collectif
« Individuelle Accidents »**

N° CE 195 4236

SOMMAIRE

I. DISPOSITIONS GENERALES	Page 3
ARTICLE 1 – OBJET	page 3
ARTICLE 2 – DEFINITIONS.....	page 3
ARTICLE 3 – EFFET, DUREE et RENOUVELLEMENT	page 4
ARTICLE 4 – ETENDUE TERRITORIALE	page 4
ARTICLE 5 – OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR	page 4
ARTICLE 6 – RESILIATION DU CONTRAT	page 4
ARTICLE 7 – CLAUSE D'ARBITRAGE	page 5
ARTICLE 8 – PRESCRIPTION	page 5
ARTICLE 9 – SUBROGATION.....	page 5
ARTICLE 10 – ADMISSION	page 5
ARTICLE 11 – EXPERTISE ET LITIGES.....	page 5
ARTICLE 12 – CESSATION DES GARANTIES	page 6
ARTICLE 13 – EXCLUSIONS	page 6
ARTICLE 14 – GESTION DES COTISATIONS	page 7
II. DISPOSITIONS PARTICULIERES	Page 8
ARTICLE 15 – GARANTIES.....	page 8
ARTICLE 16 – MONTANT DES COTISATIONS.....	page 9
III. PAIEMENT DES PRESTATIONS ASSUREES	Page 10
ARTICLE 17 – DECLARATION – PIECES JUSTIFICATIVES.....	page 10

I. DISPOSITIONS GENERALES

ARTICLE 1 - OBJET

Cette assurance a pour objet de garantir le paiement de capitaux et frais, en cas d'accident professionnel ou maladie professionnelle dont les personnes désignées sous la dénomination « adhérents » seraient victimes pendant l'exercice ou à l'occasion de leurs fonctions (fonctions définies par les statuts et parcours de tout trajet définis par les textes en vigueur).

ARTICLE 2 - DEFINITIONS

2.1 - Assureur

ACM IARD S.A.
34, rue du Wacken
67906 STRASBOURG CEDEX 9

2.2 - Souscripteur

Autonome de Seine et Marne
11 bis, rue d'Episy
77940 FLAGY

2.3 – Adhérents

Bénéficiaire de la garantie « Individuelle Accidents » :

- Toute personne physique, membre de l'Autonome de Seine et Marne, à jour de ses cotisations pendant toute la durée de son adhésion.

2.4 – Ayants droit

En cas de décès de l'Adhérent, le capital est versé, sauf désignation particulière :

- au conjoint non séparé de droit, non divorcé ;
- à défaut, aux enfants par part égales entre eux ;
- à défaut, aux parents par part égales entre eux ;
- à défaut, aux héritiers.

Le conjoint est défini comme suit :

- marié à l'Adhérent ;
- ou, en situation de concubinage, telle que définie ci-dessous, avec l'Adhérent ;
- ou, signataire d'un pacte civil de solidarité (loi n°99-944 du 15 novembre 1999) avec l'Adhérent.

Le concubin est défini comme suit :

- s'il vit sous le même toit que l'Adhérent ;
- s'il est libre de tout lien conjugal et de lien de PACS ;
- si l'Adhérent est libre de tout lien conjugal et de lien de PACS ;
- si, au moment du décès de l'Adhérent, le concubinage notoire dure depuis deux ans au moins et qu'il peut être justifié. La durée de deux ans n'est pas exigée si un enfant est né du couple de concubins.

2.5 – Accident

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle et non prévisible de la part de l'assuré, suite à des événements soudains et imprévus, individuels ou collectifs, dus à des causes extérieures.

2.6 – Maladie professionnelle

On entend par maladie professionnelle toute maladie contractée dans l'exercice des fonctions et reconnue telle par l'autorité compétente en référence aux articles L 461.1 et 2 du Code de la Sécurité sociale.

2.7 – Année scolaire

On entend par année scolaire la période allant du 1^{er} septembre au 31 août.

2.8 – Activité assurée

On entend par activité assurée, toute activité de l'Adhérent pendant l'exercice ou à l'occasion de ses fonctions telles que définies par les statuts et parcours de tout trajet tel que défini par les textes en vigueur de la fonction publique et du Code de la Sécurité sociale.

ARTICLE 3 – EFFET, DUREE et RENOUELEMENT

Le contrat est régi par le Code des Assurances. Il prend effet le **1^{er} septembre 2008**, sous réserve de signature par le Souscripteur et de paiement de la cotisation.

Le contrat est souscrit pour une première période d'assurance de douze mois correspondant à une année scolaire ; il est renouvelé par tacite reconduction, d'année en année, à la date anniversaire.

Le contrat est incontestable dès sa date d'effet, sauf l'effet prévu aux articles L 113-8 et L 132-26 du Code des Assurances.

ARTICLE 4 – ETENDUE TERRITORIALE

Les garanties du présent contrat s'appliquent exclusivement en France métropolitaine, dans les départements, les territoires et les collectivités territoriales d'Outre-Mer.

En cas d'échange d'enseignants ou de déplacement effectué dans le cadre d'une activité assurée, la garantie est étendue au monde entier.

ARTICLE 5 - OBLIGATIONS DU SOUSCRIPTEUR

Le Souscripteur s'engage :

- **à l'égard de l'Assureur :**
 - à inscrire à l'assurance tous ses membres à jour de leur cotisation auprès du Souscripteur ;
 - à établir la liste des Adhérents ;
 - à signaler au moins une fois par trimestre toutes les modifications affectant l'effectif des Adhérents ;
 - à régler les cotisations aux échéances fixées dans les dispositions particulières.
- **à l'égard des Adhérents :**
 - à diffuser la notice d'information rédigée par l'Assureur auprès de chaque Adhérent ;
 - à informer les Adhérents des modifications qu'il est prévu d'apporter au contrat.

ARTICLE 6 - RESILIATION DU CONTRAT

Le contrat peut être résilié avant sa date d'expiration conformément au Code des Assurances, dans les cas suivants :

- **par l'Assureur :**
 - en cas de non-paiement des cotisations.

- **par les parties en cause :**
 - deux mois avant l'échéance principale fixée au 1^{er} septembre de chaque exercice ;
 - en cas de redressement ou liquidation judiciaire ou dissolution du Souscripteur.
- **de plein droit :**
 - en cas de retrait de l'agrément de l'Assureur.

Lorsque le Souscripteur a la faculté de résilier le contrat, il peut le faire à son choix, soit par une déclaration faite contre récépissé au siège de l'Assureur, soit par acte extrajudiciaire, soit par lettre recommandée.

La résiliation par l'Assureur doit être notifiée au Souscripteur par lettre recommandée.

ARTICLE 7 - CLAUSE D'ARBITRAGE

Le contrat étant basé sur la bonne foi des parties signataires, celles-ci s'engagent, en cas de difficultés, à solliciter l'avis de deux arbitres choisis respectivement par les parties en présence.

En cas de désaccord, les arbitres choisiront un tiers arbitre. A défaut d'entente, la désignation en sera faite à la requête de la partie la plus diligente, auprès du Président du Tribunal de Grande Instance du siège social de l'Assureur.

Les honoraires de tous les frais relatifs à la nomination du tiers arbitre sont supportés par moitié par chacune des parties.

ARTICLE 8 - PRESCRIPTION

Toutes actions dérivant du présent contrat sont prescrites par deux ans. Ce délai est porté à dix ans pour le(s) bénéficiaire(s) en cas de décès.

Le délai commence à courir le jour de l'événement qui donne naissance à cette action, conformément au Code des Assurances.

ARTICLE 9 - SUBROGATION

L'Assureur est subrogé, jusqu'à concurrence des prestations payées par lui, dans les droits et actions de l'Adhérent contre toute personne responsable d'une atteinte à sa personne entraînant le versement de prestations à caractère indemnitaire garanties en assurance, conformément aux dispositions du Code des Assurances. Les prestations payées constituent une avance sur recours.

ARTICLE 10 – ADMISSION

L'assurance s'applique à l'ensemble des personnes au profit desquelles l'assurance est souscrite, sans application de formalités médicales.

L'admission est immédiate, dès la date d'effet du présent contrat, pour tous les Adhérents présents à cette date, et à la date d'entrée dans l'organisme souscripteur pour les nouveaux Adhérents.

ARTICLE 11 - EXPERTISE ET LITIGES

Pour ne pas perdre son droit au service des prestations, l'Adhérent doit se prêter à toute expertise ou tout examen que l'Assureur estime nécessaire et fournir toutes pièces justificatives qui lui sont réclamées. Les frais engagés seront à la charge de l'Assureur.

Pour tout litige survenant avec les Adhérents pour l'indemnisation des sinistres, une expertise est toujours obligatoire, préalablement à tout recours judiciaire, sous réserve des droits respectifs des parties.

Chacune des parties choisit son expert et prend en charge les frais d'honoraires correspondant.

Si les experts ainsi désignés ne sont pas d'accord, ils s'adjoignent un troisième expert. En cas de nomination du tiers expert, ses honoraires sont payés par moitié par l'Assureur, moitié par l'Adhérent. Les trois experts opèrent en commun et à la majorité des voix.

Faute par l'une des parties de nommer son expert, ou par les deux parties de s'entendre sur le choix du troisième, la désignation est effectuée par le Président du Tribunal de Grande Instance du siège social de l'Assureur. Cette nomination a lieu sur simple requête de la partie la plus diligente, faite au plus tôt quinze jours après l'envoi à l'autre partie d'une lettre recommandée de mise en demeure avec accusé de réception.

En cas de litige de nature médicale, les experts devront obligatoirement être docteurs en médecine inscrits à la Cour d'Appel.

ARTICLE 12 - CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent :

- **pour le Souscripteur et tous les Adhérents :**
 - à la date d'effet de la résiliation du contrat ;
 - en cas de non-paiement des cotisations ;
- **pour chaque Adhésion :**
 - à la date où l'Adhérent atteint la limite d'âge fixée pour chaque garantie ;
 - à la date où l'Adhérent perd sa qualité de membre du Souscripteur ;
 - en cas de non-paiement de la cotisation ;
 - en cas de sortie volontaire, à la fin de l'année d'assurance en cours, moyennant un préavis de deux mois ;
 - en cas de déclaration erronée faite dans le but d'obtenir des prestations indues.

Sauf en cas de réticence, omission ou déclaration fautive ou inexacte, faite de mauvaise foi, l'Adhérent, une fois admis, ne peut être radié contre son gré tant qu'il fait partie de l'effectif assurable du groupe et à condition que la cotisation ait été réglée.

ARTICLE 13 - EXCLUSIONS

Sont exclues de toutes les garanties, les conséquences résultant des événements suivants :

- **les guerres étrangères ou civiles et les actes assimilables à une guerre (déclarée ou non) ;**
- **la modification de la structure du noyau atomique, les radiations ionisantes et leurs conséquences directes ou indirectes ;**
- **le suicide ou la tentative de suicide, suite et conséquence ;**
- **un accident s'il est révélé qu'au moment de l'accident, l'Adhérent au volant d'un véhicule terrestre à moteur a un taux d'alcoolémie égal ou supérieur à celui fixé par la législation en vigueur (Article L 1 du Code de la Route) ;**
- **l'usage de drogues, de stupéfiants ou d'anabolisants non ordonnés médicalement ;**
- **participation active à des actes de terrorisme ou de sabotage, ou à des événements tels que : grève, émeute, mouvement ou soulèvement populaire, insurrection, rixe, sauf cas de légitime défense ou assistance à personne en danger ; participation à tout acte criminel ou illégal ; participation à pari, défi, duel ;**
- **accidents qui sont le fait volontaire de l'Adhérent ou du bénéficiaire ;**
- **pratique de sports aériens dans le cadre de compétitions, démonstrations, acrobaties, voltiges, raids, vols d'essai, vols de prototypes, tentatives de records ou d'exploits ;**
- **compétitions sportives avec utilisation d'un véhicule à moteur (en tant que concurrent ou entraîneur) ;**
- **participation en tant que concurrent à des compétitions, matches, paris ou à leurs essais, sauf s'ils sont effectués dans le cadre de manifestations à caractère scolaire ;**

- pratique de sports, sauf en ce qui concerne les activités sportives pratiquées, soit au cours des leçons d'éducation physique ou d'initiation sportive faites aux élèves, soit au cours de stages de formation initiale ou continue ;
- participation à tout acte de chasse ;
- accidents ou infirmités dont la date de survenance est antérieure au contrat ;
- toute affection organique dont l'Adhérent sera atteint à l'exception des maladies professionnelles et des conséquences d'un accident compris dans la garantie ;
- les cures d'amaigrissement non prescrites médicalement, les cures de rajeunissement et les soins esthétiques.

Ne sont pas considérés comme accidents, quand ils ne sont pas la conséquence d'un accident garanti :

- les maladies, opérations chirurgicales, apoplexie, congélations, insulations, congestions ;
- les hernies, lumbagos, les efforts, ruptures musculaires, durillons, fausses couches ;
- les lésions causées par les rayons ionisants, le radium et ses composés ou dérivés, sauf si elles résultent pour la personne traitée d'un fonctionnement défectueux ou d'une fausse manipulation des instruments et sont la conséquence d'un traitement auquel l'assuré est soumis à la suite d'un accident garanti.

Sont exclus des garanties, les événements soudains, parfois qualifiés d'accidentels liés à une affection organique, connue ou non, dès lors que la cause réputée extérieure n'est pas matérielle. Ces événements peuvent être entre autres : un malaise cardiaque, un infarctus du myocarde, un spasme coronarien, des troubles du rythme cardiaque, une attaque ou une hémorragie cérébrale.

ARTICLE 14 - GESTION DES COTISATIONS

La gestion est collective lorsque le Souscripteur verse l'ensemble des cotisations à l'Assureur. Dans ce cas, il est seul responsable du paiement de la cotisation à l'égard de l'Assureur et s'engage à la payer au siège de l'Assureur dans le mois qui suit l'échéance fixée dans l'article 16 - Montant des cotisations.

En cas de non-paiement des cotisations par le Souscripteur, l'Assureur se réserve le droit de lui envoyer une lettre recommandée de mise en demeure.

40 jours après l'envoi de la lettre recommandée, l'affiliation du Souscripteur pour l'ensemble des Adhérents est résiliée de plein droit si la cotisation reste impayée, conformément au Code des Assurances.

II. DISPOSITIONS PARTICULIERES

A l'initiative de la partie la plus diligente, les parties conviennent qu'en cas de modification des dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles en vigueur à la date d'effet du contrat, elles rechercheront les moyens d'adapter le contrat au nouvel environnement.

ARTICLE 15 – GARANTIES

Les remboursements perçus auprès de la Sécurité sociale, des organismes de prévoyance collective ou en vertu d'un contrat d'assurance souscrit à titre individuel, viennent en déduction de la prise en charge de l'Assureur.

15.1 – Décès accidentel professionnel

Lorsque le décès est consécutif à un accident survenu ou d'une maladie professionnelle contractée dans l'exercice d'une activité assurée, versement aux ayants droit d'un capital fixé à : **30 000 euros (trente mille euros)**.

L'accident ou la maladie professionnelle doit être la cause exclusive du décès.

Le décès doit survenir dans les vingt-quatre mois suivant la date de cet accident ou de la première constatation médicale de cette maladie.

15.2 – Incapacité Permanente Totale ou Partielle accidentelle professionnelle

En cas d'incapacité permanente résultant d'un accident survenu ou d'une maladie professionnelle contractée dans l'exercice d'une activité assurée, versement à l'Adhérent d'un capital déterminé selon le barème d'indemnisation ci-dessous défini, le pourcentage d'incapacité retenu étant celui retenu par le régime de protection sociale obligatoire dont dépend l'Adhérent.

La notion d'incapacité permanente totale ou partielle accidentelle consiste en une diminution du potentiel physique ou psychique de l'Adhérent dont l'état de santé est consolidé ; elle résulte d'une atteinte à l'intégrité physique ou mentale de l'Adhérent par blessure imputable à un accident ou maladie professionnelle garantis.

L'accident ou la maladie professionnelle doit être la cause exclusive de l'incapacité permanente totale ou partielle.

La consolidation est la stabilisation de l'état de santé permettant de se prononcer médicalement sur le caractère définitif de l'incapacité.

Cette garantie est accordée tant que l'Adhérent n'a pas atteint l'âge minimum requis pour faire valoir ses droits à une pension de vieillesse et au plus tard jusqu'à l'âge de 60 ans.

Barème d'indemnisation de l'incapacité permanente (taux retenu par le régime de protection sociale obligatoire)

Taux IPP	Capital garanti	Taux IPP	Capital garanti	Taux IPP	Capital garanti	Taux IPP	Capital garanti	Taux IPP	Capital garanti
1 %	125 €	11 %	1.375 €	21 %	4.500 €	31 %	9.700 €	41%	16.800 €
2 %	250 €	12 %	1.500 €	22 %	5.000 €	32 %	10.400 €	42 %	17.600 €
3 %	375 €	13 %	1.625 €	23 %	5.500 €	33 %	11.100 €	43 %	18.400 €
4 %	500 €	14 %	1.900 €	24 %	6.000 €	34 %	11.800 €	44 %	19.200 €
5 %	625 €	15 %	2.200 €	25 %	6.500 €	35 %	12.500 €	45 %	20.000 €
6 %	750 €	16 %	2.500 €	26 %	7.000 €	36 %	13.200 €	46 %	20.800 €
7 %	875 €	17 %	2.825 €	27 %	7.500 €	37 %	13.900 €	47 %	21.600 €
8 %	1.000 €	18 %	3.200 €	28 %	8.000 €	38 %	14.600 €	48 %	22.400 €
9 %	1.125 €	19 %	3.575 €	29 %	8.500 €	39 %	15.300 €	49 %	23.200 €
10 %	1.250 €	20 %	4.000 €	30 %	9.000 €	40 %	16.000€	50 %	24.000 €

Taux IPP	Capital garanti	Taux IPP	Capital garanti	Taux IPP	Capital garanti	Taux IPP	Capital garanti	Taux IPP	Capital garanti
51 %	25.100 €	61 %	36.500 €	71 %	51.500 €	81 %	66.500 €	91 %	82.000 €
52 %	26.200 €	62 %	38.000 €	72 %	53.000 €	82 %	68.000 €	92 %	84.000 €
53 %	27.300 €	63 %	39.500 €	73 %	54.500 €	83 %	69.500 €	93 %	86.000 €
54 %	28.400 €	64 %	41.000 €	74 %	56.000 €	84 %	71.000 €	94 %	88.000 €
55 %	29.500 €	65 %	42.500 €	75 %	57.500 €	85 %	72.500 €	95 %	90.000 €
56 %	30.600 €	66 %	44.000 €	76 %	59.000 €	86 %	74.000 €	96 %	92.000 €
57 %	31.700 €	67 %	45.500 €	77 %	60.500 €	87 %	75.500 €	97 %	94.000 €
58 %	32.800 €	68 %	47.000 €	78 %	62.000 €	88 %	77.000 €	98 %	96.000 €
59 %	33.900 €	69 %	48.500 €	79 %	63.500 €	89 %	78.500 €	99 %	98.000 €
60 %	35.000 €	70 %	50.000 €	80 %	65.000 €	90 %	80.000 €	100 %	100.000 €

En cas de mise à la retraite pour invalidité consécutive à un accident ou une maladie professionnelle garantis, le capital est majoré de 1 % par année de carrière restant à accomplir dans la limite de 37 ½ annuités et de l'âge de 60 ans.

En cas de nécessité reconnue d'une tierce personne, le capital garanti du tableau ci-dessus est majoré de 50%.

Les indemnités en cas de décès ou d'incapacité permanente ne se cumulent pas. Toutefois si, dans les 24 mois qui suivent un accident garanti, l'Adhérent décède des suites de cet accident après que l'Assureur ait versé une indemnité pour incapacité permanente, les ayants droit pourront percevoir le capital assuré en cas de décès, diminué des indemnités pour incapacité permanente déjà perçues.

15.3 – Frais médicaux

L'indemnisation des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation, de transport, de bris de lunettes et de lentilles cornéennes, d'appareils auditifs, d'appareils dentaires ainsi que les frais de prothèse et d'orthopédie, consécutifs à un accident garanti (sans emploi de métaux précieux pour la prothèse dentaire) intervient s'il y a lieu, en complément des indemnités ou prestations de même nature qui pourraient être garanties à l'Adhérent pour les mêmes dommages par la Sécurité sociale ou par tout autre régime de prévoyance collective sans que l'Adhérent puisse percevoir, au total, un montant supérieur à celui de ses débours réels.

15.3.1 – Frais médicalement prescrits

Prise en charge dans la limite des frais réels, sous déduction des prestations versées par tout autre régime.

15.3.2 – Prothèses, appareils orthopédiques

Prise en charge pour les prothèses et appareils orthopédiques autres que ceux visés ci-après, dans la double limite du double du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale et de 3.050,00 € par sinistre et par Adhérent, sous déduction des prestations versées par tout autre régime.

15.3.3 – Prothèses dentaires

Prise en charge à hauteur de 500,00 € maximum par dent, sous déduction des prestations versées par tout autre régime.

15.3.4 – Prothèses auditives

Prise en charge à hauteur de 500,00 € maximum par appareil monaural, sous déduction des prestations versées par tout autre régime.

15.3.5 – Bris de lunettes et de lentilles cornéennes

Prise en charge à hauteur de 100,00 € maximum, sous déduction des prestations versées par tout autre régime.

ARTICLE 16 - MONTANT DES COTISATIONS

La cotisation est payable annuellement d'avance, au plus tard au 30 novembre de chaque année, avec une régularisation trimestrielle pour les adhésions enregistrées en cours d'exercice.

Le montant de la cotisation annuelle est fixée à **5,70 € T.T.C.** par Adhérent (sur la base de 15.000 adhésions).

III. PAIEMENT DES PRESTATIONS ASSUREES

ARTICLE 17 - DECLARATION - PIECES JUSTIFICATIVES

Les déclarations et la fourniture des pièces justificatives prévues ci-dessous, nécessaires aux règlements, devront être effectuées par l'intermédiaire du Souscripteur. Ce dernier se chargera de la centralisation et de l'envoi des documents au gestionnaire.

Sous peine de déchéance, sauf cas fortuit ou de force majeure, la déclaration de sinistre doit parvenir à l'Assureur dans les huit jours de la survenance de celui-ci.

Les pièces nécessaires sont les suivantes :

- un bulletin de décès ou une pièce justificative de l'incapacité permanente totale ou partielle ;
- les pièces permettant la justification des charges de famille existant au jour du décès (toute pièce de nature à justifier le droit du ou des bénéficiaires...).
- la déclaration de l'accident mentionnant : date, circonstances et lieu de l'accident ; ainsi que tout élément justifiant de la relation directe de cause à effet entre cet accident et le décès ou incapacité permanente totale ou partielle.
- En cas soins médicaux : originaux des décomptes de la Sécurité sociale et pièces justificatives des frais engagés (factures acquittées, ...).

L'Assureur :
ACM IARD S.A.

Le Souscripteur :
Autonome de Seine et Marne