

**CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCES  
SANTÉ/DECÈS/INVALIDITÉ**

**POUR BOURSIERS, STAGIAIRES, CHERCHEURS INVITÉS ET PARTICIPANTS  
AUX FORMATIONS/VOYAGES D'ÉTUDES/CONFÉRENCES D'UNE  
ORGANISATION DE L'ONU**

**Validité du document: 1<sup>er</sup> janvier – 31  
décembre 2018**

**BROCHURE D'INFORMATION**

## INFORMATION GENERALE

Cette brochure a été rédigée à titre d'information. Elle ne remplace pas le contrat officiel conclu entre les organisations appartenant aux Nations unies, les assureurs et Cigna. Les informations qui y figurent comme celles qui n'y figurent pas ou sont omises de cette brochure ne remplacent pas et ne changent pas les termes du contrat officiel.

### NOTE D'INTRODUCTION

Dans la présente brochure, on entend par « boursiers » toutes les autres catégories de personnes mentionnées ci-dessous.

### CONDITIONS D'ADMISSION

Les catégories de personnes suivantes sont admissibles:

1. boursiers, quelle que soit leur source de financement, y compris les boursiers dépendant de projets sous exécution gouvernementale;
2. visiteurs scientifiques;
3. participants à une formation, que celle-ci soit de longue ou de courte durée et qu'elle se déroule dans leur propre pays ou dans un autre pays;
4. participants à des voyages d'études/conférences.

**Note importante:** Seul le boursier, chercheur invité et participant aux formations/voyages d'études/conférences d'une organisation de l'ONU est assuré et non les personnes à sa charge ou les membres de sa famille.

### PROCEDURE D'INSCRIPTION POUR LES ORGANISATIONS

1. Sélectionnez la ou les police(s) souhaitée(s) (police A et B, voir p. 3).
2. Choisissez le niveau de couverture souhaité pour chaque police et pour chaque destination
3. Informez Cigna de votre choix.

#### **Contactez:**

Cigna  
P.O. Box 69  
2140 Anvers  
Belgique

Personne à contacter pour les deux polices de la part des courtiers d'assurances:  
Tél. + 32 3 217 65 25  
Fax + 32 3 272 39 69  
E-mail [clientservice1@cigna.com](mailto:clientservice1@cigna.com)

## **CONDITIONS DES POLICES**

**PERIODE DE VALIDITE:** 1 janvier 2018 - 31 décembre 2018

### **POLICE A: FRAIS MEDICAUX**

A - 1: Plafond 10.000 USD - cotisation par mois	32,06 USD
A - 2: Plafond 15.000 USD - cotisation par mois	36,32 USD
A - 3: Plafond 25.000 USD - cotisation par mois	40,54 USD
A - 4: Plafond 50.000 USD - cotisation par mois	43,29 USD

### **POLICE B: DECES/INVALIDITE PERMANENTE**

#### **ACCIDENTS ET MALADIE**

cotisation per personne par mois

B - 1: Plafond 10.000 USD décès; 20.000 USD invalidité permanente totale	3,17 USD
B - 2: Plafond 25.000 USD décès; 40.000 USD invalidité permanente totale	7,92 USD
B - 3: Plafond 50.000 USD décès; 75.000 USD invalidité permanente totale	14,76 USD

#### **SEULEMENT ACCIDENTS**

B - 4: Plafond 10.000 USD décès 20.000 USD invalidité permanente totale	0,72 USD
B - 5: Plafond 25.000 USD décès 40.000 USD invalidité permanente totale	1,80 USD
B - 6: Plafond 50.000 USD décès 75.000 USD invalidité permanente totale	3,00 USD

Les demandes de remboursement dans le cadre de décès et d'invalidités résultant du SIDA ne sont pas couvertes.

### **CONDITIONS GENERALES APPLICABLES A TOUTES LES POLICES**

Article 1:	Date de prise d'effet et durée du contrat
Article 2:	Prise d'effet et fin de la couverture
Article 3:	Définitions
Article 4:	Personnes assurées
Article 5:	Paiement des cotisations
Article 6:	Privilèges et immunités
Article 7:	Contentieux
Article 8:	Etendue territoriale
Article 9:	Subrogation
Article 10:	Délégation de gestion
Article 11:	Déclaration des sinistres
Article 12:	Exceptions
Article 13:	Risques exclus et risques spéciaux
Article 14:	Cotisations
Article 15:	Boursiers et stagiaires aux Etats-Unis

### **POLICE A: DEPENSES DE SANTE**

Article A.1:	Prestations
Article A.2:	Procédure de remboursement
Article A.3:	Période de limitation
Article A.4:	Devise de remboursement

## **POLICE B: DECES ET INVALIDITE PERMANENTE**

### **DECES**

- Article B.1: Montant du capital
- Article B.2: Paiement du capital

### **INVALIDITE**

- Article B.3: Invalidité permanente totale
- Article B.4: Invalidité permanente partielle
- Article B.5: Paiement des indemnités
- Article B.6: Exclusions applicables aux risque de décès et d'invalidité permanente

## **CONDITIONS GENERALES APPLICABLES A TOUTES LES POLICES**

### **ARTICLE 1 - DATE DE PRISE D'EFFET ET DURÉE DU CONTRAT**

Le présent contrat entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2018 à 00:00 heures et est valide jusqu'au dernier jour de décembre 2018 à 24:00 heures. Il sera renouvelé ensuite par tacite reconduction le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année, chaque fois pour une durée de 12 mois, sauf si l'une des parties le dénonce par lettre recommandée au moins trois mois avant la date d'échéance.

### **ARTICLE 2 - PRISE D'EFFET ET FIN DE LA COUVERTURE**

Les garanties sont acquises dès que la Personne Assurée est portée sur la liste fournie par le Preneur d'assurance. Elles restent acquises jusqu'à la date de fin du contrat de travail de la Personne Assurée, comme indiqué sur la liste fournie par le Preneur d'assurance conformément à l'Article 4.

### **ARTICLE 3 – DÉFINITIONS**

Les définitions suivantes s'appliquent pour l'interprétation du présent contrat:

- **Maladie:** toute détérioration de l'état de santé confirmée par une autorité médicale compétente;
- **Accident:** toute atteinte soudaine, portée au corps humain par une force extérieure;
- **Soins de santé:** tout examen effectué et toute mesure prise pour rétablir et maintenir la santé;
- **Personne assurée:** le boursier tel que communiqué aux Assureurs;
- **Maternité:** cette définition est interprétée dans son sens large et inclut la grossesse;
- **Invalidité permanente:** blessure ou maladie qui résulte dans une déformation ou une perte de fonction ou des membres qui est permanente et incurable ou durant au moins 12 mois et après, sans espoir d'amélioration.

### **ARTICLE 4 - PERSONNES ASSURÉES**

Les provisions du contrat s'appliquent aux boursiers de l'organisation dont les noms sont fournis par le Preneur d'assurance dans une liste mentionnant les dates d'entrée et de fin du risque.

Dans les 15 jours suivant la fin de chaque mois, le Preneur d'assurance fournira une liste indiquant les changements intervenus dans le mois écoulé ainsi que les dates de début et de fin du risque. Le Preneur d'assurance peut également envoyer la liste complète des personnes assurées et payer les cotisations totales dues sur une base mensuelle (ou trimestrielle).

## **ARTICLE 5 - PAIEMENT DES COTISATIONS**

Les cotisations seront versées à la fin de chaque mois sur base des déclarations du Preneur d'assurance mentionnées à l'Article 4. Pour les périodes de moins d'un mois, une cotisation au prorata est appliquée, avec un minimum d'un tiers de la cotisation mensuelle.

## **ARTICLE 6 - PRIVILÈGES ET IMMUNITÉS**

Aucune disposition figurant dans le présent contrat ou s'y rapportant ne saurait porter atteinte aux privilèges et immunités dont bénéficie le Preneur d'assurance.

## **ARTICLE 7 – CONTENTIEUX**

1. *Litiges portant sur des questions autres que médicales:* Excepté les dispositions décrites au paragraphe 2 du présent Article, tout différend né de l'interprétation ou de l'application des termes du présent contrat ou d'une violation de ses dispositions, qui n'est pas réglé par voie de négociation directe, sera réglé conformément au Règlement d'arbitrage de la Chambre internationale de commerce. Le Preneur d'assurance et l'Assureur acceptent de se conformer à la sentence de l'arbitre.
2. *Litiges portant sur des questions médicales:* Le différend sera réglé par un arbitre désigné conjointement par un médecin choisi par le Preneur d'assurance et par le médecin des Assureurs. En l'absence d'accord, l'arbitre est désigné par le Président du Conseil de l'Ordre des Médecins ou par l'association médicale équivalente compétente au lieu du domicile de la Personne Assurée.  
Le coût d'arbitrage, y compris les honoraires de l'arbitre, est partagé en moitié entre les deux parties.

## **ARTICLE 8 - ETENDUE TERRITORIALE**

Les garanties du présent contrat sont acquises dans le monde entier. Dans le cas où les Assureurs sont limités à exercer leurs droits sous ce contrat par des autorités gouvernementales dans un pays où un accident ou une maladie survient, le Preneur d'assurance peut, sur demande écrite des Assureurs, utiliser ses biens offices afin de permettre aux Assureurs d'exercer leurs droits.

## **ARTICLE 9 - SUBROGATION**

Dans les limites des prestations accordées selon les présentes dispositions, en cas de maladie ou d'accident, la personne assurée ou ses survivants cèdent aux Assureurs les droits que possède la personne assurée contre un tiers responsable. Sur la demande des Assureurs, la personne assurée doit confirmer le droit de subrogation des assureurs par écrit. Dans le cas où l'assuré le refuse, il sera mis fin à la couverture. Toutefois, les droits des Assureurs se limitent aux indemnités payées par les Assureurs et ne portent pas préjudice aux droits de la personne assurée à d'autres sommes à récupérer.

## **ARTICLE 10 - DÉLÉGATION DE GESTION**

Les Assureurs délèguent la gestion quotidienne du présent contrat à Cigna, Anvers. Cigna est notamment responsable du recouvrement des primes, de la délivrance des reçus et du paiement des prestations dues aux assurés. Cigna désigne les arbitres et les médecins des Assureurs.

## **ARTICLE 11 - DÉCLARATION DES SINISTRES**

En cas d'accident, le Preneur d'assurance mentionnera le lieu et les circonstances ainsi que les noms et adresses des témoins éventuels et des autorités judiciaires qui sont intervenues. Les Assureurs ont le droit de contacter la Personne Assurée, et si nécessaire le Preneur d'assurance, afin de se renseigner concernant la maladie, l'accident et le traitement donné. Des informations confidentielles peuvent être remises sous enveloppe cachetée au médecin des Assureurs qui divulguera au Centre de traitement des demandes de remboursement uniquement les documents nécessaires afin d'arriver à une conclusion satisfaisante. La Personne Assurée s'engage à se soumettre à un examen éventuel des médecins délégués par les Assureurs, examen dont les frais seront pris en charge par les Assureurs. La Personne Assurée est obligée de subir l'examen, mais peut demander la présence de son propre médecin.

## **ARTICLE 12 - EXCEPTIONS**

Les Assureurs peuvent opposer aux assurés qui invoquent le bénéfice de l'assurance les mêmes exceptions que celles opposables au Preneur d'assurance.

## **ARTICLE 13 - RISQUES EXCLUS ET RISQUES SPÉCIAUX**

Ne sont pas couverts:

- 13.1 les examens médicaux préventifs effectués périodiquement;
- 13.2 les conséquences de maladies ou d'accidents résultant d'une action délibérée et intentionnelle de l'assuré telle que la tentative de suicide ou la mutilation volontaire;
- 13.3 les dommages subis en temps de guerre par les personnes assurées qui sont mobilisées ou qui se portent volontaires pour le service militaire, les forces aériennes ou maritimes. L'assurance est alors suspendue.
- 13.4 les conséquences de blessures résultant de la pratique de course motocycliste et des sports hasardeux de haute compétition pour lesquels le pari est permis. Les sports de compétition normaux sont couverts.
- 13.5 les conséquences d'insurrections ou d'émeutes si, en y prenant part, la Personne Assurée a commis une infraction aux lois en vigueur; les suites de la participation à des rixes, sauf en cas de légitime défense;
- 13.6 les cures de rajeunissement et les traitements esthétiques, sauf si une intervention de chirurgie esthétique est nécessaire à la suite d'un accident couvert par l'assurance;
- 13.7 les conséquences directes ou indirectes d'explosions, dégagement de chaleur, ou irradiations produits par transmutation du noyau de l'atome ou par radioactivité ou résultant de rayonnements produits par l'accélération artificielle des particules nucléaires;
- 13.8 les frais relatifs au déplacement ou au transport de la Personne Assurée par ambulance ou par d'autres moyens, sauf lorsque le déplacement ou le transport a été effectué avec l'aide d'un service d'ambulance professionnel entre le lieu où l'intéressé a été accidenté ou est tombé malade et le premier hôpital où il est traité. En cas d'urgence ou de maladie grave, le transport spécial de l'assuré, les frais de la personne accompagnante ou surveillante seront remboursés à concurrence d'un maximum de 7.500 USD (couverture A1 jusqu'à A3) ou 10.000 USD (couverture A4). En outre, les préparations et le rapatriement de la dépouille mortelle sont remboursables à concurrence d'un maximum de 7.500 USD.
- 13.9 les accidents de navigation aérienne ne sont couverts que si le bénéficiaire se trouve à bord d'un avion muni d'un certificat de navigabilité valable et conduit par une personne possédant un brevet de pilote pour le type d'avion en question.

## **ARTICLE 14 - COTISATIONS**

Les cotisations mensuelles payables aux Assureurs sont indiquées à la page 3.



## **ARTICLE 15 – BOURSIERS ET STAGIAIRES AUX ETATS-UNIS**

Les boursiers, les stagiaires, les participants à un voyage d'étude et les participants à une réunion se rendant aux Etats-Unis seront couverts dans le cadre de leur internat, de leur formation ou de leur participation par une assurance santé distincte, conforme aux exigences du programme J-1.

Sont couverts par cette assurance:

- des prestations médicales de USD 100.000 par accident ou maladie;
- le rapatriement d'une dépouille mortelle pour un montant de USD 25.000;
- les frais associés à l'évacuation médicale du stagiaire/boursier/participant vers son pays d'origine, pour un montant de USD 50.000;
- une franchise maximale de USD 500 par accident ou maladie.

La prime mensuelle due aux Assureurs s'élève à USD 68,88 par personne et par mois.

## **POLICE A: DEPENSES DE SANTE**

### **ARTICLE A.1 - PRESTATIONS**

Le remboursement total auquel les Assureurs sont tenus en ce qui concerne les frais sous-mentionnés encourus par une Personne Assurée dans une période de 12 mois consécutifs est limité jusqu'au montant sélectionné à la page 3. Les provisions exposées dans cet article-ci sont soumises à cette limitation ainsi qu'à l'exclusion exposée en Article 13.

A.1.1. Les Assureurs remboursent à 100% les frais pour soins médicaux prescrits par un médecin qualifié.

Les frais d'hospitalisation suivants sont également remboursés à 100%:

- frais de séjour (remboursement maximum: le prix pour une chambre à 2 ou plusieurs lits);
- services infirmiers de caractère général;
- usage des salles d'opérations et du matériel;
- usage de salles de réanimation et du matériel;
- analyses de laboratoire;
- examens radiologiques;
- médicaments et produits utilisés pendant la période d'hospitalisation.

A.1.2. Les soins médicaux suivants sont assujettis à certaines limitations:

A.1.2.1 Traitement dentaire: Les frais de traitement dentaire, soins périodontiques, couronnes, bridges et autres appareils dentaires ainsi que les frais de traitement orthodontique dentaire et facial sont remboursables jusqu'à concurrence d'un maximum de 600 USD par Personne Assurée et par période de 12 mois consécutifs.

A.1.2.2 Examens et traitements spéciaux

A.1.2.2.1 Les frais de traitement psychiatrique, y compris les frais de traitement psychanalytique, ne sont remboursables que si l'intéressé est traité par un psychiatre. Les frais de traitement psychiatrique ne sont remboursés qu'à 50% et à concurrence d'un montant maximum de 600 USD, pour un nombre de consultations ne dépassant pas 50 par personne au cours d'une même période de six mois consécutifs.

A.1.2.2.2 Les frais de traitement radiologique ne sont remboursables que si le traitement est effectué à la demande du médecin traitant.

A.1.2.2.3 Frais exclus: les appareils de prothèse auditive, lunettes/lentilles, les examens des yeux en vue de la prescription de verres correctifs, les cures thermales.

## **ARTICLE A.2 - PROCÉDURE DE REMBOURSEMENT**

- A.2.1. Si le boursier a droit à un remboursement de la part d'un autre assureur, le montant qui lui sera remboursé par les Assureurs sera, comme il convient, calculé sur la base d'un montant égal à la différence entre les frais effectivement encourus et le montant remboursé par d'autres sources.
- A.2.2. Les premiers 10 USD de frais médicaux encourus pour la Personne Assurée pour chaque nouvelle période de 12 mois commençant au ou après le 1<sup>er</sup> janvier 2018 ne sont pas remboursables.
- A.2.3. Les demandes de remboursement doivent être introduites par la Personne Assurée ou le Preneur d'assurance, accompagnées d'une indication du diagnostic et des notes de frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, des factures d'hôpital et de toute pièce attestant le remboursement des sommes par d'autres assureurs (avec une indication détaillée des montants remboursés). Les Assureurs effectueront les remboursements dans les 15 jours qui suivent la réception des factures au Preneur d'assurance ou directement aux Personnes Assurées. Les Assureurs gardent les documents soumis pour une durée indéterminée. Au cas où la Personne Assurée n'est plus en vie, le paiement sera effectué à la personne soumettant des documents justificatifs satisfaisants prouvant qu'elle a droit au paiement concerné. Le Preneur d'assurance n'accepte aucune responsabilité, ni financière ni autre, en ce qui concerne l'exactitude de chaque demande de remboursement soumise par le bénéficiaire ou en son nom.

## **ARTICLE A.3 - PÉRIODE DE LIMITATION**

Un remboursement sera effectué à condition que la demande soit présentée endéans les deux suivant la date à laquelle les dépenses ont été encourues.

## **ARTICLE A.4 - MONNAIE DE REMBOURSEMENT**

Le remboursement par les Assureurs est effectué dans la même monnaie que celle dans laquelle les cotisations sont payées par le Preneur d'assurance ou par la Personne Assurée.

La conversion des frais médicaux encourus dans une monnaie autre que USD sera normalement faite au taux de change pratiqué pour les programmes des Nations Unies en vigueur au moment où la demande de remboursement a été signée.

## **POLICE B: DECES ET INVALIDITE PERMANENTE**

**DECES** (résultant d'un accident ou toute autre cause, selon la police sélectionnée)

### **ARTICLE B.1 - MONTANT DU CAPITAL**

En cas de décès d'une Personne Assurée, le capital assuré payable sera le capital en USD choisi à la page 3. Toutefois, en cas de décès naturel d'une Personne Assurée âgée plus de 63 ans, une indemnité de 50% sera payée. En outre, les préparations et le rapatriement de la dépouille mortelle sont remboursés à concurrence de 7.500 USD, à condition qu'aucun frais de santé n'ait été engagé.

### **ARTICLE B.2 - PAIEMENT DU CAPITAL**

En cas de décès d'une Personne Assurée, les Assureurs paieront le capital assuré après la remise des documents suivants:

- bulletin ou extrait d'acte de naissance de l'agent ou fiche d'état civil;
- extrait de l'acte de décès;
- rapport médical précisant la cause du décès de l'assuré.

Les frais de rapatriement de la dépouille mortelle seront remboursés après la réception des factures ou autres document faisant office de facture, condition qu'aucun frais de santé n'ait été engagé.

**INVALIDITE** (résultant d'un accident ou toute autre cause, selon la police sélectionnée)

### **ARTICLE B.3 - INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE**

Si l'invalidité permanente est totale, les Assureurs paieront le capital assuré choisi à la page 3.

### **ARTICLE B.4 - INVALIDITÉ PERMANENTE PARTIELLE**

Si l'invalidité permanente est partielle, une partie du capital sera payée conformément au degré d'invalidité, comme indiqué au tableau ci-dessous:

Aliénation mentale incurable	100%
Paralysie organique totale	100%
Cécité complète	100%
Amputation ou perte d'usage totale et définitive:	
- des deux bras ou des deux mains;	100%
- des deux jambes ou des deux pieds;	100%

- d'un bras ou d'une main et d'une jambe ou d'un pied;	100%	
Perte totale d'un œil avec ablation	30%	
Perte totale d'un œil sans ablation	25%	
Perte de substance du crâne dans toute son épaisseur :		
- B.4.1 surface d'au moins 6 cm <sup>2</sup>	40%	
- B.4.2 surface de 3 à 6 cm <sup>2</sup> .	20%	
- B.4.3 surface inférieure à 3 cm <sup>2</sup>	10%	
Surdité incurable et totale des deux oreilles	40%	
Surdité incurable et totale d'une oreille	15%	
Ablation de la mâchoire inférieure :		
- B.4.4 totale	70%	
- B.4.5 partielle (branche montante et totalité ou moitié du corps du maxillaire)	40%	
Perte en haut et en bas des dents et de leurs alvéoles, la prothèse n'étant pas supportée	10% - 30%	
En cas de prothèse avec amélioration fonctionnelle constatée	1% - 10%	
	<b>Droit</b>	<b>Gauche</b>
Perte du bras ou de la main	75%	60%
Paralysie totale du membre supérieur	65%	55%
Paralysie complète du nerf circonflexe	20%	15%
Paralysie complète du nerf médian	45%	35%
Paralysie complète du nerf cubital du coude	30%	25%
Paralysie complète du nerf de la main	20%	15%
Paralysie complète du nerf radial au-dessus du triceps	40%	30%
Ankylose complète de l'articulation scapulo-humérale:		
- B.4.6 avec immobilisation de l'omoplate	65%	55%
- B.4.7 avec mobilité de l'omoplate	35%	25%
Fracture non consolidée du bras: (pseudarthrose constituée)	30%	25%
Perte totale des mouvements du coude:		
- B.4.8 en position défavorable	40%	35%
- B.4.9 en position favorable	25%	20%
Fracture non consolidée de l'avant-bras (pseudarthrose constituée):		
- B.4.10 des deux os	25%	20%
- B.4.11 d'un seul os	10%	8%

Perte totale du mouvement du poignet:		
- B.4.12 en position défavorable (flexion ou extension forcée ou supination)	40%	30%
- B.4.13 en position favorable (rectitude et pronation)	20%	15%
Amputation du pouce:		
- B.4.14 totale	20%	18%
- B.4.15 partielle (phalange unguéale)	10%	8%
Ankylose du pouce:		
- B.4.16 totale	15%	12%
- B.4.17 partielle (phalange unguéale)	10%	8%
Amputation de l'index:		
- B.4.18 totale	16%	14%
- B.4.19 deux phalanges	12%	10%
- B.4.20 une phalange	6%	5%
- Amputation du majeur	12%	10%
- Amputation de l'annulaire	10%	8%
- Amputation de l'auriculaire	8%	6%
Paralysie totale du membre inférieur		60%
Paralysie complète du nerf sciatique poplité interne		30%
Paralysie complète du nerf sciatique poplité externe		30%
Paralysie complète des deux nerfs sciatiques poplités		40%
Raccourcissement du membre inférieur:		
- B.4.21 d'au moins cinq centimètres		30%
- B.4.22 de 3 à 5 cm		20%
- B.4.23 de 1 à 3 cm		10%
Ankylose complète de la hanche:		
- B.4.24 en mauvaise attitude (flexion-adduction ou abduction)		60%
- B.4.25 en rectitude		40%
Amputation de la cuisse:		
- B.4.26 1/2 supérieure		60%
- B.4.27 1/2 inférieure		50%
Fracture non consolidée de la cuisse ou des deux os de la jambe (pseudarthrose constituée)		50%
Ankylose complète du genou:		
- B.4.28 en flexion (à partir de 130 degrés)		50%
- B.4.29 en rectitude ou presque rectitude		25%

Hydarthrose chronique suivant le degré d'atrophie musculaire	3% à 20%
Fracture non consolidée de la rotule avec gros écartement des fragments et gêne considérable des mouvements d'extension de la jambe sur la cuisse	40%
Amputation de la jambe	50%
Ankylose tibio-ta	15%
Amputation du pied:	
-B.4.30 totale (désarticulation tibio-tarsienne)	50%
-B.4.31 sous-astragalienne	40%
-B.4.32 médio-tarsienne	35%
-B.4.33 tarso-métatarsienne	30%
Amputation de tous les orteils	20%
Amputation du gros orteil	10%
Amputation d'un orteil autre que le gros orteil	5%
Ankylose du gros orteil	3.5%

- Pour un gaucher, les taux relatifs au membre supérieur droit seront appliqués au membre gauche et inversement.
- Pour les cas d'invalidité permanente partielle non prévus ci-dessus, le degré d'invalidité est déterminé par analogie avec le tableau qui précède, sans tenir compte de la profession de la Personne Assurée.
- La perte d'usage d'un organe sera considérée comme la perte d'un organe.
- L'indemnité totale résultant de plusieurs invalidités provenant du même accident s'obtient par addition, sans pouvoir dépasser le capital intégral assuré.

#### **ARTICLE B.5 - PAIEMENTS DES INDEMNITÉS**

Les indemnités sont accordées sur la base d'une déclaration d'invalidité permanente dressée par un médecin recevable par les Assureurs et le Preneur d'assurance.

#### **ARTICLE B.6 – EXCLUSIONS APPLICABLES AUX RISQUES DE DÉCÈS ET D'INVALIDITÉ PERMANENTE**

En plus des exclusions mentionnées à l'Article 13 - Risques exclus et risques spéciaux, la couverture exclut:

1. toute demande de remboursement résultant d'un acte de terrorisme qui implique l'usage ou la menace d'armes nucléaires, chimiques ou biologiques. Dans le cadre de cette exclusion, l'acte de terrorisme est défini comme : un acte qui consiste à, mais qui ne se limite pas à, l'usage de la force ou de la violence et/ou de menaces, par une personnes ou un(des) groupe(s) de personnes agissant seuls ou au nom d'une organisation ou d'un

gouvernement, et qui est commis pour des raisons politiques, religieuses, idéologiques ou ethniques et/ou qui inclut l'intention d'influencer le gouvernement ou/et d'effrayer le public.

Si sur base de la présente exclusion, les Assureurs décident qu'une demande de remboursement n'est pas couverte par le contrat d'assurance, la preuve du contraire doit être fournie par la Personne Assurée.

2. décès ou une invalidité permanente qui résulte du SIDA.