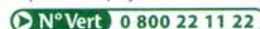




GMC
gestion



18, Rue Alphonse Karr
06000 NICE
TEL. : 04 93 16 74 74
FAX : 04 93 16 74 75
E-mail : info@paya-assurances.fr
Site web : http://www.paya-assurances.fr

 N° Vert 0 800 22 11 22

01.11.2005

CONTRAT GROUPE FRAIS MEDICAUX ET DECES

« Assimilés Sûreté Publique de Monaco »

réservé aux personnes non fonctionnaires de moins de 55 ans à l'adhésion,
exerçant une activité professionnelle

CONDITIONS GENERALES au 1^{er} avril 2005

PREAMBULE

Il a été conclu, entre le Cabinet Pierre Paya Assurances et AMIS, une Convention d'Assurance de groupe n° 67 284 886, à adhésion facultative, régie par le Code des Assurances, et dont la gestion est assurée par GMC Gestion. Les conditions ci-après et les demandes d'adhésion des Assurés en reprennent les dispositions essentielles. Cette Convention est ouverte auprès du Cabinet Pierre Paya Assurances aux souscripteurs au contrat qui répondent aux conditions définies ci-après.

La Convention a pour objet le remboursement des frais médicaux, chirurgicaux et de maternité, engagés par l'Assuré et les membres de sa famille, ainsi que des couvertures décès. Les garanties reposent sur la bonne foi des parties.

TITRE I. - GARANTIE FRAIS MEDICAUX

1. DEFINITIONS APPLICABLES

Souscripteur

Personne demandant son adhésion aux contrats.

Assuré

Peuvent adhérer au contrat les personnes non fonctionnaires, exerçant une activité professionnelle et relevant de l'un des régimes obligatoires définis ci-après, en activité ou retraités, avant leurs 55^e anniversaires.

Il est précisé que pour souscrire aux garanties décès, la demande d'adhésion doit obligatoirement être faite à la même date que les garanties frais médicaux. Toutefois, si, pour des raisons médicales, l'Assuré ne peut être admis en garantie décès, ou lorsqu'il est en arrêt de travail à la date de sa demande d'adhésion, il pourra être assuré en frais médicaux seuls.

L'Assuré est la personne admise au sein du contrat et à jour de ses cotisations.

L'adhésion n'est effective qu'après paiement de la première cotisation. Elle est constatée par la validation, par GMC Gestion, de la demande d'adhésion, GMC Gestion y indiquant la date de mise en œuvre des garanties.

Bénéficiaires

Tous les membres de la famille de l'Assuré doivent être affiliés. Sont donc bénéficiaires de l'Assurance frais médicaux, l'Assuré, son conjoint ou concubin, et leurs enfants de moins de 21 ans à condition d'avoir droit aux prestations en nature de l'assurance maladie obligatoire relevant du régime Caisse de compensation, du régime général de la Sécurité Sociale française ou des régimes SBM, CAMTI et TNS.

Les enfants atteignant leur 21^e anniversaire et de moins de 26 ans, peuvent souscrire à titre personnel, en tant qu'Assurés, et rester affiliés durant leur scolarité sous réserve de présentation annuelle d'un certificat de scolarité.

L'affiliation des nouveau-nés doit se faire dans les 30 jours de la naissance. Au-delà, les garanties ne seront acquises qu'après délai d'attente.

Maladie

Toute altération de la santé, constatée par une autorité médicale compétente.

Accident

Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'Assuré, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure.

Les hernies, ruptures ou déchirures musculaires, lombagos, "tours de reins", sciatiques, synovites, rhumatismes, gelures, insolation, et autres effets de la température sont considérés comme maladies.

Hospitalisation

Tout séjour dans un établissement hospitalier de soins public ou privé dès lors que ce séjour a pour objet la mise en observation, le traitement médical ou chirurgical d'une maladie ou de lésions résultant d'un accident et dont la durée minimale comprend une nuit complète.

L'hospitalisation à domicile et l'hospitalisation de jour sont assimilées aux soins médicaux courants.

Soins médicaux courants

Les frais exposés pour maladie ou accident qui n'entrent pas dans le cadre d'une hospitalisation et donnent lieu à remboursement par le Régime obligatoire.

Base de remboursement

Tarif utilisé par le Régime obligatoire pour le calcul de ses prestations.

Ticket modérateur

Part des frais de soins restant à votre charge après intervention de votre Régime obligatoire, calculée sur la Base de remboursement. Le Ticket modérateur varie selon la nature des frais engagés.

Délais d'attente

Les garanties sont accordées avec les délais d'attente suivants :

- trois mois pour l'hospitalisation et les soins dentaires,
- neuf mois pour les prothèses dentaires et l'optique.

Ces délais sont supprimés si les Assurés et bénéficiaires peuvent justifier qu'ils bénéficiaient de garanties similaires lors de leur adhésion (présentation d'un certificat de radiation datant de moins de 2 mois).

Circonstances nouvelles

En cours de contrat, vous nous informerez dans les 15 jours à partir du moment où vous en avez connaissance, des circonstances nouvelles qui rendent inexacts ou caduques les réponses faites sur la demande d'adhésion.

Ces circonstances nouvelles portent particulièrement sur :

- Votre changement de domicile. A défaut, toute communication qui vous sera adressée par lettre recommandée au dernier domicile connu sera suivie d'effet dans les délais normaux.
- Un changement de profession ou d'activités professionnelles d'un bénéficiaire entraînant un changement de Régime obligatoire.
- Votre passage en préretraite ou retraite ...

Lorsque la modification constitue une aggravation des circonstances (sauf en matière d'état de santé), nous pourrions vous proposer une nouvelle cotisation. Si vous ne donnez pas suite à notre proposition ou refusez le nouveau montant dans les 30 jours, nous pourrions résilier le contrat au terme de ce délai.

Lorsque la modification atténue la gravité des circonstances, vous pourrez demander une diminution du montant de la cotisation. A défaut d'accord de notre part, vous pourrez résilier le contrat, la résiliation prenant effet 30 jours après.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration, à la souscription ou en cours de contrat, des circonstances ou des aggravations définies ci-dessus, peut être sanctionnée conformément à la loi (art. L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances).

2. DUREE DE VIE DES GARANTIES

Les garanties frais médicaux sont viagères sous réserve des dispositions de l'article I. 7.

3. PRESTATIONS ASSUREES

Les prestations que nous vous versons dépendent de votre régime obligatoire qui est précisé à votre demande d'adhésion. Elles sont toujours, à l'exception des actes mentionnés aux Conditions ci-après, subordonnées à l'intervention de votre Régime obligatoire. Elles figurent sur la notice de garanties qui vous a été remise.

Les remboursements sont, généralement, exprimés en pourcentages de la base de remboursement du Régime obligatoire en vigueur au moment des soins, sous déduction des remboursements de ce régime.

Les prestations sont basées sur la valeur des tarifs des régimes obligatoires en vigueur au 01.04.2005.

Elles resteront au maximum les mêmes en valeur absolue si la participation à la charge des Assurés Sociaux venait à être augmentée par une réglementation ultérieure.

De même, si les remboursements du Régime obligatoire étaient revalorisés au cours de l'année d'une façon importante, nous nous réservons le droit de conserver le remboursement complémentaire qui était le nôtre en valeur absolue avant ladite revalorisation.

Nos partenaires



A.E.P.F.S.P.



CENTRE HOSPITALIER
PRINCESSE GRACE
MONACO



Certifié ISO 9001 - 2005 par



Seuls les frais dispensés pendant la période de garantie pourront être indemnisés.

Le délai de prescription pour le paiement des prestations est de 2 ans à compter de la date des soins.

Sans justificatifs des frais réels, ceux-ci sont estimés correspondre à la base de remboursement du Régime obligatoire.

Plafonnement de certaines garanties :

La participation du régime sur les séjours divers est versée dans la limite de 30 jours par an.

Le versement des forfaits exclut tout autre remboursement, sauf indication spécifique sur la grille de prestations. Concernant la maternité, elle n'est prise en charge que sur la base du règlement de 4 jours de chambre particulière, sauf maternité pathologique.

Cas des personnes prises en charge à 100 % par le Régime obligatoire

L'augmentation des prestations versées par le Régime obligatoire ne modifie pas le niveau d'intervention des garanties du présent contrat, ce dans la limite des frais engagés.

4. COMMENT OBTENIR UN REMBOURSEMENT FRAIS MEDICAUX

Pour obtenir les remboursements, les originaux des pièces suivantes doivent nous être adressés dans les trois mois qui suivent le paiement de la Sécurité Sociale ou la naissance d'un enfant :

- Les décomptes originaux des régimes obligatoires français ou monégasques.
- Les notes ou factures acquittées.
- Les décomptes établis par d'autres organismes de prévoyance.

En cas d'accident ou de maladie atteignant un bénéficiaire hors de France ou de la Principauté de Monaco, il est précisé que les remboursements des régimes sont toujours subordonnés au remboursement préalable du Régime obligatoire français ou monégasque. Nos remboursements sont effectués en euros sur le territoire de la Principauté de Monaco ou en France.

Cas particuliers du Régime général de Sécurité Sociale française :

NOTA : Pour les Assurés Sociaux du Régime Général assurés auprès des Caisses de Sécurité Sociale et pour les TNS affiliés au RAM-GAMEX, des accords ont été passés afin de transmettre directement au gestionnaire les informations relatives aux décomptes. Dans ce cas, vous n'aurez pas à nous adresser vos décomptes de Sécurité Sociale sur lesquels la Sécurité Sociale aura indiqué un message du type : "Nous avisons directement La G.M.C. des prestations que nous vous avons remboursées".

Dans ce cas, les seuls justificatifs qu'il vous faudra nous communiquer sont, comme pour l'ensemble des Assurés, les suivants :

- Frais dentaires et frais d'optique : factures détaillées et/ou notification de refus émise par le régime obligatoire.

En matière de prothèses dentaires, un devis et une demande d'entente détaillée et préalable devront être adressés à notre Dentiste-Conseil pour toute prothèse dont la codification globale est supérieure à SPR 80 (sauf orthodontie), ou en cas d'implant. En cas d'implant, la présentation d'une radio post-traitement sera également demandée avant tout remboursement.

- Hospitalisation n'ayant pas fait l'objet d'une prise en charge : facture acquittée de l'établissement et notes d'honoraires des chirurgiens précisant les honoraires reçus.

Si vous ne souhaitez pas bénéficier des Echanges de Données Informatisées, ce qui peut, notamment, être le cas si vous êtes inscrit à deux régimes complémentaires, vous pouvez conserver le système classique à condition de le spécifier par écrit à votre Unité de gestion en précisant les membres de votre famille concernés (loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978).

Tiers Payant Pharmacie

Nous mettons à votre disposition, dans la plupart des départements français, un service tiers payant pharmaceutique. Nous réglons donc directement le pharmacien du montant du Ticket modérateur sans que vous fassiez l'avance des frais (régimes Sécurité Sociale et TNS affiliés au RAM-GAMEX).

Autres Tiers Payant

Des accords de tiers payant et des accords tarifaires ont été pris avec de nombreux professionnels de santé. Vous pouvez obtenir l'indication de ceux existant dans votre région en interrogeant G.M.C. Gestion.

Cas des Assureurs multiples

Conformément à la loi (article 9 de la loi du 31.12.1989), les remboursements ou les indemnités des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent dépasser le montant des frais restant à charge après remboursements de toute nature auxquels vous avez droit auprès des différents organismes auxquels vous êtes adhérent. Il sera donc, dans nos remboursements, obligatoirement tenu compte des remboursements précédents.

Les garanties de même nature contractées auprès de plusieurs organismes assureurs produisent leur effet dans la limite de chaque garantie quelle que soit sa date de souscription. Dans cette limite, vous pouvez obtenir l'indemnité en vous adressant à l'organisme de votre choix.

Expertises médicales

Les médecins délégués par nous doivent pouvoir, sous peine de déchéance de la garantie, avoir libre accès auprès du bénéficiaire malade ou blessé pour procéder à une expertise médicale, avant ou après les soins. Nous devons donc être informés de tout changement de résidence.

Au cas où, sans motif valable, celui-ci, après réception d'une lettre recommandée l'avisant d'un contrôle médical, refuserait de se soumettre au contrôle de notre médecin, il serait déchu de tout droit aux indemnités.

5. EXCLUSIONS

Ne donnent pas lieu à indemnisation pour les garanties frais de soins :

- les suites et conséquences d'accident survenu avant la prise d'effet du contrat et des maladies dont les manifestations sont antérieures à la date d'entrée en vigueur de la garantie,
- les accidents ou maladies causés intentionnellement ou volontairement par le bénéficiaire ou résultant d'une tentative de suicide,
- les accidents ou maladies consécutifs à des faits de guerre étrangère ou civile, la participation active de l'Assuré à des opérations militaires, émeutes ou rixes auxquels l'Assuré aurait pris part en dehors de ses obligations professionnelles,
- les sinistres résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique ou tout phénomène de radioactivité,
- les traitements esthétiques, à l'exception de ceux consécutifs à un accident garanti,
 - les cures de rajeunissement,
 - les cures de thalassothérapie,
 - les traitements psychanalytiques et psychopédagogiques,
 - les centres hospitaliers et maisons médicalisées pour personnes âgées dépendantes, les longs et moyens séjours,
- les maladies et infirmités congénitales des enfants nés en cours d'assurance, sauf si l'adhésion a été demandée dans les trente jours qui suivent la naissance par l'un des parents déjà garanti au titre du présent contrat,
- les maladies ou accidents occasionnés par l'ivresse ou l'éthylisme de la personne assurée, l'usage de stupéfiants ou de tranquillisants non prescrits médicalement,
- les accidents ou maladies résultant :
 - de la pratique d'un sport à titre professionnel,
 - de la participation à des compétitions sportives de niveau national ou international et leurs essais préparatoires,
 - de la pratique, à titre sportif amateur, d'un aéronef (en qualité de conducteur ou de passager), ainsi que la pratique du delta-plane, du vol libre, d'un ultra léger motorisé ou de parapente,
 - de la participation en tant que concurrent à des courses, matchs, compétitions avec usage de véhicules quelconques ou d'embarcations à moteur.

6. FORMATION ET DUREE DU CONTRAT

L'adhésion produit ses effets à compter de la date effective d'adhésion indiquée par GMC Gestion suite à réception de la demande d'adhésion. Elle est souscrite jusqu'au 31 mars de l'exercice suivant, puis renouvelée par tacite reconduction au 1^{er} avril de chaque année.

7. RESILIATION

L'Assuré peut être radié le 31 mars de chaque année sur sa demande formulée par lettre recommandée, adressée avant le 31 janvier de l'exercice.

La radiation ou l'exclusion peut, par ailleurs, être prononcée :

- en cas d'omissions ou d'inexactitudes dans les déclarations à l'adhésion, ou en cours d'adhésion,
- en cas de non paiement des cotisations,
- en cas de fausse déclaration de sinistre ou de fourniture de tout document inexact ou falsifié ayant pour but d'obtenir des prestations indues ; la résiliation prend effet 10 jours après sa notification par lettre recommandée,
- dès que l'Assuré cesse d'appartenir à l'effectif assurable,
- en cas de dénonciation de la Convention d'assurance passée entre le Cabinet Pierre Paya Assurances et AMIS, à l'échéance annuelle, ou en cas de retrait d'agrément de l'assureur.

Il en est de même pour tous les bénéficiaires affiliés.

En cas de résiliation pour quelque cause que ce soit, les cartes d'affiliation à La Garantie Médicale et Chirurgicale devront être immédiatement retournées à l'Unité de gestion s'occupant de votre dossier.

Toute utilisation frauduleuse de ces cartes entraînera des poursuites.

8. COTISATIONS

Les cotisations annuelles sont fonction des garanties, de la consommation médicale du groupe assuré par la présente convention, et de l'âge atteint par l'Assuré. Le tarif Senior est applicable au 1^{er} jour du mois suivant le 55^e anniversaire de l'Assuré, qu'il soit ou non en activité. Les cotisations évoluent notamment en fonction des résultats enregistrés par la convention, des modifications de remboursement des régimes obligatoires, et de l'évolution prévisionnelle de la consommation médicale.

Les cotisations sont payables d'avance, mensuellement, par prélèvement automatique sur compte bancaire. Un échéancier de cotisations est adressé à l'Assuré au début de chaque période annuelle.

En cas d'admission ou d'exclusion en cours d'année, les cotisations ne sont dues qu'au prorata.

A défaut de paiement d'une cotisation (ou d'une fraction de cotisation) nous adresserons une lettre de relance 21 jours après la date d'exigibilité de cette dernière. En cas de non paiement et, indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, nous pouvons adresser à l'Assuré, à son dernier domicile connu (même dans le cas où la cotisation serait payable par une autre personne), une lettre recommandée valant mise en demeure.

Les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de cette lettre (ou sa remise au destinataire si celui-ci est domicilié hors de France Métropolitaine ou hors de la Principauté de Monaco).

Nous avons le droit de résilier le contrat 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours visé ci-dessus, par notification faite à l'Assuré par une nouvelle lettre recommandée.

En cas de suspension des garanties pour non-paiement de la cotisation, ou lorsque des prestations sont dues, l'Assuré n'est pas dispensé de l'obligation de payer les cotisations échues.

Conséquences de la suspension pour non-paiement des cotisations sur le droit aux prestations : La suspension des garanties et des services pour non-paiement de la cotisation entraînerait, pour chacun des bénéficiaires, la perte définitive de tout droit aux prestations (y compris en cas de rechute) se rapportant à des accidents survenus, ou à des maladies constatées médicalement pendant la période de suspension.

9. REGLEMENT DES LITIGES

En cas de difficulté relative à l'interprétation ou à l'application du présent contrat ne pouvant être réglée à l'amiable, les parties s'engagent à s'en rapporter à la sentence rendue par deux arbitres choisis respectivement par chacune d'entre elles, lesquels, s'ils ne trouvaient pas d'accord, auront à choisir eux-mêmes un tiers arbitre.

En cas de désaccord sur ce choix, le tiers arbitre sera nommé en référé par le Président du Tribunal de Grande Instance de PARIS à la requête de la partie la plus diligente.

En cas de désaccord sur la sentence arbitrale, chaque partie peut faire appel devant les tribunaux compétents.

TITRE II. GARANTIES DECES (décès-I.A.D.)

1. ADHESION

Il est précisé que les garanties décès doivent obligatoirement faire l'objet d'une demande d'adhésion, ce à la même date d'effet que les garanties frais médicaux. Toutefois, si, pour des raisons médicales, l'Assuré ne peut être admis en décès, ou lorsqu'il est en arrêt de travail à la date de sa demande d'adhésion, il sera assuré en frais médicaux seuls.

L'Assuré est la personne affiliée au contrat et à jour de ses cotisations.

Les garanties décès concernent l'Assuré et peuvent également concerner son conjoint ou concubin exerçant une activité professionnelle.

L'Assuré ou son conjoint ou concubin ne doivent pas bénéficier d'une réduction d'activité pour raison médicale à la date d'adhésion.

2. DELAI D'ATTENTE

Pour les garanties décès, les délais d'attente sont, dans tous les cas, de trois mois après la prise d'effet des garanties, même si les délais d'attente sont supprimés pour les garanties frais médicaux.

3. ADMISSION DES ASSURES

Pour les garanties décès, chaque Assuré doit remplir une demande d'adhésion et un questionnaire médical.

Les Assurés sont admis dans l'Assurance au plus tôt au premier jour du mois suivant la date de réception de leur demande d'adhésion complète par G.M.C. Gestion.

Ne sont affiliables que les personnes obéissant aux dispositions de l'article II. 1. ci-avant, dont les formalités médicales sont satisfaisantes, et ce avant leur 55^e anniversaire.

Leur acceptation dans l'assurance dépend des réponses faites au(x) questionnaire(s) médical (médicaux). Ces documents doivent être intégralement remplis par le souscripteur et, éventuellement, par le conjoint, également souscripteur. Nous pouvons vous demander des renseignements complémentaires avant acceptation d'une adhésion ou vous soumettre à une visite médicale en cas de besoin. Tous les renseignements d'ordre médical doivent être adressés sous pli confidentiel à notre Médecin Conseil, et vous autorisez ce dernier à se rapprocher de votre médecin traitant afin d'obtenir des informations complémentaires qui lui sembleraient nécessaires.

En cours de contrat, vous nous informerez dans les 15 jours à partir du moment où vous en avez connaissance, des circonstances nouvelles qui rendent inexacts ou caduques les réponses faites sur la demande d'adhésion.

Ces circonstances nouvelles portent particulièrement sur :

- Votre changement de domicile. A défaut, toute communication qui vous sera adressée par lettre recommandée au dernier domicile connu sera suivie d'effet dans les délais normaux.
- Un changement de profession ou d'activités professionnelles. Ce changement entraîne la résiliation des garanties.
- Votre passage en préretraite, retraite, ou invalidité.

Lorsque la modification constitue une aggravation des circonstances, nous vous proposerons une nouvelle cotisation. Si vous ne donnez pas suite à notre proposition ou refusez le nouveau montant dans les 30 jours, nous pourrions résilier la garantie au terme de ce délai.

4. MODALITES D'ADHESION

L'Assuré, et éventuellement son conjoint, doivent :

- remplir des documents de demande d'adhésion qui lui sont propres,
- régler les cotisations correspondant à ces garanties ; les cotisations spécifiques au conjoint seront prélevées sur le compte bancaire du souscripteur.

Ne peuvent adhérer aux garanties décès que les personnes présentes à leur travail sans réduction d'horaire pour raisons de santé, avant leur 55^e anniversaire.

Il est précisé que la souscription aux garanties décès peut être refusée par l'Assureur ou son représentant alors même que l'affiliation aux garanties frais médicaux serait faite.

Toute réticence, fausse déclaration intentionnelle, omission ou inexactitude dans la déclaration, à la souscription ou en cours de contrat, des circonstances ou des aggravations définies ci-dessus, peut être sanctionnée conformément à la loi (art. L.113-8 et L.113-9 du Code des Assurances).

5. CESSATION DES GARANTIES

Les garanties décès cessent dès la résiliation, pour quelque cause que ce soit, du contrat ou de ces seules garanties.

La garantie décès cesse, dans tous les cas, au 65^e anniversaire de la personne assurée. La garantie I.A.D. cesse, dans tous les cas, au 60^e anniversaire de la personne assurée.

Elle cesse également dès que l'Assuré ne remplit plus les conditions d'adhésion.

6. PRESTATIONS ASSUREES

Garantie Décès - Invalidité Absolue et Définitive

Décès

En cas de Décès, il est versé un capital de 54 880 euros.

L'Assuré peut désigner le bénéficiaire de son choix et modifier ce choix à tout moment, par lettre recommandée avec avis de réception, contresignée et enregistrée par GMC Gestion.

Ce capital est versé au bénéficiaire désigné et, à défaut :

- au conjoint survivant de l'Assuré, non divorcé ni séparé judiciairement,
- à défaut, par parts égales entre eux, aux enfants légitimes, reconnus ou adoptifs de l'Assuré, vivants ou représentés, nés ou à naître,
- à défaut, par parts égales entre eux, au père et à la mère de l'Assuré, ou au survivant d'entre eux,
- à défaut, aux héritiers de l'Assuré.

En cas de décès simultané de l'Assuré et des bénéficiaires sans qu'il soit possible de déterminer l'ordre des décès, l'Assuré sera présumé avoir survécu.

Dans tous les cas, le capital est indivisible à l'égard de l'Assureur qui règle sur quittance conjointe des bénéficiaires désignés et de GMC Gestion.

I.A.D.

En cas d'Invalidité Absolue et Définitive qui correspond à une incapacité totale et définitive de travail avec obligation d'avoir recours à une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie, un capital de 54 880 euros est assuré.

Le règlement du capital au titre de l'Invalidité Absolue et Définitive libère l'Assureur de toute obligation en cas de décès.

Un Assuré est considéré comme étant en état d'Invalidité Absolue et Définitive lorsque l'Assureur a reçu la preuve satisfaisante, avant que l'Assuré ait atteint l'âge de 60 ans et alors que le contrat est toujours en vigueur, que, par suite de maladie ou d'accident corporel survenu postérieurement à son admission et aux délais d'attente, il est devenu définitivement incapable de se livrer à aucune occupation ni à aucun travail lui procurant gains ou profit. Il doit, en outre, être mis dans l'obligation définitive d'avoir recours à une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie et justifier d'un degré d'incapacité fonctionnelle et professionnelle de 100 %.

Dès réception des justificatifs et, si besoin, après expertise médicale, l'Assureur règle le capital prévu à l'Assuré lui-même ou, en cas d'incapacité juridique, à la personne en ayant la tutelle.

7. COMMENT OBTENIR UN REGLEMENT

En cas de décès, les originaux des pièces suivantes doivent nous être communiqués dans les trois mois :

- un acte de décès de l'Assuré,
- un certificat médical apportant les précisions nécessaires sur la cause du décès,
- une copie, certifiée conforme, de la pièce d'identité du ou des bénéficiaires désignés.

En cas d'I.A.D. :

- Déclaration de l'Administration de l'Assuré, ainsi qu'un certificat médical détaillé apportant les précisions nécessaires sur la maladie ou l'accident ayant entraîné l'état d'I.A.D.

L'assureur se réserve la possibilité de faire réaliser une expertise médicale.

Le règlement du capital interviendra, au plus tard, dans les trente jours suivant la communication du dossier complet. Le règlement sera adressé à P. Paya Assurances pour transmission aux bénéficiaires.

8. EXCLUSIONS

Ne donnent pas lieu à indemnisation :

- les suites et conséquences d'accident survenu avant la prise d'effet du contrat et des maladies dont les manifestations sont antérieures à la date d'entrée en vigueur de la garantie,
- les accidents ou maladies résultant d'une tentative de suicide dans les deux premières années d'assurance,
- les accidents ou maladies consécutifs à des faits de guerre, sauf dans les conditions qui seront alors déterminées par la législation sur les assurances sur la vie en temps de guerre,
- les sinistres résultant directement ou indirectement de la désintégration du noyau atomique ou tout phénomène de radioactivité,
- les maladies ou accidents occasionnés par l'ivresse ou l'éthylisme de la personne assurée, l'usage de stupéfiants ou de tranquillisants non prescrits médicalement,

- f) les accidents ou maladies résultant :
- de la pratique d'un sport à titre professionnel,
 - de la pratique, à titre sportif amateur, d'un aéronef (en qualité de conducteur ou de passager), ainsi que la pratique du delta-plane, du vol libre, d'un ultra léger motorisé ou de parapente,
 - de la participation en tant que concurrent à des courses, matches, compétitions avec usage de véhicules quelconques ou d'embarcations à moteur,
 - de l'utilisation par l'Assuré, en tant que conducteur ou passager d'un véhicule à deux ou trois roues s'il est prouvé qu'il ne portait pas de casque.

9. FORMATION ET DUREE DU CONTRAT DECES

L'adhésion produit ses effets à compter de la date effective d'adhésion indiquée par GMC Gestion suite à réception de la demande d'adhésion. Elle est souscrite jusqu'au 31 mars de l'exercice suivant, puis renouvelée par tacite reconduction au 1^{er} avril de chaque année.

10. RESILIATION

L'Assuré peut être radié le 31 mars de chaque année sur sa demande formulée par lettre recommandée, adressée avant le 31 janvier de l'exercice.

La radiation ou l'exclusion peut, par ailleurs, être prononcée :

- a) en cas d'omissions ou d'inexactitudes dans les déclarations à l'adhésion,
- b) en cas de non paiement des cotisations,
- c) en cas de fausse déclaration de sinistre ou de fourniture de tout document inexact ou falsifié ayant pour but d'obtenir des prestations indues ; la résiliation prend effet 10 jours après sa notification par lettre recommandée,
- d) dès que l'Assuré cesse d'appartenir à l'effectif assurable,
- e) en cas de dénonciation de la Convention d'assurance passée entre le Cabinet Pierre Paya Assurances et AMIS, à l'échéance annuelle ou en cas de retrait d'agrément de l'assureur.

La radiation par l'assureur peut ne concerner que les risques décès.

La résiliation, par l'Assuré, de la garantie frais médicaux entraîne automatiquement la radiation des garanties décès.

11. COTISATIONS

Les cotisations annuelles (taxes comprises) peuvent évoluer au 1^{er} avril de chaque année, notamment en fonction des résultats enregistrés par la Convention.

Les cotisations sont payables d'avance, mensuellement, par prélèvement automatique sur compte bancaire avec les cotisations frais médicaux. Un échéancier de cotisations est adressé à l'Assuré au début de chaque période annuelle.

En cas d'admission ou d'exclusion en cours d'année, les cotisations ne sont dues qu'au prorata.

12. DEFAUT DE PAIEMENT DES COTISATIONS

A défaut de paiement d'une cotisation (ou d'une fraction de cotisation) nous adresserons une lettre de relance 21 jours après la date d'exigibilité de cette dernière. En cas de non paiement et, indépendamment de notre droit de poursuivre l'exécution du contrat en justice, nous pouvons adresser à l'Assuré, à son dernier domicile connu (même dans le cas où la cotisation serait payable par une autre personne), une lettre recommandée valant mise en demeure.

Les garanties sont suspendues 30 jours après l'envoi de cette lettre (ou sa remise au destinataire si celui-ci est domicilié hors de France Métropolitaine ou hors de la Principauté de Monaco).

Nous avons le droit de résilier le contrat 10 jours après l'expiration du délai de 30 jours visé ci-dessus, par notification faite à l'Assuré par une nouvelle lettre recommandée.

En cas de suspension des garanties pour non-paiement de la cotisation, l'Assuré n'est pas dispensé de l'obligation de payer les cotisations échues.

Conséquences de la suspension pour non-paiement des cotisations sur le droit aux prestations : La suspension des garanties et des services pour non-paiement de la cotisation entraînerait, pour chacun des Assurés, la perte définitive de tout droit aux prestations se rapportant à des sinistres survenus pendant la période de suspension.

Avant la remise en vigueur des garanties, nous pourrions les soumettre à visite médicale.

13. REGLEMENT DES LITIGES

En cas de difficulté relative à l'interprétation ou à l'application du présent contrat ne pouvant être réglée à l'amiable, les parties s'engagent à s'en rapporter à la sentence rendue par deux arbitres choisis respectivement par chacune d'entre elles, lesquels, s'ils ne trouvaient pas d'accord, auront à choisir eux-mêmes un tiers arbitre.

En cas de désaccord sur ce choix, le tiers arbitre sera nommé en référé par le Président du Tribunal de Grande Instance de PARIS à la requête de la partie la plus diligente.

En cas de désaccord sur la sentence arbitrale, chaque partie peut faire appel devant les tribunaux compétents.