# CONDITIONS GÉNÉRALES

## MyMacir Groupe

Codification : 20.2.12

ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification

MACIRVIE

Ensemble, pour la vie

www.macirvie.com

# SOMMAIRE


**Titre I • DISPOSITIONS GENERALES**

Article 1 • **OBJET DU CONTRAT** 6

Article 2 • **ASSURE** 6

Article 3 • **DÉCLARATION DU RISQUE** 6

Article 4 • **EFFET DU CONTRAT** 6

Article 5 • **DUREE – RENOUVELLEMENT** 6

Article 6 • **CONDITIONS D'ADMISSION** 6

Article 7 • **POINT DE DÉPART DES GARANTIES** 6

Article 8 • **SORTIE DE L'ASSURANCE** 7

Article 9 • **PRIME** 7

Article 10 • **MONTANT DES GARANTIES** 7

Article 11 • **DÉFAUT DE PAIEMENT** 8

Article 12 • **OBLIGATIONS DU CONTRACTANT** 8

Article 13 • **RESILIATION DU CONTRAT** 8

Article 14 • **ARBITRAGE** 9

**Titre II • ASSURANCE DÉCÈS-INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE**

Article 15 • **ASSURANCE DÉCÈS** 9

Article 16 • **INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE** 9

Article 17 • **PIÈCES À PRODUIRE EN CAS DE DÉCÈS OU D'INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE** 10

# SOMMAIRE


Article 18 • RISQUES GARANTIS – RISQUES EXCLUS 10

Titre III • ASSURANCE DÉCÈS PAR ACCIDENT

Article 19 • DÉCÈS PAR ACCIDENT 11

Article 20 • DÉFINITION DE L'ACCIDENT 11

Article 21 • DÉCÈS PAR ACCIDENT DE CIRCULATION 12

Article 22 • DÉFINITION DE LA GARANTIE DÉCÈS PAR ACCIDENT DE CIRCULATION 12

Article 23 • EXCLUSIONS COMMUNES AUX RISQUES DE DÉCÈS PAR ACCIDENT 12

Article 24 • FORMALITÉS EN CAS DE SINISTRE 13

Article 25 • PAIEMENT DU CAPITAL 13

Titre IV • ASSURANCE RENTE ÉDUCATION

Article 26 • OBJET DE LA GARANTIE 13

Article 27 • MONTANT DE LA GARANTIE 13

Titre V • ASSURANCE – INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL-INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE SERVIE SOUS FORME DE RENTE

Article 28 • INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL (ITT) 13

Article 29 • INCAPACITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE (IPT OU IPP) SERVIE SOUS FORME DE RENTE 14

Article 30 • EXCLUSIONS DES GARANTIES 15

Article 31 • DÉCLARATION ET CONTRÔLE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL 15

# SOMMAIRE


Article 32 • **RÈGLEMENT DES PRESTATIONS** 15

Article 33 • **DÉLAI DE PAIEMENT** 16

Article 34 • **DÉLAI DE CARENCE** 16

Article 35 • **CESSATION DE LA GARANTIE ET SERVICE DES PRESTATIONS** 16

Article 36 • **EXONÉRATION DU PAIEMENT DES PRIMES** 16

**Titre VI • ASSURANCE MALADIE – SOINS ANNEXES**

Article 37 • **OBJET DE LA GARANTIE** 16

Article 38 • **PRESTATAIRES** 17

Article 39 • **EXCLUSIONS** 17

Article 40 • **INCORPORATION – RADIATION** 17

Article 41 • **CONDITIONS D'APPLICATION DE LA GARANTIE** 17

Article 42 • **NATURE DES GARANTIES** 18

Article 43 • **SUBROGATION** 19

**Titre VII • ASSURANCE INDEMNITÉS FORFAITAIRES**

Article 44 • **OBJET DE LA GARANTIE** 20

Article 45 • **EXCLUSIONS DE GARANTIES** 20

Article 46 • **COMPETENCE** 20

Article 47 • **DÉFAUT DE PAIEMENT** 20

# CONDITIONS GÉNÉRALES

Le présent contrat est régi par l'ordonnance n° 95-07 du 25 janvier 1995 relative aux assurances, modifiée et complétée par la loi n° 06-04 du 20 Février 2006, ainsi que par les conditions générales et particulières qui suivent.

# Titre I : DISPOSITIONS GENERALES

## Article 1 OBJET DU CONTRAT

Il a pour objet de garantir aux adhérents, appelés ci-après assurés, des prestations en cas de décès et d'invalidité absolue et définitive, à titre principal, et des garanties complémentaires facultatives, si elles sont mentionnées aux conditions particulières.

## Article 2 ASSURE

On entend par Assuré, soit l'ensemble du personnel salarié du contractant, ou bien une catégorie du personnel définie aux conditions particulières, âgés de moins de 60 ans au jour de leur entrée dans l'assurance.

## Article 3 DÉCLARATION DU RISQUE

Le contrat est établi et la prime est fixée exclusivement d'après les déclarations du souscripteur et des assurés qui doivent en conséquence, faire connaître à l'assureur toutes les circonstances connues d'eux, qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend à sa charge (article 15, alinéa1de l'ordonnance n° 95-07 du 25 janvier 1995, modifiée et complétée par la loi n° 06-04 du 20 Février 2006).
Les déclarations du souscripteur et des assurés servent de base au contrat qui est incontestable dès son entrée en vigueur, sauf l'effet des dispositions des articles 19,21,86,87 et 88, de l'ordonnance n° 95-07 du 25 janvier 1995, modifiée et complétée par la loi n° 06 – 04 du 20 Février 2006.

## Article 4 EFFET DU CONTRAT

Les garanties du présent contrat ne prennent effet que le lendemain à midi du versement de la première prime ou provision, et après signature du contrat par les parties contractantes.

## Article 5 DUREE – RENOUVELLEMENT

Le présent contrat est souscrit pour une période allant jusqu'au 31 Décembre suivant sa date d'effet. A partir de cette date, il est renouvelable annuellement par tacite reconduction, le 1er janvier de chaque année, sauf dénonciation par l'une des parties moyennant un préavis de deux (02) mois adressé par lettre recommandée avec accusé de réception.

## Article 6 CONDITIONS D'ADMISSION

Pour bénéficier de la qualité d'assuré, tout membre de l'effectif assurable devra :
- Donner son consentement par écrit, en remplissant et signant une demande individuelle d'adhésion sur formulaire fourni par l'assureur ;
- Etre effectivement au travail à temps plein et jouir d'un bon état de santé au moment de sa demande d'adhésion ;
- Désigner le, ou les bénéficiaire (s) en cas de décès ;
- Etre accepté par l'assureur après examen de la demande.

L'assureur avisera le souscripteur de son acceptation ou de son refus dans un délai de trente (30) jours suivant la réception de la demande d'adhésion de l'assuré.
En cas d'acceptation, la garantie sera effective à dater du jour de la réception de la demande d'adhésion.

## Article 7 POINT DE DEPART DES GARANTIES

**a) Adhésion à la souscription du contrat**

Les garanties sont accordées immédiatement aux membres du personnel qui ne sont pas soumis aux formalités médicales, dès signature de la demande individuelle d'adhésion par l'assuré, par laquelle il

donne son consentement à l'assurance.
Ceux qui sont soumis aux formalités médicales ne sont garantis qu'après acceptation du risque par l'assureur.
Les personnes en arrêt de travail, mise en disponibilité, congé sans solde, ou en suspension de travail pour quelle cause que ce soit, ne pourront bénéficier des garanties qu'après la reprise du travail, et à condition que leur état de santé soit jugé satisfaisant par l'Assureur.

**b) Adhésion en cours de contrat**
Tout nouveau membre du personnel ne bénéficiera des garanties du présent contrat que s'il satisfait aux conditions prévues à l'article 6 ci-dessus.
Toutefois si l'adhérent est soumis à une visite médicale, il ne sera garanti qu'après acceptation du risque par l'assureur.

Tant que cette acceptation n'a pas eu lieu, l'adhérent n'est couvert qu'en cas de décès accidentel pour une période maximale de trois (03) mois à dater du jour de la réception de sa demande d'adhésion.

## Article 8 SORTIE DE L'ASSURANCE

Sauf, cas de réticence ou fausse déclaration du fait intentionnelle par l'assuré, celui-ci ne peut être éliminé de l'assurance contre son gré tant qu'il fait partie de l'effectif assurable et à condition que la prime ait été payée.

L'assuré cesse de bénéficier des garanties dès qu'il cesse d'appartenir à l'effectif assurable (rupture ou suspension du contrat de travail, démission, licenciement, mise en disponibilité, congé sans solde, mise à la retraite) ou dès qu'il demande à ne plus bénéficier des conditions accordées par le présent contrat.

Les garanties accordées par le présent contrat cessent d'office dès que l'assuré aurait atteint son 60ème Anniversaire.

En cas de sortie de l'assurance, l'assureur n'est tenu dans les conditions du présent contrat qu'au paiement des prestations engendrées par un sinistre survenu antérieurement à la date de sortie de l'assurance.

## Article 9 PRIME

Les primes ou provisions dues au titre des garanties du présent contrat sont payables annuellement d'avance, sauf dérogation aux conditions particulières.

**a) Garanties décès-invalidité absolue et définitive**
La prime afférente à ces garanties s'obtient par addition des primes individuelles de chaque assuré.
La prime individuelle de chaque assuré est le produit du capital garanti sur sa tête au cours de l'exercice, par le taux correspondant à son âge calculé par différence de millésimes.

**b) Garanties complémentaires facultatives**
Les primes relatives à ces garanties s'obtiennent par l'application des taux figurant aux conditions particulières au total des salaires de références perçus par les assurés au cours de l'exercice.

## Article 10 MONTANT DES GARANTIES

**a) Décès - I.A.D**
Le capital garanti est fixé aux conditions particulières dont le montant peut être défini comme suit :
- Soit un capital forfaitaire uniforme pour l'ensemble des salariés,
- Soit un capital en fonction d'un salaire annuel de référence pour l'ensemble des salariés.

En cas de sinistre, le montant pris en considération pour la détermination du capital est le salaire de référence perçu durant les douze (12) derniers mois qui ont précédé le décès ou l'invalidité absolue et définitive de l'assuré.

Si au moment du sinistre, l'assuré n'a pas une année complète d'activité, son salaire annuel de référence sera reconstitué au prorata temporis à partir du salaire de référence relatif à sa période totale d'activité.

Ce même principe reste valable pour les garanties incapacité permanente et incapacité temporaire de travail lorsqu'elles sont prévues aux conditions particulières.

**b) Garanties complémentaires facultatives**
Le montant des prestations afférentes à ces garanties est fixé aux conditions particulières.

## Article 11 DEFAUT DE PAIEMENT

Conformément à l'article 16 de l'ordonnance n° 95-07 du 25 janvier 1995, modifiée et complétée par la loi n° 06-04 du 20 Février 2006, à défaut de paiement d'une prime à son échéance, l'effet de l'assurance est suspendu de plein droit pour l'ensemble des assurés trente (30) jours après la mise en demeure prévue à l'article précité.
Dix (10) jours après l'expiration de ce délai, si la prime et les frais n'ont pas été acquittés, l'assureur a le droit de résilier le contrat en notifiant celle-ci au souscripteur par une lettre recommandée avec accusé de réception.
En cas de résiliation, l'ensemble des assurés cesse de bénéficier des garanties et sortent de l'assurance, à effet de la date de la première prime restée impayée.

## Article 12 OBLIGATIONS DU CONTRACTANT

Le contractant s'oblige à faire toutes déclarations dans les formes requises par l'assureur. Celui-ci se réserve le droit de vérifier à toute époque l'exactitude de ces déclarations.
A cet effet, le contractant s'engage à mettre à la disposition des représentants de l'assureur tous les documents en sa possession, afin de lui permettre de procéder à cette vérification.
Le contractant devra déclarer en particulier la totalité des personnes composant l'effectif assurable, toute modification survenant dans sa composition dans la situation de famille, dans le salaire de référence des assurés, et ce, dans le mois qui suit la date à laquelle cette modification s'est produite.

## Article 13 RESILIATION DU CONTRAT

Le contrat peut être résilie avant sa date d'expiration dans les conditions fixées ci-après :
**13-1 -Par l'Assureur**
- En cas de non paiement des primes (article 16 de l'ordonnance n° 95-07 du 25.01.1995, modifiée et complétée par la loi n° 06-04 du 20.02.2006).
- En cas d'omission ou de déclaration inexacte constatée avant sinistre, si l'assuré refuse de s'acquitter de la différence de prime (article 19 de l'ordonnance n° 95-07 du 25.01.1995, modifiée et complétée par la loi n° 06-04 du 20.02.2006).
- En cas d'aggravation si l'assuré refuse de s'acquitter de la différence de prime réclamée par l'assureur (article 18 de l'ordonnance n° 95-07 du 25.01.1995, modifiée et complétée par la loi n° 06-04 du 20.02.2006).

**13-2 -Par l'assuré**
- En cas de refus de l'assureur de payer le sinistre sans apporter la preuve de sa non garantie par la police d'assurance.
- En cas de refus de l'assureur de procéder à la diminution de la prime au cas ou l'application de surprime ou de majoration de la prime à la souscription ou en cours de contrat, viennent à disparaître.
- En cas de refus de l'assureur de payer une ristourne de prime pour laquelle l'assuré ouvre droit.

**13-3 -Par l'assureur et la masse des créanciers**
- En cas de faillite ou de règlement judiciaire de l'assuré (article 23 de l'ordonnance n° 95-07 du 25.01.1995, modifiée et complétée par la loi n° 06-04 du 20.02.2006).


Visa MF/Direction des assurances/n°03 du 15/01/2012

**13-4 -De plein droit**
- Suite à un événement non prévu par le contrat.
- En cas de résiliation, la portion de prime pour la période d'assurance non courue doit être remboursée à l'assuré, sous réserve que la prime ait été payée.

## Article 14 ARBITRAGE

En cas de difficulté sur l'application du contrat, les parties contractantes s'engagent à s'en rapporter à la décision rendue par deux arbitres choisis respectivement par chacune d'elles.
Au cas où, les deux arbitres ne pourraient pas se mettre d'accord sur la sentence à rendre, ils seraient tenus de choisir un tiers arbitre pour les départager.
Faute d'entente sur son choix, la désignation, serait faite par le tribunal compétent, à la requête de la partie la plus diligente.
Les parties s'interdisent d'avoir recours à la voie judiciaire tant que la sentence arbitrale n'aura pas été rendue.
La décision du troisième arbitre est obligatoire pour les parties. Ses honoraires, et tous les frais relatifs à sa nomination sont supportés par moitié par chacune des parties.

# Titre II : ASSURANCE DECES-INVALIDITE ABSOLUE ET DEFINITIVE

## Article 15 ASSURANCE DECES

La présente assurance garantit en cas de décès d'un assuré le paiement d'un capital, dont le montant est fixé aux conditions particulières.
Le capital ainsi défini est payable au décès de l'assuré si celui-ci survient avant le terme du contrat au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) conformément à **l'article 71 de l'ordonnance n° 95-07 du 25 janvier 1995, modifiée et complétée par l'article 18 de la loi n° 06-04 du 20 Février 2006.**

## Article 16 INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

**16-1 Définitions :** On entend par invalidité absolue et définitive, lorsque l'assuré est réputé depuis plus de douze (12) mois dans un état d'invalidité irréversible, le mettant dans l'impossibilité de se livrer à un travail ou à une occupation quelconque lui rapportant gain ou profit et nécessitant l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie (au sens de la 3ème catégorie des invalides de la sécurité sociale **Article 36 de la loi n° 83-11 du 02/07/1983).**
On entend par consolidation, la stabilité de l'état de santé de l'assuré au moment où il devient possible de se prononcer médicalement sur le caractère absolu et présumé définitif de l'invalidité.

**16-2 Garanties « I.A.D »** : Si en cours de contrat, l'assuré est atteint avant son 60ème anniversaire d'une invalidité absolue et définitive telle qu'elle est décrite ci-dessus, l'assureur versera à l'assuré, par anticipation le capital de base prévu en cas de décès, de la manière suivante :

**a) En une seule fois**
Lorsque l'invalidité absolue et définitive a été provoquée par un accident ayant entraîné la perte complète de l'usage des deux yeux, des deux membres supérieurs ou inférieurs.

**b) En vingt quatre mensualités**
Dans tous les autres cas, six (06) mois après réception de la preuve de l'invalidité absolue et définitive, l'assureur commencera à payer le capital assuré par acomptes mensuels, soit à l'assuré, soit à la personne désignée par lui à cet effet.
Si cette invalidité est due à l'aliénation mentale, les paiements mensuels seront faits au représentant légal de l'assuré.
Le nombre des acomptes mensuels sera de vingt quatre (24), le montant de chacun d'eux étant égal à la vingt-quatrième partie du capital décès pour lequel l'assuré était garanti, lors de l'accident, ou de

la maladie ayant occasionné l'invalidité.
L'assurance en cas de décès prend fin lorsque commence le paiement des acomptes mensuels.
Si l'assuré décède avant d'avoir reçu la totalité des dits acomptes, ceux qui n'ont pas encore été payés sont versés en une seule fois au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) de l'assurance en cas de décès.
Même après avoir reconnu satisfaisante, la preuve de l'invalidité absolue et définitive d'un assuré, l'assureur se réserve le droit de demander à l'invalide au moins deux fois par an la preuve de la persistance de son état.
Dans le cas ou l'assuré ne fournit pas cette preuve à la satisfaction de l'assureur, le paiement des mensualités prend fin.
En cas de désaccord entre les parties sur l'état de santé de l'assuré, il y aura arbitrage d'ordre purement médical conformément à l'article 13 des conditions générales.

## Article 17 PIÈCES À PRODUIRE EN CAS DE DÉCÈS OU D'INVALIDITÉ ABSOLUE ET DÉFINITIVE

**a) En cas de décès**

**Lors du décès d'un adhérent, le souscripteur doit informer l'assureur le plus tôt possible, en remplissant une déclaration de sinistre et produire les pièces suivantes :**

- Un extrait d'acte de décès ;
- Un certificat médical indiquant si possible les causes de décès de l'assuré (le genre de maladie ou d'accident auquel l'assuré a succombé) ;
- Une fiche familiale d'état civil ;
- Une frédha en l'absence de désignation de bénéficiaire(s);
- Une attestation des enfants à charge au sens des allocations familiales délivrée par la sécurité sociale, lorsque le capital assuré est lié à la situation de famille de l'assuré ou lorsque la garantie rente éducation est souscrite ;
- Les pièces établissant que la personne décédée possédait bien au moment du décès, la qualité d'assuré (bulletin d'adhésion, certificat d'assurance)
- Les pièces nécessaires à la détermination du capital garanti ;
- Tous les documents que l'assureur jugera utile de demander pour le règlement du dossier ;
- Le paiement des sommes dues est effectué au (x) bénéficiaire (s) par l'intermédiaire du souscripteur, sauf dérogation aux conditions particulières.
- Lorsqu'il y a pluralité de bénéficiaires, le paiement des sommes dues est indivisible à l'égard de l'assureur.

**b) En cas d'invalidité absolue et définitive**

- Tout accident ou maladie entraînant une invalidité absolue et définitive de l'assuré, doit être déclaré par le souscripteur à l'assureur dans les trois (03) mois qui suivent la reconnaissance de l'invalidité de 3ème catégorie par la sécurité sociale ;
- Cette déclaration doit être accompagnée des pièces justificatives suivantes, en plus de celles énumérées au paragraphe (a) ;
- Un certificat médical précisant la nature de l'invalidité, la date de constatation médicale de la maladie, ou de la survenance de l'accident, attestant que l'invalidité n'est plus susceptible d'aucune amélioration ;
- Une copie de la notification de la sécurité sociale, ainsi que toutes (s) pièces (s) que l'assureur jugera utile de demander pour le règlement du sinistre ;
- Tant que l'assuré n'a pas apporté la preuve de son invalidité, les primes d'assurances restent dues.

## Article 18 RISQUES GARANTIS – RISQUES EXCLUS

**L'assureur garantit tous les risques de décès quelle qu'en soit la cause, sauf les exceptions énumérées ci-après :**

**a) Suicide**

**Le suicide conscient et volontaire de l'assuré n'est pas couvert durant les deux premières années du contrat (article 72 de l'ordonnance n°95-07 du 25 janvier 1995, modifiée et complétée**

par la loi n° 06-04 du 20 Février 2006).
Toutefois, la garantie reste acquise si le suicide a eu lieu au delà de la deuxième année d'assurance à condition qu'il soit dû à une maladie qui a fait perdre à l'assuré la liberté de ses actes.

b) Décès
Lorsque le bénéficiaire a fait l'objet d'une condamnation pour meurtre de l'assuré, le capital Décès n'est pas dû (article 73 de l'ordonnance n°95-07 du 25 janvier 1995, modifiée et complétée par l'article 19 de la loi n° 06-04 du 20 Février 2006).

c) Guerre
En cas de guerre, le risque de décès ne sera couvert que dans les conditions qui seront précisées par la législation à intervenir sur les assurances sur la vie en temps de guerre.
L'invalidité causée par les engins de guerre ou consécutive à des faits de guerre, ou du fait des opérations militaires, est exclue de la garantie.

d) Aviation
L'assureur garantit les risques de décès et d'invalidité absolue et définitive inhérents aux vols effectués par l'assuré à condition que le pilote et l'appareil soient munis des autorisations régulières. Le pilote pourra être l'assuré lui même.

e) Les matchs, paris, courses, concours, défis acrobaties aériennes, records, tentatives de records, essais de réception, et vols à voile sont exclus de la garantie du présent contrat.

f) Le personnel navigant n'est couvert que si mention est faite aux conditions particulières du contrat et moyennant paiement d'une surprime.

g) Invalidité absolue et définitive (I.A.D)
L'invalidité consécutive à une tentative de suicide ou provoquée intentionnellement par l'assuré est exclue de la garantie.

L'invalidité antérieure à la date d'admission dans l'assurance n'est pas garantie, ainsi que l'éthylisme ou l'usage de stupéfiants absorbés en l'absence d'une prescription médicale.

## Titre III : ASSURANCE DECES PAR ACCIDENT

Lorsque ces garanties sont mentionnées aux conditions particulières, moyennant paiement d'une surprime, l'assureur verse un capital supplémentaire en cas de décès de l'assuré par accident, suivant les modalités définies ci-dessous :

## Article 19 DÉCÈS PAR ACCIDENT

Lorsque le décès de l'assuré est consécutif à un accident, et si le décès survient dans un délai maximum d'un an à compter du jour de cet accident, l'assureur verse au(x) bénéficiaire (s) désigné (s) un capital supplémentaire, dont le montant est fixé aux conditions particulières.
Ce capital s'ajoute à celui qui est garanti en vertu des dispositions de l'article

## Article 20 DÉFINITION DE L'ACCIDENT

On entend par « accident », toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l'assuré, et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

NE SONT PAS CONSIDERES COMME ACCIDENTS :
- Les maladies, opérations chirurgicales, apoplexies, congélations, congestions, insolations,

**déchirures, ruptures musculaires ou tendineuses, sauf si elles sont la conséquence d'un accident lui-même compris dans la garantie.**
**- Les hernies, lumbagos, efforts, tours de reins, que ces affections soient ou non d'origine traumatique.**
**- L'infarctus du myocarde, les affections coronariennes et les décès consécutifs à une pathologie soudaine ne sont pas considérés comme des accidents.**
**- Les lésions occasionnées par les rayons X, le radium, ses composés ou dérivés, sauf si elles résultent d'un fonctionnement défectueux ou d'une fausse manipulation d'instruments, ou si elles sont provoquées par un traitement auquel l'assuré est soumis à la suite d'un accident lui-même compris dans la garantie.**
**- Les grossesses, fausses couches, accouchement avant terme ou normaux et leurs suites.**

## Article 21 DÉCÈS PAR ACCIDENT DE CIRCULATION

Lorsque le décès de l'assuré est consécutif à un accident de la circulation, et si le décès survient dans un délai maximum d'un an à compter du jour de l'accident, l'assureur versera, un capital supplémentaire au (x) bénéficiaire (s) désigné(s), dont le montant est fixé aux conditions particulières.

Ce capital est cumulable avec ceux qui sont garantis en vertu des dispositions des articles 14 et 18.

## Article 22 DÉFINITION DE LA GARANTIE DÉCÈS PAR ACCIDENT DE CIRCULATION

On entend par « **accident de la circulation** », tout accident causé sur une voie publique ou privée ouverte au public, par l'action d'un véhicule, que ce véhicule transporte ou non l'assuré, et, s'il le transporte, que ce soit en qualité de conducteur ou de simple passager.

Est également, considéré comme accident de la circulation, tout accident résultant de l'usage fait par l'assuré, à titre de simple passager, de tout moyen de transport en commun, terrestre, fluvial, maritime, ou aérien sur une ligne commerciale régulière.

## Article 23 EXCLUSIONS COMMUNES AUX RISQUES DE DECES PAR ACCIDENT

**Outre les exclusions énumérées à l'article 17, sont exclus de ces garanties :**
**- Les accidents survenus antérieurement à la souscription du contrat ;**
**- Les accidents causés ou provoqués intentionnellement par l'assuré, ou résultant de son ivresse, de son suicide, ou de sa tentative de suicide ;**
**- Les accidents de navigation aérienne autres que ceux résultant de vols effectués par l'assuré en qualité de simple passager sur une ligne commerciale régulière de transport en commun ;**
**- Les accidents résultant de la participation de l'assuré à des expéditions spéléologiques, ou à des ascensions sans guide autorisé, de glaciers ou de hauts sommets, en tant que concurrent, à des compétitions de boxe, de jiu-jitsu, judo, pancrace, ou autre sports de défense, en tant que concurrent ou entraîneur, à des compétitions sportives, ou à leurs essais préparatoires comportant l'utilisation de véhicules quelconque à moteur ;**
**- Les accidents occasionnés par un cyclone, un tremblement de terre, une éruption volcanique, une inondation, un raz de marée ou autres cataclysmes ;**
**- Les accidents consécutifs à des faits de guerre étrangère ou civile ou à la participation active de l'assuré à des grèves, émeutes, mouvements populaires, rixes (sauf cas de légitime défense où d'accomplissement du devoir professionnel), ou crimes ;**
**- Les accidents résultant de l'explosion d'un engin destiné à exploser par suite de transmutation du noyau d'atome ;**
**- Les accidents dus à des radiations ionisantes émises de façon soudaine et fortuite par des combustibles nucléaires, ou par des produits ou déchets radioactifs provenant de réacteurs, et ayant contaminé les alentours de cette source d'émission (que celle-ci soit fixe ou en**

**déplacement), à tel point que, dans un rayon de plus d'un kilomètre, l'intensité de rayonnement mesurée au sol 24 heures après l'émission dépasse un roentgen par heure ;**
**- Tous autres accidents dûs à des radiations ionisantes auxquelles les victimes seraient exposées fut ce par intermittence en raison et au cours de leur activité professionnelle habituelle ;**
**- Est exclue du bénéfice de la garantie, toute personne qui, intentionnellement, aura causé ou provoqué le sinistre.**

## Article 24 FORMALITÉS EN CAS DE SINISTRE

Sous peine de déchéance, tout décès pouvant entraîné l'application de la garantie du présent titre devra être déclaré dans les (07) jours à l'assureur.
La déclaration doit indiquer notamment la date, les lieux, et circonstances de l'accident, les noms et adresses des témoins.
Elle devra être accompagnée ou suivie dans les plus brefs délais de la remise du procès verbal d'enquête de police ou de gendarmerie, ainsi que d'un certificat médical détaillé.

## Article 25 PAIEMENT DU CAPITAL

Le paiement du capital décès sera effectué sur la base des pièces prévues à l'article 16 des Conditions Générales.

# Titre IV : ASSURANCE RENTE ÉDUCATION

## Article 26 OBJET DE LA GARANTIE

Cette assurance a pour objet de verser en plus du capital décès de base (titre II article 14 des conditions générales), une rente temporaire à chacun des enfants mineurs à charge au moment du décès de l'assuré.

## Article 27 MONTANT DE LA GARANTIE

Le montant de la rente est fixé aux conditions particulières. Elle est payable trimestriellement à terme échu, et elle cesse d'être due de plein droit lorsque le bénéficiaire aura atteint son 18ème anniversaire, sauf dérogation aux conditions particulières du contrat.

# Titre V : ASSURANCE – INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL-INVALIDITE PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE SERVIE SOUS FORME DE RENTE

La présente assurance a pour objet d'indemniser l'assuré qui est en état d'incapacité physique totale de travail, constaté médicalement par le médecin traitant, et suivi s'il y a lieu d'une rente d'invalidité.
Les conditions particulières du contrat précisent les garanties retenues par le souscripteur et indiquent les prestations prévues pour chacune d'elles.
En aucun cas, les prestations versées ne peuvent excéder la différence entre le montant total du salaire de référence, et celui des prestations allouées par la sécurité sociale.

## Article 28 INCAPACITÉ TEMPORAIRE DE TRAVAIL (ITT)

Lorsque par suite de maladie ou d'accident, l'assuré est obligé de cesser son travail, l'assureur lui garantit, le paiement d'une indemnité journalière, après l'expiration d'un délai de franchise mentionné

aux conditions particulière, comportant une suite ininterrompue de journées d'incapacité totale à partir de la date de cessation de travail.

**a) Durée de la franchise et montant de l'indemnité journalière**
La durée de la franchise, le montant, et le point de départ du service de l'indemnité journalière sont fixés aux conditions particulières.
Ce montant est exprimé en fonction de la 365éme partie du salaire de référence. Il est versé mensuellement à terme échu.
Un prorata est versé lorsque la reprise du travail a eu lieu dans le courant d'un mois.

**b) Durée de service de l'indemnité journalière**
L'indemnité journalière est versée par l'assureur aussi longtemps que l'assuré bénéficie du régime de la sécurité sociale, et dans les limites fixées aux conditions particulières.
Le service de ces indemnités se poursuit même après la rupture du contrat de travail, à condition que l'assuré n'ait pas repris une activité professionnelle, et au plus tard jusqu'au 365ème jour de l'incapacité, ou en cas de longue maladie, jusqu'au 1095ème jour, sans pouvoir dépasser l'âge limite ci-dessous.
Si au terme de ces 365 jours ou 1095ème jour, l'assuré est toujours en état d'incapacité totale de travail, l'indemnité d'incapacité temporaire est remplacée par le service d'une rente d'invalidité, si cette dernière garantie est souscrite.
Le service des indemnités journalières et des rentes d'invalidité ne se cumulent pas, et cesse d'être du de plein droit au 60ème anniversaire de l'assuré.

## Article 29 INCAPACITÉ PERMANENTE TOTALE OU PARTIELLE (IPT OU IPP) SERVIE SOUS FORME DE RENTE

**a) Définition**
Lorsqu'avant l'âge de 60 ans par suite de maladie ou d'accident, l'assuré est atteint d'une incapacité permanente de travail, c'est-à-dire réduisant sa capacité de tirer un revenu de son travail, l'assureur lui versera une rente d'invalidité.
Cette rente est payable trimestriellement à terme échu.
Un prorata est réglé lorsque la rente cesse d'être due au cours d'un trimestre.

**b) Montant de la rente**
Le montant de la rente d'invalidité est fixé comme suit :

**1. Taux d'invalidité égal ou supérieur à 50 %**
Lorsque le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 50%, la rente est fixée annuellement à 30 % du salaire annuel de référence si l'assuré est classé dans la 2ème ou 3ème catégorie des invalides par la sécurité sociale.

**2. Taux d'incapacité inférieur à 50 %**
Si le taux d'incapacité est inférieur à 50 %, et que l'assuré ne bénéficie d'aucune rente auprès d'un organisme de sécurité sociale, au titre des accidents du travail ou maladies professionnelles, le taux de rente applicable au salaire annuel de référence est égal à la différence entre le taux d'incapacité retenu et une franchise absolue de 30 %.

**c) Début et durée de service de la rente**
La rente d'invalidité est servie :
- Soit douze (12) mois après la cessation de travail.
- Soit trois (03) mois après la cessation de travail si l'assuré bénéficie auprès de la sécurité sociale d'un régime de longue maladie.

La rente est servie aussi longtemps que l'assuré justifie de son état d'invalidité. Elle cesse d'être due au 31 décembre de l'année de son 60ème anniversaire.

## Article 30 EXCLUSIONS DES GARANTIES

Sont exclus de la garantie :

- Les conséquences d'un accident du travail, ou d'une maladie professionnelle reconnu comme tel par la législation si l'incapacité résultante est inférieure à 50 % ;
- Les sinistres résultant de maladies ou d'accidents ayant pour origine antérieure à la date d'admission dans l'assurance ;
- Les sinistres causés par le fait volontaire de l'assuré, ou du bénéficiaire de l'assurance, ou qui résultent du dérangement mental de l'assuré, ou de son ivresse, d'un suicide tenté ou consommé, ou de mutilations volontaires ;
- Les sinistres occasionnés, soit par la guerre étrangère, soit par la guerre civile, les sinistres résultant d'émeutes, mouvements populaires, rixes (sauf cas de légitime défense ou d'accomplissement du devoir professionnel), de compétitions sportives à titre professionnel ;
- Les sinistres occasionnés par les tremblements de terre, raz-de-marée, cyclones ;
- Les sinistres dus aux effets directs ou indirects d'explosion, dégagement de chaleur, ou de radiation provenant d'une transmutation du noyau de l'atome, telle la fusion, la radioactivité, ainsi que les sinistres dus aux effets des radiations provoquées par l'accélération artificielle des particules atomiques ;
- Les sinistres consécutifs à une maladie ou à un accident dont l'assuré serait reconnu avoir été atteint ou victime pendant qu'il se trouvait sous la dépendance de l'autorité militaire ;
- Les sinistres résultant d'un accident de navigation aérienne ne sont couverts que si l'assuré se trouve à bord d'un appareil muni d'un certificat valable de navigabilité, et conduit par un pilote possédant un brevet et/ou une licence non périmé, ce pilote pouvant être l'assuré lui même.

## Article 31 DÉCLARATION ET CONTRÔLE DE L'ARRÊT DE TRAVAIL

**a) Déclaration de sinistre**

Le contractant, l'assuré, ou ses ayants droit, ou toute autre personne agissant en leur nom doivent aviser l'assureur de tout accident, ou maladie, pouvant entraîner les prestations prévues au présent titre.

Dès réception de cette information, l'assureur adresse au souscripteur un imprimé de déclaration de sinistre, qui doit être rempli par l'assuré d'une part, son médecin traitant d'autre part, et visé ensuite par l'employeur.

**b) Délai de déclaration**

Si les maladies ou accidents ne sont pas déclarés dans un délai d'un (01) mois, ils seront considérés comme s'étant produits le jour de la déclaration.

Sous peine de déchéance, sauf cas de force majeure, les maladies ou accidents doivent être déclarés dans un délai maximum de trois (03) mois.

**c) Contrôle de l'Assureur**

Les médecins et agents désignés par l'assureur, ont dans tous les cas, et à toute époque, le droit de se rendre auprès de l'assuré, afin de pouvoir constater son état de santé, sous peine de perdre tout droit aux prestations. L'assuré doit fournir toutes pièces justificatives, et se prêter à toute expertise ou examen que l'assureur jugera utile de demander.

## Article 32 RÈGLEMENT DES PRESTATIONS

**a) Paiement de l'indemnité journalière**

Les volets ou les attestations prouvant le paiement à l'assuré des indemnités journalières par la sécurité sociale doivent être adressés en communication à l'assureur.

Cette justification étant fournie, l'assureur procède au paiement des indemnités journalières par mensualités et le paiement s'effectue :

- Soit directement au contractant à charge pour lui de reverser éventuellement, les indemnités à l'assuré bénéficiaire ;
- Soit à l'assuré lui-même à la demande expresse du contractant.

**b) Paiement de la rente d'invalidité**

L'assuré doit adresser en communication à l'assureur :

- La notification d'attribution ou de non attribution de pension d'invalidité qui lui a été délivrée par la caisse de sécurité sociale ;
- Les talons de mandats attestant le paiement des arrérages de la pension d'invalidité par la caisse de sécurité sociale, lors du règlement des arrérages ;
- L'assureur procède au règlement des arrérages de la rente d'invalidité par trimestre, à terme échu. Le paiement est effectué directement à l'assuré, après accord du contractant.

## Article 33 DÉLAI DE PAIEMENT

Le règlement des prestations sera effectué dans un délai de trente (30) jours, suivant la remise de la dernière pièce justificative nécessaire.

## Article 34 DÉLAI DE CARENCE

En cas de maladie, il est expressément stipulé que l'incapacité ne donnera droit aux indemnités prévues que si la maladie qui en est la cause a commencé trois (03) mois après l'admission de l'assuré dans l'assurance.
Tout assuré atteint de maladie aigue ou d'une infirmité à caractère évolutif, ou qui a été victime d'un accident dont les suites ne sont pas encore consolidées, ne pourra bénéficier des garanties que six (06) mois après sa guérison complète.

## Article 35 CESSATION DE LA GARANTIE ET SERVICE DES PRESTATIONS

La garantie de l'assurance incapacité cesse pour tout assuré, lorsque le contrat prend fin, alors que l'assuré se trouve dans un état d'incapacité de travail ou d'invalidité pouvant ouvrir droit aux prestations prévues au présent titre, sauf si le sinistre est antérieur à la date de résiliation, et, s'il a été déclaré à l'assureur, dans les trois (03) mois qui suivent la cessation de la garantie.

## Article 36 EXONÉRATION DU PAIEMENT DES PRIMES

Si en cours de contrat, l'assuré est en incapacité de travail, ou s'il est atteint d'une infirmité permanente totale, dont le taux d'invalidité est supérieur à 50 % par suite de maladie ou d'accident avant son 60ème anniversaire, et avant le terme du contrat, l'ensemble des primes découlant du présent contrat relative à un assuré en état d'incapacité, cesse d'être due à compter du 91ème jour d'arrêt de travail.
Pour que l'assuré puisse bénéficier de cette garantie, le souscripteur ou l'assuré doit adresser à l'assureur dans les plus brefs délais l'arrêt de travail ou la notification d'invalidité.

# Titre VI : ASSURANCE MALADIE – SOINS ANNEXES

## Article 37 OBJET DE LA GARANTIE

Cette assurance a pour objet de garantir à l'assuré le remboursement des frais de traitement médical occasionnés par suite d'une maladie ou d'accident et/ou de maternité dont il pourrait être victime.

**a) Accident**

On entend par accident toute atteinte corporelle non intentionnelle de la part de la victime et provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

**b) Maladie**

On entend par maladie toute altération de la santé, constatée par une autorité médicale compétente reconnue comme telle par le ministère de la santé publique.

## Article 38 PRESTATAIRES

Bénéficient des garanties du présent titre :
- L'assuré ;
- Le conjoint non salarié, ou salarié en complément des garanties accordées par ailleurs ;
- Les enfants à charge de l'assuré au sens de la sécurité sociale ;
- Les père et mère de l'assuré à charge exclusive de l'assuré et au sens de la sécurité sociale ;

L'ensemble des bénéficiaires désignés ci-dessus sont dénommés prestataires.

## Article 39 EXCLUSIONS

**Sont exclus de la garantie :**
**- Les accidents résultant de paris, guerre étrangère, guerre civile, émeutes ou mouvements populaires, attentats, rixes (sauf cas de légitime défense ou d'accomplissement du devoir professionnel) ;**
**- Les accidents occasionnés directement ou indirectement par la désintégration du noyau atomique ;**
**- Les maladies résultant d'alcoolisme, de l'usage de stupéfiants non prescrits médicalement, d'une tentative de suicide du fait intentionnel de l'assuré ;**
**- Toute maladie ou infection déclarée ou non avant l'admission dans l'assurance pouvant être considérée comme une rechute ou une aggravation d'un état préexistant à moins que l'assuré n'apporte la preuve contraire ;**
**- Les soins donnés ou prescrits par un rebouteux, un empirique, un médecin non diplômé ;**
**- Les soins non causés directement par une maladie ou un accident tel que les cures de rajeunissement, d'amaigrissement, d'engraissement, traitements esthétiques etc.…**

## Article 40 INCORPORATION – RADIATION

**a) Incorporation**
Le souscripteur du contrat s'engage à déclarer toute incorporation en cours d'année.
**b) Radiation**
La radiation intervient lorsque la garantie cesse de produire ses effets, de plein droit, ou lors de la cessation du paiement des primes.
Toutefois la garantie reste acquise à l'assuré pour les sinistres déclarés et survenus avant la date d'effet de la radiation.

## Article 41 CONDITIONS D'APPLICATION DE LA GARANTIE

Les prestations servies au titre de la présente garantie viennent toujours en complément des remboursements effectués par la sécurité sociale.
Aucune prestation n'est versée dans le cas où les frais exposés par l'assuré n'ont pas donné lieu à l'indemnisation de la part de la sécurité sociale.
En outre, lorsqu'un prestataire bénéficie d'un régime d'assurance autre que celui de l'assuré, il doit en cas de sinistre présenter à l'assureur, le décompte des prestations perçues au titre du régime général, ainsi que les justificatifs des dépenses effectuées.
Toutefois, le cumul entre les remboursements effectués par l'assureur au titre de la présente garantie, et ceux effectués par la sécurité sociale et où tout autre organisme de prévoyance sociale ne peut être supérieur aux débours réels exposés par l'assuré et dans les limites du barème annexé aux conditions particulières.


Visa MF/Direction des assurances/n°03 du 15/01/2012

## Article 42 NATURE DES GARANTIES

**42-1 Soins médicaux :**

- Les soins médicaux doivent être donnés ou prescrits par un médecin diplômé et reconnu comme tel par le ministère de la santé publique et la sécurité sociale.
- Sont considérés comme spécialistes les médecins traitant un seul organe et reconnus comme tels par le ministère de la santé publique et la sécurité sociale.

**42-2 Pharmacie**

La garantie est limitée aux médicaments prescrits par le médecin suivant ordonnance et remboursés par la sécurité sociale.
Ne sont pas pris en charge, les alcools, les eaux minérales, produits fortifiants, médicaments offerts par régime dit toniques et de suralimentation, café sans caféine, cacao, effets à usage médical tel que thermomètre, inhalateurs, seringues etc.…

**42-3- Actes de spécialistes**

Les actes de spécialistes doivent être prescrits par ordonnance écrite d'un médecin. Ces actes sont codifiés par des lettres clés, les coefficients affectés aux lettres clés sont déterminés pour chaque acte par la nomenclature générale des actes professionnels arrêtés par l'autorité administrative habilitée en la matière.

**42-4 Frais de séjour en clinique ou à l'hôpital**

Cette garantie joue lorsque l'hospitalisation a lieu dans un hôpital ou une clinique, qu'il ait ou non intervention chirurgicale, mais le séjour doit être prescrit par le médecin.
Les frais engagés, sont remboursés suivant le barème prévu aux conditions particulières.

**42-5 Garantie de la poliomyélite**

Cette garantie couvre :
- Les frais de séjour dans les établissements qualifiés pour la rééducation des infirmes,
- Les frais d'appareillage provenant des centres d'appareillage du ministère du travail, de la protection sociale, ou des fournisseurs agréés par la sécurité sociale,
- Les frais visés sous la garantie (41-5) ne peuvent être engagés que sur prescription médicale et après accord de l'assureur.

**42-6 Transport du malade**

**a) A l'intérieur du territoire national**

Lorsque l'état de santé de l'assuré nécessite sur ordre du médecin son évacuation vers un centre de soins, les frais de transports occasionnés par cette situation seront pris en charge suivant le barème prévu aux conditions particulières.

**b) A l'extérieur du territoire national**

Lorsque l'état de santé d'un prestataire nécessite des soins à l'étranger dûment autorisés et préalablement pris en charge par la caisse de sécurité sociale, les frais de transport aller – retour du malade sont remboursés en complément des remboursements éventuels de la sécurité sociale, suivant le barème figurant aux conditions particulières.

**c) Frais de transport de l'accompagnateur pour soins à l'étranger**

Lorsque l'état de santé d'un prestataire nécessite d'être accompagné pour soins à l'étranger, les frais de transport de l'accompagnateur seront pris en charge par l'assureur dans les mêmes conditions que ceux de l'assuré, s'ils ne sont pas pris en charge par la caisse de sécurité sociale. L'accompagnateur du malade doit être prescrit par le médecin.

**42-7 Prothèse auditives et orthopédiques**

Les appareils de prothèse sont remboursés dans les limites fixées aux conditions particulières.
Toutefois, le renouvellement doit être prescrit par le médecin traitant et pris en charge par la sécurité sociale.

**42-8 Soins et Prothèses dentaires**

Les soins et les prothèses dentaires sont remboursés en complément des remboursements de la

sécurité sociale et dans la limitées fixées aux conditions particulières.

**a) Soins dentaires**
Les soins et extractions dentaires sont remboursés dans les limites fixées aux conditions particulières.
**b) Prothèses dentaires**
La prise en charge est subordonnée à l'accord préalable de l'assureur et après remise des pièces suivantes :
- Devis détaillé établi par le chirurgien dentiste traitant,
- Prise en charge par la sécurité sociale.
Les prothèses dentaires sont remboursées suivant le barème figurant aux conditions particulières.

**42-9 Lunetteries**
Les frais de lunetteries sont remboursés en complément des remboursements de la sécurité sociale, et dans les limites au barème annexé aux conditions particulières.
Lorsque le médecin prescrit le port des lunettes de près et de loin, la garantie joue pour chaque paire de lunettes dans les limites fixées par les conditions particulières.
Les lentilles ou verres de contact sont pris en charge dans les mêmes conditions que les verres optiques et dans les limites du barème figurant aux conditions particulières.

**42-10 Cures thermales**
La garantie est subordonnée à la prise en charge par la sécurité sociale.
Les frais de cure thermale sont remboursés dans les limites fixées aux conditions particulières.

**42-11 Déclarations – règlement des sinistres**
Toute déclaration de sinistre doit être faite par le souscripteur, l'assuré ou un membre de sa famille à l'assureur dans les quinze (15) jours qui suivent la première visite ou consultation du médecin traitant, sauf impossibilité, dont il devra être justifié.
Cette déclaration sera faite par écrit ou verbalement contre récépissé.
Elle précisera en particulier la nature de la maladie et la date des premiers symptômes.
Dans les trente (30) jours qui suivent la fin du traitement, l'assuré doit communiquer à l'assureur toutes les pièces justificatives des frais exposés par lui, tels que notes d'honoraires, notes de frais de clinique, décompte de la sécurité sociale, ainsi que tous les documents pouvant servir pour le règlement du dossier.
Le règlement des prestations aura lieu dans les trente (30) jours qui suivent la remise des pièces, en Algérie et en Dinars Algériens.

**42-12 Contrôle médical**
L'assuré a le libre choix de son médecin, cependant l'assureur se réserve le droit de soumettre le bénéficiaire de la prestation à un contrôle médical.
Le prestataire (bénéficiaire) a la faculté de se faire assister par son médecin traitant.
Dans le cas où ces deux médecins ne sont pas d'accord entre eux sur la nature, l'origine de la maladie, ou sur les soins et traitement prescrit, il y aura un arbitrage d'ordre purement médical conformément à l'article 13 des conditions générales.

## Article 43 SUBROGATION

Conformément à l'**article 61 de l'ordonnance n° 95-07 du 25 janvier 1995, modifiée et complétée par la loi n° 06-04 du 20 Février 2006**, la victime et ses ayants droit conservent leur droit de recours contre le tiers responsable du sinistre, sauf en ce qui concerne les frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation pour lesquels l'assureur est subrogé dans les termes de **l'article 38** de la même ordonnance jusqu'à concurrence des sommes qu'il aura versées au titre de ces garanties dans les droits et actions de la victime contre tout responsable du sinistre.
L'assuré s'oblige à confirmer sur demande de l'assureur cette subrogation par acte spécial.
L'assureur peut être déchargé de tout ou partie de ses obligations envers l'assuré quand la subrogation ne peut plus par le fait de l'assuré, s'opérer en faveur de l'assureur.

# Titre VII – ASSURANCE INDEMNITÉS FORFAITAIRES

## Article 44 OBJET DE LA GARANTIE

**Cette assurance a pour objet de garantir une indemnité forfaitaire à l'assuré lorsque l'un des évènements énumérés ci-dessous se réalise :**

**a) Forfait de Mariage**
En cas de mariage de l'assuré (é), il lui sera versé une indemnité forfaitaire dont le montant est fixé aux conditions particulières.
Le service de cette indemnité est subordonné à la production d'un extrait de mariage.
**b) Forfait de Naissance**
En cas d'accouchement de l'assurée, il lui sera versé une indemnité forfaitaire, dont le montant est fixé aux conditions particulières.
Le service de cette indemnité est subordonné à la production d'un extrait d'acte de naissance.
**c) Forfait de Circoncision**
En cas de circoncision d'un enfant de l'assuré(e), il lui sera versé une indemnité dont le montant est fixé aux conditions particulières.
**Le service de cette indemnité est subordonné à la production d'un certificat médical de circoncision établi :**
- Soit par un médecin de l'hôpital ;
- Soit par un médecin d'une clinique ;
- Soit par un médecin d'une officine privée ;
- Soit par un médecin du centre médico-social de la contractante.

En outre, le médecin qui a pratiqué l'opération chirurgicale, doit mentionner, le nom, prénom, et la date de naissance de l'enfant circoncis, ainsi que la date de l'événement.
**d) Forfait Funéraire**
En cas de décès de l'une des personnes énumérées ci-après, un forfait funéraire sera versé à l'assuré dont le montant est fixé aux conditions particulières :
- Décès de la mère de l'assuré;
- Décès du père de l'assuré;
- Décès du conjoint de l'assuré;
- Décès d'un enfant de l'assuré à charge au sens des allocations familiales, ou à la naissance (mort-né).

Le service de cette indemnité est subordonné à la production d'un extrait d'acte de décès.

## Article 45 EXCLUSIONS DE GARANTIES

**Sont exclus de la garantie :**
**- Tous les sinistres survenus antérieurement à la date d'effet du contrat ;**
**- Le suicide conscient ;**
**- La mort donnée volontairement par le bénéficiaire de la prestation ;**
**- Tout sinistre, dont il n'existe aucun lien d'affiliation.**

## Article 46 COMPETENCE

En cas de constatation relative à la fixation de l'indemnité due par l'assureur, Le défendeur qu'il soit assureur ou assuré est assigné, la société devant le domicile de l'assuré article 26 de l'ordonnance n° 95 – 07 du 25 Janvier 1995, modifiée et complétée par la loi n° 06 – 04 du 20 Février 2006.

## Article 47 PRESCRIPTION

Le délai de prescription pour toutes actions de l'assuré ou de l'assureur nées du contrat d'assurance est de trois (03) années, à partir de l'événement qui lui donne naissance (l'article 27 alinéa 2,3 et 4 de l'ordonnance 95-07 du 25.01. 1995, modifiée et complétée par la loi n° 06.04 du 20.02.2006).

Toutefois, ce délai ne court :

- en cas de réticence ou de déclaration fausse ou inexacte sur le risque assuré, que du jour où l'assureur en a eu connaissance,
- en cas de survenance de sinistre que du jour où les intéressés en ont eu connaissance.

Dans le cas ou l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, la prescription court qu'à compter du jour où le tiers a porté l'affaire devant le tribunal contre l'assuré ou a été indemnisé par celui-ci.
**La durée de la prescription ne peut être interrompue que dans les cas prévus par l'article 28 de l'ordonnance 95-07 du 25.01.1995, modifiée et complétée par la loi n° 06.04 du 20.02.2006).**

MACIRVIE

Assurance vie · voyage · santé

43, Rue AMANI Belkacem, Paradou, Hydra, Alger
Tél.: +213 (0) 770 112 072 / 73
courrier@macirvie.com | www.macirvie.com

Scan me

ISO 9001
BUREAU VERITAS
Certification