



Prévoyance

Notice D'information Prévoyance des avocats



Janvier 2023

Convention n° 801046

Cette notice, qui prend effet au 1er janvier 2023, a pour but de vous informer des termes de la convention de prévoyance collective à adhésion obligatoire n° 801046 conclu entre nous, société d'assurance du groupe AXA, et l'Association La Prévoyance des Avocats (L.P.A.).

Nous utilisons régulièrement les termes suivants :

- **L'adhérent est la personne physique ayant adhéré à cette convention de prévoyance collective, appartenant au groupe assuré ; il sera désigné par « vous » ;**
- **Le souscripteur est la personne morale qui a conclu cette convention pour des personnes physiques répondant à certains critères et constituant le groupe assuré ; Dans la présente notice, elle sera le plus souvent désignée par « L.P.A. », l'association La Prévoyance des Avocats, personne morale, association de Loi 1901 à laquelle vous adhérez préalablement ;**
- **L'assureur est la société d'assurance garantissant les risques souscrits ; il sera le plus souvent désigné par « nous » ;**
- **Le groupe assuré renvoie à la totalité des avocats pour lesquels L.P.A. a conclu cette convention de prévoyance collective ;**
- **Le bénéficiaire est celui à qui les prestations sont versées lorsque s'applique la garantie souscrite. Il peut être soit l'adhérent, soit une autre personne.**
- **L'intermédiaire est votre interlocuteur habituel et fera le lien entre l'assureur et vous. Il est le plus souvent désigné par la SCB.**

SOMMAIRE

SOMMAIRE	3
1. LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA CONVENTION	4
2. LES DISPOSITIONS RELATIVES À VOTRE ADHÉSION	9
LES DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES	10
3. LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À CHAQUE GARANTIE.....	12
LA GARANTIE ARRÊT DE TRAVAIL.....	12
LA GARANTIE MI-TEMPS THÉRAPEUTIQUE	17
LA GARANTIE NAISSANCE/ADOPTION.....	20
LES EXCLUSIONS	21
GARANTIE ARRÊT DE TRAVAIL.....	21
GARANTIES ARRÊT DE TRAVAIL ET « MI-TEMPS THERAPEUTIQUE »	21

1. LES DISPOSITIONS RELATIVES À LA CONVENTION

ARTICLE 1 - La convention

La convention est un contrat d'assurance de groupe à adhésion obligatoire. Elle est souscrite par :
L'ASSOCIATION L.P.A. (LA PREVOYANCE DES AVOCATS),
dont le siège social est à Paris (75001), 12 place Dauphine,

Auprès de l'assureur :

AXA France VIE, S.A au capital de 487 725 073,50 euros, 310 499 959 RCS NANTERRE
dont le siège social est à NANTERRE CEDEX (92727) 313, Terrasses de l'Arche.

ARTICLE 2 - La durée de la convention

2.1 Date d'effet de votre adhésion et début de vos garanties

Votre adhésion prend effet, sous réserve du paiement de votre première cotisation, à la date d'admission à l'assurance figurant sur votre certificat d'adhésion.

La date d'admission à l'assurance et la couverture des risques prennent effet :

- dès la date d'effet de l'adhésion de votre Barreau à la convention de prévoyance collective quand vous êtes déjà membre du groupe assuré,
- à la date de votre entrée dans le groupe assuré lorsque vous en devenez membre après la date d'effet de l'adhésion.

Si vous êtes en arrêt de travail pour maladie ou *accident* à la date d'effet de l'adhésion de votre Barreau ou à la date de votre entrée dans le groupe assuré, la garantie n'entre en vigueur qu'à la date de reprise effective de travail.

2.2 Fin des garanties

L'Association L.P.A., comme nous, pouvons résilier la convention à tout moment. Pour cela, une lettre simple ou recommandée doit être adressée à la partie concernée, au plus tard :

- **deux mois** avant le terme annuel de convention, le cachet de la poste faisant foi, dans le cas de la résiliation du fait de L.P.A.,
- **deux mois** avant le terme annuel de la convention, le cachet de la poste faisant foi, dans le cas de la résiliation du fait d'AXA.

Pour que la convention cesse au 31 décembre à minuit, cette lettre doit donc être envoyée au plus tard :

- le 31 octobre dans le cas de la résiliation du fait de L.P.A.,
- le 31 octobre dans le cas de la résiliation du fait d'AXA.

ARTICLE 3 - Modification de la convention d'assurance

Une décision législative ou réglementaire peut entraîner une modification des conditions préexistantes de l'assurance ou de la portée de nos engagements. Dans ce cas, nous procédons à la révision de la convention à laquelle vous avez adhééré.

La convention peut également être modifiée d'un commun accord entre l'assureur et l'association contractante. Les nouvelles conditions prennent alors effet le 1er janvier de l'année suivant notre accord, ou avant cette date d'un commun accord.

Jusqu'à la date d'effet de cette modification, les dispositions antérieures continuent de s'appliquer à votre adhésion sauf si les nouvelles dispositions sont d'ordre public et d'application immédiate.

ARTICLE 4 - Compensation des opérations liées à vos conventions d'assurance

Les opérations d'assurance découlant de la convention font l'objet d'un compte de résultats dont les modalités sont spécifiées par avenant. Une réserve générale et un fonds de développement ont été mis en place. Elle sera alimentée en fonction des résultats et ne pourra être utilisée qu'au profit des adhérents.

ARTICLE 5 - Les réclamations

Comment adresser votre réclamation ?

Dans tous les cas, vous devez formaliser par écrit votre réclamation afin que nous puissions répondre au mieux à votre insatisfaction, et l'adresser à votre interlocuteur AXA habituel (ses coordonnées sont indiquées sur vos courriers et sur votre Espace Client en ligne) ou au service clients avec lequel vous êtes en relation, ou, à tout moment, au Service Réclamations :

- Via le formulaire de contact sur [axa.fr](https://www.axa.fr)
- ou par courrier, à l'adresse suivante :
AXA France - Service Réclamations - TSA 46307 - 95901 Cergy-Pontoise Cedex 9

Nos engagements

Un accusé de réception vous sera adressé dans un délai maximum de 10 jours.

Votre situation sera étudiée avec le plus grand soin et une réponse argumentée vous sera adressée dans un délai maximum de 60 jours.

La saisine du médiateur

Vous pouvez saisir le Médiateur de l'assurance :

- 2 mois après votre première réclamation écrite, que vous ayez reçu une réponse ou non de notre part
- Et en tout état de cause, dans un délai maximum d'un an à compter de la date de votre réclamation écrite

Cette saisine peut se faire :

- par courriel sur le site [mediation-assurance.org](https://www.mediation-assurance.org)
- ou par courrier, à l'adresse suivante : Le médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

L'intervention du Médiateur est gratuite.

Le Médiateur formulera une proposition de solution dans un délai de 3 mois à réception de votre dossier complet.

Les deux parties, vous-même et AXA, restent libres de suivre ou non la proposition du Médiateur.

Vous conservez à tout moment la possibilité de saisir le tribunal compétent.

ARTICLE 6 - La prescription

Conformément aux dispositions de l'article L114-1 du Code des assurances, toutes actions dérivant d'un contrat d'assurance sont prescrites par deux ans à compter de l'évènement qui y donne naissance.

Toutefois, ce délai ne court :

- 1° en cas de réticence, omission, déclaration fautive ou inexacte sur le risque couru, que du jour où l'assureur en a eu connaissance ;
- 2° en cas de sinistre, que du jour où les intéressés en ont eu connaissance, s'ils prouvent qu'ils l'ont ignoré jusque-là.

Quand l'action de l'assuré contre l'assureur a pour cause le recours d'un tiers, le délai de prescription ne court que du jour où ce tiers a exercé une action en justice contre l'assuré ou a été indemnisé par ce dernier.

La prescription est portée à dix ans dans les contrats d'assurance sur la vie lorsque le bénéficiaire est une personne distincte du souscripteur et, dans les contrats d'assurances contre les accidents atteignant les personnes, lorsque les bénéficiaires sont les ayants droit de l'assuré décédé.

Pour les contrats d'assurance sur la vie, notwithstanding les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré.

Conformément à l'article L114-2 du Code des assurances, la prescription est interrompue par une des causes ordinaires d'interruption de la prescription et par la désignation d'experts à la suite d'un sinistre. L'interruption de la prescription de l'action peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec accusé de réception adressée par l'assureur à l'assuré en ce qui concerne l'action en paiement de la prime et par l'assuré à l'assureur en ce qui concerne le règlement de l'indemnité.

Les causes ordinaires d'interruption de la prescription auxquelles l'article L. 114-2 du Code des assurances fait référence sont :

- La reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait qui interrompt le délai de prescription (Article 2240 du Code civil).
- La demande en justice, même en référé, qui interrompt le délai de prescription ainsi que le délai de forclusion. Il en est de même lorsqu'elle est portée devant une juridiction incompétente ou lorsque l'acte de saisine de la juridiction est annulé par l'effet d'un vice de procédure (Article 2241 du Code civil).
- L'interruption résultant de la demande en justice produit ses effets jusqu'à l'extinction de l'instance (Article 2242 du Code civil).
- L'interruption est non avenue si le demandeur se désiste de sa demande ou laisse périmer l'instance, ou si sa demande est définitivement rejetée (Article 2243 du Code civil).
- Le délai de prescription ou le délai de forclusion est également interrompu par une mesure conservatoire prise en application du Code des procédures civiles d'exécution ou un acte d'exécution forcée (Article 2244 du Code civil).

- L'interpellation faite à l'un des débiteurs solidaires par une demande en justice ou par un acte d'exécution forcée ou la reconnaissance par le débiteur du droit de celui contre lequel il prescrivait interrompt le délai de prescription contre tous les autres, même contre leurs héritiers. En revanche, l'interpellation faite à l'un des héritiers d'un débiteur solidaire ou la reconnaissance de cet héritier n'interrompt pas le délai de prescription à l'égard des autres cohéritiers, même en cas de créance hypothécaire, si l'obligation est divisible. Cette interpellation ou cette reconnaissance n'interrompt le délai de prescription, à l'égard des autres codébiteurs, que pour la part dont cet héritier est tenu.

Pour interrompre le délai de prescription pour le tout, à l'égard des autres codébiteurs, il faut l'interpellation faite à tous les héritiers du débiteur décédé ou la reconnaissance de tous ces héritiers (Article 2245 du Code civil).

- L'interpellation faite au débiteur principal ou sa reconnaissance interrompt le délai de prescription contre la caution (Article 2246 du Code civil).

Conformément à l'article L114-3 du Code des Assurance, par dérogation à l'article 2254 du Code civil, les parties au contrat d'assurance ne peuvent, même d'un commun accord, ni modifier la durée de la prescription, ni ajouter aux causes de suspension ou d'interruption de celle-ci.

ARTICLE 7 - La législation relative au traitement des données à caractère personnel

Dans le cadre de votre relation avec une société du groupe AXA pour un contrat d'assurance, cette dernière va principalement utiliser vos données pour la passation, la gestion (y compris commerciale) et l'exécution de celui-ci. Elle sera également susceptible de les utiliser (i) dans le cadre de contentieux, (ii) pour la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, (iii) afin de se conformer à une réglementation applicable, ou (iv) pour l'analyse de tout ou partie des données vous concernant collectées au sein du groupe AXA, éventuellement croisées avec celles de partenaires choisis, afin d'améliorer nos produits (recherche et développement), évaluer votre situation ou la prédire (scores d'appétence) et personnaliser votre parcours en tant qu'assuré. Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies seront exclusivement utilisées pour la passation, la gestion et l'exécution de votre contrat.

Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL (normes pour le secteur de l'assurance) ou la loi (prescriptions légales).

Elles seront uniquement communiquées aux sociétés du groupe AXA, intermédiaires d'assurance, réassureurs, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations. Pour ceux de ces destinataires situés en-dehors de l'Union Européenne, le transfert est limité (i) aux pays listés par la Commission Européenne comme protégeant suffisamment les données ou (ii) aux destinataires respectant soit les clauses contractuelles types proposées par la CNIL soit les règles internes d'entreprise du groupe AXA de protection des données (BCR). Les données relatives à votre santé éventuellement recueillies ne seront communiquées qu'aux seuls sous-traitants habilités de l'assureur.

Nous sommes légalement tenus de vérifier que vos données sont exactes, complètes et, si nécessaire, mises à jour. Nous pourrions ainsi vous solliciter pour le vérifier ou être amenés à compléter votre dossier (par exemple en enregistrant votre email si vous nous avez écrit un courrier électronique).

Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès, choisir d'en limiter l'usage ou vous opposer à leur traitement. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous

pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.

Vous pouvez écrire à notre délégué à la protection des données pour exercer vos droits par email (service.informationclient@axa.fr) ou par courrier (AXA France - Service Information Client - 313 Terrasses de l'Arche 92727 Nanterre cedex). En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL.

Pour plus d'informations, consultez www.axa.fr/donnees-personnelles.html

ARTICLE 8 - Les mesures de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

Dans le cadre des mesures de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, nous tenons à préciser que :

En notre qualité d'organisme financier, nous sommes soumis aux obligations légales de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme issues principalement du Code monétaire et financier (articles L561-1 et suivants du Code monétaire et financier).

Afin de nous permettre de respecter ces obligations, vous vous engagez à nous remettre les éléments et justificatifs d'identification et de connaissance client qui vous sont relatifs ainsi que ceux concernant les adhérents. En vertu du principe de vigilance constante, l'ensemble de ces éléments devra être actualisé notamment au moment de la délivrance de la prestation au profit de l'adhérent.

Vous vous engagez par ailleurs à ce que les sommes qui sont ou seront versées par vos soins au titre de cette convention ne proviennent pas d'une fraude fiscale ou de toute autre infraction passible d'une peine privative de liberté supérieure à un an et ne participent pas au financement du terrorisme.

En cas de non-respect de ces différentes obligations et dans les cas légalement prévus, nous réaliserons une déclaration de soupçon auprès de TRACFIN ou toute autre démarche auprès des autorités compétentes conformément à la réglementation susvisée.

ARTICLE 9 - LES MESURES RESTRICTIVES DEFINIES PAR LA REGLEMENTATION FRANCAISE ET INTERNATIONALE

La présente convention sera sans effet et nous ne serons pas tenu de payer une indemnité ou de fournir des garanties à ce titre dès lors que l'exécution de la convention nous exposerait aux sanctions, interdictions ou aux restrictions résultant des résolutions des Nations Unies ou aux sanctions économiques ou commerciales prévues par les lois ou règlements édictées par l'Union européenne, le Royaume Uni ou les Etats-Unis d'Amérique.

2. LES DISPOSITIONS RELATIVES À VOTRE ADHÉSION

ARTICLE 10 - Les conditions d'adhésion à la convention de prévoyance

Peut adhérer à cette convention l'ensemble des avocats des Barreaux, situés en France métropolitaine, dans un Territoire français d'Outre-mer ou dans un Département français d'Outre-mer, adhérant à l'association L.P.A.

ARTICLE 11 - Le groupe assuré

Pour bénéficier de nos garanties, vous devez répondre aux critères suivants :

- être avocat au sein d'un Barreau, adhérant à l'association L.P.A.
- être avocat inscrit à un Barreau métropolitain ou dans un département français d'Outre-mer, ou avocat au Conseil d'Etat ou à la Cour de Cassation,
- être âgé de moins de 70 ans le jour de votre adhésion à la convention, âge déterminé par différence de millésime,
- être affilié au régime social des Travailleurs Non Salariés,
- exercer la profession d'Avocat,
- figurer sur la liste nominative des Avocats non suspendus et non omis, sauf omission par effet de maladie ou infirmité graves ou permanentes, que nous fournit L.P.A.

ARTICLE 12 - La durée de vos garanties

Le début de vos garanties

Vous bénéficiez de nos garanties :

- dès la date d'effet de la convention de prévoyance collective, conclu par la LPA quand vous êtes déjà membre du groupe assuré,
- à la date de votre entrée dans le groupe assuré lorsque vous en devenez membre après la date d'effet de la convention.

Si vous êtes en arrêt de travail pour maladie ou accident à la date d'effet de la convention de prévoyance collective, les garanties n'entrent en vigueur qu'à la date de reprise effective de votre travail.

La fin de vos garanties

Vous cessez de bénéficier de nos garanties :

- au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel vous ne répondez plus aux conditions d'admission dans le groupe assuré,
- à la liquidation de vos droits au titre du régime obligatoire de retraite dont vous relevez,
- à la date à laquelle vous atteignez l'âge minimum légal permettant une liquidation de vos droits à la retraite et au plus tard à votre 62^{ème} anniversaire de naissance pour la garantie Arrêt de travail en ce qui concerne les prestations en cas d'invalidité permanente.
- à la liquidation de vos droits au titre du régime obligatoire de retraite dont vous relevez, sauf en cas de bénéfice du dispositif de cumul emploi-retraite, et au plus tard au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel vous atteignez votre 70^{ème} anniversaire pour la garantie Arrêt de travail, en ce qui concerne les prestations en cas d'Incapacité temporaire de travail et pour les garanties « Mi-temps thérapeutique » et « Naissance/Adoption » ;
- en cas de cessation du paiement des cotisations ;
- en cas de résiliation de la convention.

Une fois admis à la convention et tant que celle-ci n'est pas résiliée, vous ne pouvez en être exclu contre votre gré tant que vous faites partie du groupe assuré, sauf en cas de réticence, d'omission, de déclaration fautive ou inexacte faite de mauvaise foi conformément à l'article L113-8 du Code des assurances, à la condition que la cotisation ait été payée.

LES DISPOSITIONS COMMUNES AUX GARANTIES

ARTICLE 13 - La base de calcul des prestations

Le montant des prestations que nous versons est un montant forfaitaire en Euros.

ARTICLE 14 - La revalorisation des prestations périodiques

Les prestations périodiques que nous servons sous la forme de rentes d'invalidité (hors rentes Madelin) pourront être revalorisées chaque année.

Ainsi, chaque premier jour du mois suivant la date anniversaire de l'événement ayant donné lieu à nos versements, nous prenons en compte, pour calculer le montant de nos prestations, un point de revalorisation convenu entre l'assemblée générale de LPA et nous et plafonné à l'évolution du point du régime de retraite AGIRC-ARRCO intervenue depuis l'anniversaire précédent.

En cas d'absence d'accord entre vous et nous, les prestations ne seront pas revalorisées.

ARTICLE 15 - Votre conjoint, votre partenaire, votre concubin

Le conjoint

Il est votre époux ou épouse, ni divorcé ni séparé judiciairement.

Le partenaire

Il est votre partenaire lié par un Pacte civil de solidarité (PACS).

Le concubin

Il est votre concubin au sens de l'article 515-8 du Code Civil, ni marié ni lié par un PACS à un tiers.

ARTICLE 16 - Les risques exclus

Les risques souscrits dans le cadre de cette convention ne sont pas garantis lorsqu'ils surviennent dans les circonstances décrites au titre « Les exclusions » de cette notice.

ARTICLE 17 - L'EXPERTISE MÉDICALE

Une expertise médicale peut s'avérer nécessaire pour constater votre état d'incapacité de travail ou d'invalidité permanente ou pour mettre en œuvre la garantie « Mi-temps thérapeutique ». Dans ce cas, les honoraires du médecin que nous chargeons de réaliser cette expertise sont réglés par nos soins.

Les conclusions de l'expertise vous sont notifiées par lettre recommandée avec accusé de réception ; elles peuvent conduire à cesser, à refuser ou à réduire le versement de nos prestations.

Ces conclusions s'imposent à vous sans que vous puissiez vous prévaloir de la poursuite de l'indemnisation par votre organisme social.

Si vous contestez les conclusions de notre médecin, vous pouvez faire appel au médecin de votre choix. En cas de divergence entre notre médecin et celui que vous avez choisi, ces deux médecins en désigneront un troisième.

Si un désaccord persiste, c'est le président du tribunal compétent, requis par la partie la plus diligente, qui désignera un nouvel expert.

Chaque partie supporte les honoraires de son médecin. Les honoraires du troisième médecin sont partagés par parts égales.

ARTICLE 18 - Le règlement de nos prestations

Nos prestations sont versées lorsqu'un risque garanti par cette convention se réalise. Nous fournissons alors un formulaire de déclaration que vous devez nous retourner complété.

Le montant de nos prestations est indiqué dans cette notice.

Le détail des documents nécessaires à leur règlement figure dans cette notice dans la présentation de chaque garantie.

3. LES DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À CHAQUE GARANTIE

LA GARANTIE ARRÊT DE TRAVAIL

Lorsque vous êtes en incapacité temporaire de travail ou en invalidité permanente, la garantie Arrêt de travail prévoit le versement de prestations périodiques, qui sont respectivement réglées sous la forme d'indemnités journalières et de rentes.

Ces prestations sont versées lorsque votre arrêt de travail survient entre la date de début et la date de fin de la garantie.

Les prestations périodiques ont un caractère indemnitaire. Nous pouvons donc exercer toute action contre les tiers responsables de votre situation pour recouvrer les sommes que nous avons engagées (article L 131-2 du Code des assurances).

ARTICLE 19 - L'incapacité temporaire totale de travail

Vous êtes en incapacité temporaire totale de travail, lorsque nous reconnaissons que vous êtes, avant vos 70 ans, dans l'incapacité physique totale de travailler à la suite d'une maladie ou d'un accident ; ce qui exclut tous actes professionnels vous procurant des revenus, notamment toute plaidoirie, réception de clientèle et démarches.

L'accident est une atteinte corporelle provenant d'une cause extérieure et survenant de manière soudaine, imprévisible et indépendante de la volonté de l'adhérent. Les événements totalement ou partiellement provoqués par une cause pathologique et en particulier les épidémies ne peuvent donc être considérés comme des accidents.

Nous ne versons aucune prestation ayant une relation avec l'état de grossesse, l'accouchement et ses complications éventuelles dans les périodes légales de maternité prévues par le régime général de la Sécurité sociale.

Ainsi l'arrêt de travail résultant d'une grossesse ou d'un accouchement est exclu de la présente garantie pendant une période de :

- six semaines avant la date présumée d'accouchement
- dix semaines après ladite date.

Si à l'expiration de la durée du congé de maternité, l'assurée est, pour des causes pathologiques en rapport avec l'accouchement, dans l'impossibilité de reprendre son travail, les prestations dues en application du contrat seront versées à compter du délai de franchise prévu. Pour la détermination de celui-ci, il sera tenu compte d'un éventuel arrêt de travail qui aurait précédé la période du congé de maternité et à condition que l'arrêt précité ait été la conséquence d'une grossesse pathologique.

D'une façon générale, nous ne versons aucune prestation pendant les congés de maternité, de paternité, ou d'adoption, éventuellement indemnisés par un régime de base général ou professionnel.

Le montant de l'indemnité journalière

Nous versons une indemnité journalière dont le montant est de **90 € par jour**.

Les modalités de versement de l'indemnité

Nos prestations prennent effet à l'issue d'une période d'arrêt continu total de travail appelée franchise, fixée à 15 jours en cas de maladie, d'accident ou d'hospitalisation.

La franchise est décomptée à partir du premier jour d'arrêt continu total de travail.

Nous n'appliquons pas de franchise pour un nouvel arrêt de travail s'il est dû à la réapparition de l'affection ayant déjà donné lieu à une indemnisation de notre part, et sous réserve que la période de reprise du travail ait été inférieure à soixante jours. Si ce nouvel arrêt de travail survient après la résiliation de la convention, il ne donne pas lieu à indemnisation.

A réception de l'avis d'arrêt de travail ou des avis de prolongation d'arrêt de travail, nous vous payons vos prestations

Ces prestations sont payables mensuellement à terme échu.

Nous cessons le versement de nos prestations au plus tard au 90^{ème} jour d'arrêt continu total de travail. En cas d'arrêt de travail discontinu, la durée de versement ne pourra en aucun cas dépasser 75 jours d'arrêt total de travail.

Par dérogation, pour les avocats ayant moins d'un an d'ancienneté et les avocats nouvellement inscrits de plus de 65 ans, en première année de fonction, la prestation est versée au plus tard jusqu'au dernier jour du 15^{ème} mois d'arrêt continu total de travail. En cas d'arrêt de travail discontinu, la durée de versement ne pourra en aucun cas dépasser 435 jours d'arrêt total de travail.

Nous cessons également le versement de nos prestations :

- dès lors que vous n'êtes plus en incapacité temporaire totale de travail,
- dès lors que vous bénéficiez d'une rente d'invalidité versée par la Caisse Nationale des Barreaux Français (C.N.B.F.) ou versée par AXA ;
- à la liquidation des droits au titre du régime obligatoire de retraite dont vous relevez, sauf en cas de bénéfice du dispositif de cumul emploi-retraite ;
- en cas d'expertise médicale, s'il est établi que vous n'êtes pas dans l'incapacité physique totale de travailler, au regard de notre définition de l'incapacité de travail ;
- et en tout état de cause au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel vous atteignez votre 70^{ème} anniversaire.

ARTICLE 20 - L'invalidité permanente totale

Lorsque vous êtes reconnu, avant d'avoir atteint l'âge minimum légal permettant une liquidation de vos droits à la retraite et au plus tard avant votre 62^{ème} anniversaire, en état d'invalidité permanente totale au sens de la Caisse Nationale des Barreaux Français (C.N.B.F.), et dans l'impossibilité d'exercer votre profession, nous vous versons une rente d'invalidité qui vient s'ajouter à celle versée par la C.N.B.F.

Le montant de la rente d'invalidité

Le montant de la rente annuelle d'invalidité permanente totale, en fonction de l'ancienneté de l'assuré dans la profession, est fixé selon les modalités ci-dessous :

Ancienneté de l'assuré	Montant de la rente annuelle (en Euros)
Inférieure ou égale à 20 ans	8320.06 €
21 ans	8050.04 €
22 ans	7780.02 €
23 ans	7510.01 €

Ancienneté de l'assuré	Montant de la rente annuelle (en Euros)
24 ans	7239.99 €
25 ans	6969.97 €
26 ans	6699.95 €
27 ans	6429.94 €
28 ans	6159.92 €
29 ans	5889.92 €
30 ans	5619.88 €
31 ans	5349.87 €
32 ans	5079.85 €
33 ans	4809.83 €
34 ans	4539.81 €
35 ans	4269.80 €
36 ans	3999.78 €
37 ans	3729.76 €
38 ans	3459.74 €
39 ans	3189.73 €
40 ans et plus	2919.71 €

Les modalités de versement de la rente d'invalidité permanente totale

Cette rente est payable mensuellement à terme échu. En cas de décès, la rente versée est calculée au prorata temporis entre le premier jour du mois du décès et le jour du décès.

Nous cessons le versement de la rente au plus tard :

- à la date de liquidation des droits au titre du régime obligatoire de retraite dont vous relevez (ou pension pour inaptitude au travail) ;
- en tout état de cause à la date à laquelle vous atteignez l'âge minimum légal permettant une liquidation de vos droits à la retraite et au plus tard à votre 62^{ème} anniversaire de naissance.
- en cas d'expertise médicale, s'il est établi que vous n'êtes pas atteint d'une invalidité permanente totale.

ARTICLE 21 - L'invalidité permanente partielle

Vous êtes en invalidité permanente partielle, lorsque nous reconnaissons, par voie d'expertise médicale, que vous êtes, avant d'avoir atteint l'âge minimum légal permettant une liquidation de vos droits à la retraite et au plus tard avant votre 62^{ième} anniversaire, en état d'invalidité permanente partielle et que votre état de santé vous permet d'exercer votre profession, nous vous versons une rente d'invalidité dont le montant est fixé ci-dessous. Cette rente se substitue à l'indemnité journalière dès constatation médicale de l'état d'invalidité.

Le montant de la rente d'invalidité

Le montant de la rente annuelle dépend du degré d'invalidité N attribué, et d'une base forfaitaire de 13720.41€. Le degré N est fixé selon les modalités ci-dessous :

Degré d'invalidité N	Montant de la rente
N ≤ 33 %	0
33 % < N ≤ 66 %	13720,41€ x (N-33)/33
N > 66%	13720.41€

Le versement de la rente est conditionné par un taux d'invalidité « N » au moins supérieur à 33 %. Le caractère « x » correspond au signe multiplié.

Détermination du degré d'invalidité

Le degré d'invalidité qui détermine le droit à la prestation de la rente garantie et le montant de cette prestation est déterminé en fonction du degré d'incapacité professionnelle et du degré d'incapacité fonctionnelle.

- Le degré d'incapacité fonctionnelle est établi soit d'un commun accord entre les parties, soit par un arbitrage d'ordre médical. Il est apprécié en dehors de toute considération professionnelle et basé uniquement sur la diminution de la capacité physique ou mentale

consécutives à l'accident ou à la maladie, en s'inspirant du guide barème utilisé en matière d'accidents du travail.

- Le degré d'incapacité professionnelle est établi, soit d'un commun accord entre les parties, soit par arbitrage. Il est apprécié en fonction du degré et de la nature de l'incapacité professionnelle par rapport à la profession exercée en tenant compte de la façon dont elle était exercée antérieurement à la maladie ou à l'accident générateur de l'état d'incapacité, des conditions d'exercice normal et des possibilités d'exercice restantes.

Les degrés d'incapacité fonctionnelle et professionnelle varient de 0 à 100.

Le degré d'invalidité « N » qui détermine le droit à la prestation est alors donné par le tableau ci-après :

Taux d'incapacité professionnelle	Taux d'incapacité fonctionnelle								
	20 %	30 %	40 %	50 %	60 %	70 %	80 %	90 %	100 %
10 %				29,24	33,02	36,59	40,00	43,27	46,42
20 %			31,75	36,94	41,60	46,10	50,40	54,51	58,48
30 %		30,00	36,34	42,17	47,62	52,78	57,69	62,40	66,94
40 %	25,20	33,02	40,00	46,42	52,42	58,09	63,50	68,68	73,68
50 %	27,14	35,57	43,09	50,00	56,46	62,57	68,40	73,99	79,37
60 %	28,85	37,80	45,79	53,13	60,00	66,49	72,69	78,62	84,34
70 %	30,37	39,79	48,20	55,93	63,16	70,00	76,52	82,79	88,79
80 %	31,75	41,60	50,40	58,48	66,04	73,19	80,00	86,54	92,83
90 %	33,02	43,27	52,42	60,82	68,68	76,12	83,20	90,00	96,55
100 %	34,20	44,81	54,29	63,00	71,14	78,84	86,18	93,22	100,00

Il est entendu que le degré d'invalidité est susceptible d'être révisé, soit d'un commun accord, soit par arbitrage, en application des dispositions de l'article « Expertise médicale ».

Les modalités de versement de la rente d'invalidité

Cette rente est payable mensuellement à terme échu tant que le degré d'invalidité « N » est supérieur à 33 %. En cas de décès, la rente versée est calculée au prorata temporis entre le premier jour du mois du décès et le jour du décès.

Nous cessons le versement de la rente au plus tard :

- à la date de liquidation des droits au titre du régime obligatoire de retraite dont vous relevez (ou pension pour inaptitude au travail) ;
- à la date à laquelle vous atteignez l'âge minimum légal permettant une liquidation de vos droits à la retraite et au plus tard avant votre 62^{ème} anniversaire de naissance.
- en cas d'expertise médicale, s'il est établi que vous n'êtes pas atteint d'une invalidité permanente partielle d'un taux supérieur à 33%.

Si, du fait de l'évolution de votre affection, vous changez de degré d'invalidité, même après la résiliation de la convention ou de la garantie, nous adaptons en conséquence le montant de la rente.

ARTICLE 22 - Formalités et documents nécessaires au règlement de la prestation arrêt de travail

En cas d'incapacité temporaire totale de travail

Sauf cas de force majeure, vous devez nous déclarer les arrêts de travail dans les deux mois qui suivent l'expiration de la franchise.

Passé ce délai, ils sont considérés comme s'étant produits au jour de la déclaration.

Les sinistres qui, sauf cas de force majeure, sont déclarés après un délai de six mois ne sont pas garantis.

	A l'origine de l'incapacité	En cours de versement
RIB ou RIP pour les virements	X	
Avis d'arrêt de travail initial	X	
Avis de prolongation de votre arrêt de travail	X	X
Éventuellement, les bulletins d'hospitalisation	X	X
Certificat médical détaillé, à adresser à notre médecin-conseil sous pli confidentiel, précisant la nature de l'affection, la date de la première constatation médicale et la durée prévisible de votre incapacité de travail	X	
Pour l'application de la franchise réduite en cas d'accident ou d'hospitalisation : • En cas d'accident, le certificat médical attestant que votre arrêt de travail résulte d'un accident et décrivant ses causes et circonstances • En cas d'hospitalisation, un bulletin d'hospitalisation	X X	
En cas de rechute, un certificat médical précisant qu'il s'agit de la même affection, ainsi que l'avis d'arrêt de travail mentionnant la rechute et les arrêts de prolongation s'ils n'ont pas été fournis		X

En cas d'invalidité permanente

	A l'origine de l'invalidité	Chaque année
Attestation sur l'honneur de non-activité professionnelle	X	X
Copie du dernier avis d'imposition pour bénéficier d'une éventuelle exonération	X	X
Relevé d'identité bancaire si vous souhaitez recevoir votre rente par virement	X	

LA GARANTIE MI-TEMPS THÉRAPEUTIQUE

Certaines pathologies graves, bien que n'entraînant pas un arrêt de travail, ont pour effet d'interférer dans l'exercice de votre activité professionnelle en diminuant votre capacité de travail.

ARTICLE 23 - L'allocation mi-temps thérapeutique

La garantie « Mi-temps thérapeutique » consiste à vous verser une allocation forfaitaire suite à une diminution de votre activité professionnelle, quelle que soit la part de cette diminution par rapport à l'activité normale, mais n'entraînant pas un arrêt de travail, attestée par un médecin due à une des pathologies graves décrite ci-après.

La définition des pathologies prises en charge

Sont visées les pathologies suivantes dès lors qu'elles s'accompagnent d'effets indésirables :

- **Cancers et maladies** (y compris hémopathies malignes) nécessitant des traitements de chimiothérapie et/ou de radiothérapie ; lorsqu'ils s'accompagnent d'effets indésirables.
- **Maladie de Hodgkin** (pathologie maligne caractérisée par la présence de cellules lymphoïdes et réticulaires dystrophiques), lorsqu'elle s'accompagne d'effets indésirables.
- **Maladie de Burckitt** (tumeur – lymphome non-hodgkinien – qui provient de l'évolution maligne et de la prolifération de cellules lymphoïdes de type B), lorsqu'elle s'accompagne d'effets indésirables.
- **Embolie pulmonaire**, lorsqu'elle s'accompagne d'effets indésirables.
- **Insuffisance cardiaque** (insuffisance de fonctionnement du cœur entraînant essoufflement et œdème des membres inférieurs), lorsqu'elle s'accompagne d'essoufflements et d'œdèmes.
- **Epilepsie** (affection neurologique à type de décharges paroxystiques de survenue soudaine qui peuvent être généralisées ou localisées avec ou sans perte de connaissance), lorsqu'elle s'accompagne d'effets indésirables.
- **Maladie de Ménière** (troubles de l'équilibre suite à une anomalie de l'oreille interne), lorsqu'elle s'accompagne de manifestations digestives.
- **Mucoviscidose** (maladie génétique affectant les épithéliums glandulaires avec augmentation de la viscosité du mucus), lorsqu'elle s'accompagne d'effets indésirables.
- **Sclérose en plaques**, maladie neurologique chronique qui touche le système nerveux central provoquant un dépôt au niveau de la gaine de myéline ; soit une démyélinisation des fibres nerveuses du cerveau, de la moelle épinière et du nerf optique, lorsqu'elle s'accompagne d'effets indésirables lors de poussées (limité à 2 par an).

Le montant et la durée de l'indemnité

Nous versons une indemnité forfaitaire dont le montant est :

- fonction de la pathologie

- versé pour une période variable entre 30 jours et 60 jours selon la pathologie.
- versé sous déduction des prestations en cas d'arrêt de travail (incapacité temporaire ou invalidité permanente) au titre d'une convention souscrite par LPA, ou d'un contrat souscrit par votre barreau ou à titre individuel ou servies par la CNBF.

Chaque demande d'indemnité fait l'objet d'une étude de notre médecin-conseil.
Vous ne pouvez pas demander d'indemnité pour une période déjà couverte même partiellement.

Pathologie	Début de la période	Durée de la période	Indemnités versées pour la période
Cancer	Le lendemain de la séance de chimiothérapie ou de radiothérapie	30 jours	465 €
Maladie de Hodgkin	Le lendemain de la séance de chimiothérapie ou de radiothérapie	30 jours	465 €
Maladie de Burckitt	Le lendemain de la séance de chimiothérapie ou de radiothérapie	30 jours	465 €
Embolie pulmonaire	Le lendemain qui suit la constatation médicale de la diminution de l'activité professionnelle	60 jours	310 €
Insuffisance cardiaque sans étiologie		60 jours	310 €
Epilepsie		60 jours	155 €
Maladie de Ménière		60 jours	155 €
Mucoviscidose	Le lendemain qui suit la constatation médicale de la diminution de l'activité professionnelle	60 jours	155 €
Sclérose en plaques (*)	Le lendemain qui suit la constatation médicale de la diminution de l'activité professionnelle	30 jours	77.5 €

(*) Concernant la sclérose en plaques, le nombre de poussées indemnisées est au maximum de 2 par an.

Les modalités de versement de l'indemnité

Pour effectuer votre demande, vous disposez d'un délai de 30 jours à compter de la séance de chimiothérapie ou de radiothérapie pour le cancer, la maladie de Hodgkin et de Burckitt et à compter de la constatation médicale de la diminution de l'activité professionnelle pour les autres pathologies.

La prestation est versée à terme échu de la période garantie.

Nous cessons le versement de nos prestations :

- à la liquidation des droits au titre du régime obligatoire de retraite dont vous relevez, sauf en cas de bénéfice du dispositif de cumul emploi-retraite
- en cas d'expertise médicale, s'il est établi que vous ne répondez pas aux conditions de garantie
- et en tout état de cause au 31 décembre de l'exercice d'assurance au cours duquel vous atteignez votre 70ème anniversaire.

ARTICLE 24 - Formalités et documents nécessaires au règlement de la prestation mi-temps thérapeutique

Sauf cas de force majeure, vous devez effectuer votre demande d'indemnité dans les trente jours qui suivent la reconnaissance de la pathologie.

Les sinistres qui, sauf cas de force majeure, sont déclarés après un délai de trente jours ne sont pas garantis.

	Documents nécessaires
RIB ou RIP pour les virements	X
<p>Certificat médical détaillé, à adresser à notre médecin-conseil sous pli confidentiel, précisant la nature de l'affection et :</p> <p><u>Pour un cancer</u> : l'état clinique à chaque séance de chimiothérapie et en cas de radiothérapie, le certificat médical devra également préciser le plan de traitement et la tolérance.</p> <p><u>Pour la maladie de Hodgkin</u> : l'état clinique de l'assuré à chaque séance de chimiothérapie et en cas de radiothérapie, le certificat médical devra également préciser le plan de traitement et la tolérance.</p> <p><u>Pour la maladie de Burckitt</u> : l'état clinique de l'assuré à chaque séance de chimiothérapie et en cas de radiothérapie, le certificat médical devra également préciser le plan de traitement et la tolérance.</p>	<p>Attestation médicale n°1 puis une fiche de suivi du protocole de soins sur lequel sont indiquées les prochaines séances.</p>
<p><u>Pour l'embolie pulmonaire</u> : l'état clinique secondaire à l'embolie</p> <p><u>Pour l'insuffisance cardiaque</u> : poussées d'insuffisance cardiaque</p>	<p>Attestation médicale n°2 à fournir actualisée à chaque demande d'indemnisation</p>
<p><u>Pour l'épilepsie</u> : l'état clinique au décours d'une crise ou en cas de répétition des crises</p> <p><u>Pour la maladie de Ménière</u> : poussée mal tolérée</p>	<p>Attestation médicale n° 3 à fournir actualisée à chaque demande d'indemnisation</p>
<p><u>Pour la mucoviscidose</u> : poussées infectieuses</p> <p><u>Pour la sclérose en plaques</u> : poussées (limité à 2 par an)</p>	<p>Attestation médicale n°4 à fournir actualisée à chaque demande d'indemnisation</p>

LA GARANTIE NAISSANCE/ADOPTION

En cas de naissance ou d'adoption d'un enfant de moins de 5 ans, la garantie Naissance/Adoption prévoit le versement aux avocats d'une allocation forfaitaire.

Cette prestation est versée lorsque la naissance ou l'adoption survient entre la date de début et la date de fin de la garantie.

La naissance d'un enfant mort né est assimilée à une naissance lorsque celle-ci intervient après 6 mois de grossesse.

ARTICLE 25 - L'allocation naissance/adoption

Le montant de l'allocation est de :

- **1 470 €** pour les avocates, suite à accouchement,
- **460 €** pour la naissance ou l'adoption d'un enfant.
 Cette allocation est versée à l'avocat(e) sous réserve que la/le conjoint(e) ou partenaire lié(e) par un PACS ou concubin(e) n'exerce pas d'activité professionnelle et qu'elle/il soit :
 - o ayant droit de l'assuré au régime des travailleurs non salariés
 - o ou bénéficiaire de prestations du Pôle Emploi,
 - o ou affiliée au régime de Sécurité sociale des étudiants.

En cas de naissance ou adoption multiple, le montant de l'allocation est majoré de 25% par enfant à compter du deuxième.

Les deux allocations sont cumulables selon la situation de l'assuré(e).

ARTICLE 26 - Formalités et documents nécessaires au règlement de la prestation naissance/adoption

Sauf cas de force majeure, vous devez nous déclarer la naissance ou l'adoption dans les deux mois qui la suivent.

Les sinistres qui, sauf cas de force majeure, sont déclarés après un délai de six mois ne sont pas garantis.

	Documents nécessaires
Copie de la pièce d'identité en cours de validité	X
RIB ou RIP pour les virements	X
Un extrait d'acte de naissance datant de moins de 3 mois	X
Copie du jugement d'adoption	X

LES EXCLUSIONS

Garantie Arrêt de travail

Est exclu l'arrêt de travail résultant :

- d'un suicide ou tentative de suicide de l'adhérent au cours de la première année d'adhésion,
- d'une guerre civile ou étrangère, invasions, agressions étrangères, hostilités (que la guerre soit déclarée ou non),
- de la participation active à une guerre passive (où la France ne participerait pas), une rébellion, une révolution, une insurrection, une prise de pouvoir, un mouvement populaire, une émeute, un acte de terrorisme, étant précisé que les cas de légitime défense, d'assistance à personne en danger et accomplissement du devoir professionnel sont garantis.
- d'un déplacement ou séjour dans une des régions ou un des pays formellement et dans tous les cas déconseillés par le Ministère français des Affaires Etrangères. Pour les personnes déjà présentes dans cette zone à la date de l'inscription de cette zone sur les listes du Ministère des Affaires Etrangères, l'exclusion ne s'applique qu'à compter du 14ème jour suivant cette inscription.

Toutefois en cas de déplacement ou séjour pour raison professionnelle, l'assureur pourra proposer des conditions de maintien d'assurance.

Pour ce faire, l'adhérent devra nous le déclarer dix jours avant la date de départ.

De plus, est exclu l'arrêt de travail occasionné par un accident résultant :

- du fait intentionnel,
- de la pratique de toute activité sportive sans respecter les règles élémentaires de sécurité recommandées par les pouvoirs publics ou par la fédération du sport correspondant à l'activité. Il nous appartiendra de prouver que ces règles ont été violées,
- de la participation à tout sport et/ou compétition à titre professionnel,
- de la navigation aérienne de l'adhérent :
 - > à bord d'un appareil non muni d'un certificat valable de navigabilité ou piloté par une personne ne possédant ni brevet, ni licence, ou titulaire d'un brevet ou d'une licence périmés,
 - > avec l'utilisation d'un deltaplane, d'un parapente, d'un appareil ultra léger motorisé (ULM) ou de tout engin assimilé,
 - > au cours d'un meeting, d'un raid sportif, d'un vol acrobatique, d'une tentative de record, d'un essai préparatoire, d'un essai de réception, d'un saut en parachute non motivé par une raison de sécurité,

Garanties Arrêt de travail ET « MI-TEMPS THERAPEUTIQUE »

Sont exclus l'arrêt de travail ou les prestations de la garantie « mi-temps thérapeutique » résultant des conséquences directes ou indirectes de la désintégration du noyau atomique.

Votre interlocuteur AXA

Entreprise Responsable, AXA France développe depuis plusieurs années des produits d'assurance à dimension sociale et environnementale.



N°IDU : FR232655_03PSOH