



nommément désigné, il est possible de mentionner les coordonnées de ce dernier. Toutefois, lorsque la désignation a fait l’objet d’une acceptation formelle par le bénéficiaire, celle-ci devient irrévocable

**DATE D’EFFET** : date à partir de laquelle débutent les garanties.

**ACCIDENT** : atteinte corporelle non intentionnelle de la part de l’assuré et provenant de l’action brutale et soudaine d’une cause extérieure. Ne sont pas considérés comme des accidents :

- Les infarctus du myocarde,
- Les conséquences d’opérations chirurgicales subies par l’assuré n’ayant pas pour cause un accident
- L’accident vasculaire cérébral et les ruptures d’anévrisme, les crises d’épilepsie
- Les dermatoses et les varices,
- Les affections musculaires ou tendineuses (Ptôses, inflammation, déchirure, rupture)
- Les lombalgies ou affections dorso-lombaires aiguës ou chroniques, les sciatiques, tours de reins (même d’origine traumatique), lumbagos et toute lésion organique provoquée par un effort,
- Les conséquences de la pollution atmosphérique,
- Les gelures, congestions, insolations, sauf si l’assuré ou l’adhérent établit qu’elles sont la conséquence directe d’un accident garanti.

**MALADIE** : toute altération de la santé constatée par une Autorité Médicale compétente autre que l’assuré lui-même ou un membre de sa famille et qui nécessite un traitement médical ou une intervention chirurgicale.

**HOSPITALISATION** : séjour dans un établissement de soins public ou privé dans le but de traiter médicalement ou chirurgicalement une maladie ou les conséquences d’un accident garanti par contrat.

**FRANCHISE** : en cas d’incapacité totale de travail, période mentionnée au certificat d’adhésion pendant laquelle aucune indemnité n’est due. L’indemnité sera donc versée à compter du premier jour d’arrêt de travail suivant le nombre de jours indiqué au certificat d’adhésion sous la rubrique franchise.

**ETATS ANTERIEURS** : les garanties s’exercent uniquement sur les conséquences des accidents survenus après la prise d’effet des garanties, et des maladies dont la première constatation médicale est postérieure à cette date d’effet ou à l’expiration du délai d’attente. Elle peut s’exercer également sur les conséquences des Infirmités existant au moment de la souscription, des Accidents survenus avant la prise d’effet des garanties et des Maladies dont la première constatation médicale est antérieure à cette date d’effet, à condition que ces infirmités, Accidents ou Maladies aient été déclarés par l’Assuré et n’aient pas fait l’objet d’une exclusion par l’Assureur.

**DATE DE CONSOLIDATION** : date à laquelle l’état de santé de l’assuré s’étant stabilisé, les conséquences de l’accident ou de la maladie deviennent permanentes et présumées définitives

## Article 8 : LES CONDITIONS D’ADHESION

Chaque assuré doit :

- être âgé d’au plus 55 ans; l’âge de l’assuré est déterminé par différence de millésime entre celui de l’année de naissance et l’année précédente au jour de l’adhésion.
  - compléter et signer un bulletin individuel d’adhésion comportant un questionnaire médical, sur le modèle fourni par l’Organisme Gestionnaire, et par lequel il donne son consentement à l’Assurance.
- L’assuré doit, à la souscription, compléter avec soin les documents qui lui sont remis et déclarer exactement tous les faits et circonstances qui sont de nature à faire apprécier par l’assureur, les risques qu’il prend à sa charge, sous peine de nullité du contrat.

En effet, une déclaration intentionnelle fausse ou incomplète, une réticence, une omission ou inexactitude dans la déclaration du risque entraîne l’application des sanctions prévues par l’article L 221-14 du code de la Mutualité. Les accidents et maladies survenus avant la date d’effet du contrat sont garantis s’ils ont été déclarés lors de la souscription et non expressément exclus sur le certificat d’adhésion.

La Mutuelle se réserve le droit :

- de demander toutes justifications, visites ou examens complémentaires. S’il s’agit d’informations médicales, elles seront adressées sous pli confidentiel au médecin conseil de la Mutuelle.
- de refuser, de surprimer ou de limiter certaines garanties sans avoir à justifier sa décision.

**L’ASSURABLE QUI, AU MOMENT DE L’AFFILIATION AU CONTRAT, SE SAIT ATTEINT D’UNE MALADIE OU A ÉTÉ VICTIME D’UN ACCIDENT DONT LES SUITES NE SONT PAS ENCORE CONSOLIDÉES, DEVRA LE MENTIONNER DANS LE QUESTIONNAIRE DE SANTÉ SOUS PEINE DE NULLITÉ.**

Les informations concernant l’état de santé de l’assurable sont confidentielles et couvertes par le secret médical. L’adhérent peut adresser ou faire adresser directement ces renseignements au Médecin-conseil de la Mutuelle au Siège Social de cette dernière qui, seul, en prendra connaissance et s’engage à ne divulguer à l’Assureur que les seules informations nécessaires à la détermination de son tarif et/ou au règlement de ses prestations.

## Article 9 : DATE D’EFFET ET DUREE DES GARANTIES

La date d’effet des garanties est précisée aux conditions particulières du contrat. Les garanties prennent effet, sous réserve de la réception d’un bulletin individuel d’adhésion dûment rempli et signé, accompagné du paiement de la première cotisation, au plus tôt, le 1er du mois suivant la date de l’acceptation médicale par la Mutuelle. La première période d’assurance se termine au 31 décembre de l’exercice en cours. Les garanties se renouvellent ensuite, d’année en année, par tacite reconduction au 1er Janvier de chaque année, jusqu’à l’âge limite de l’assuré prévu aux garanties, sous réserve du paiement des cotisations.

## Article 10 : LA MODIFICATION DES GARANTIES

L’adhérent peut demander à tout moment la modification de ses garanties :

- s’il s’agit d’une diminution, cette modification prend effet au premier jour du mois suivant la date de réception de la demande par la Mutuelle.
- s’il s’agit d’une augmentation, celle-ci sera subordonnée au résultat de la sélection médicale demandée par la Mutuelle et le complément de garantie sera assujetti aux mêmes règles et conditions qu’une nouvelle souscription.

L’assuré doit porter à la connaissance de la Mutuelle toute modification dans son activité professionnelle et notamment le changement d’entreprise afin de permettre l’application du barème relatif à la classe de risque correspondant à l’activité de l’entreprise.

## Article 11 : LA CESSATION DES GARANTIES

Les garanties cessent dès la survenance d’un des évènements suivants :

- en cas de non paiement de la cotisation, à l’expiration du délai prévu à l’article 12,
- à la fin de la période d’assurance annuelle (le 31 décembre) en cas de résiliation du contrat par l’une des parties.

L’adhérent peut résilier son engagement, par lettre recommandée, deux mois avant la date de renouvellement.

- à la réalisation du risque décès,
- dès le paiement du capital Perte Totale et Irréversible d’Autonomie
- dès que l’assuré atteint son 65<sup>ème</sup> anniversaire et le 60ème anniversaire pour la garantie perte totale et irréversible d’autonomie
- En cas de cessation de son activité professionnelle pour une cause autre que le chômage (dans une telle hypothèse, son adhésion est maintenue, étant précisé que la garantie Incapacité de travail est limitée aux seuls cas d’accident et/ou d’hospitalisation) ou à la date de liquidation de sa pension vieillesse
- dès que l’assuré cesse d’appartenir à l’effectif assurable ou cesse de réunir les conditions pour bénéficier des garanties, en l’occurrence, lorsque l’assuré change de profession.

**N.B. : Lorsque l’assuré atteint l’âge limite prévu pour la garantie Perte Totale et Irréversible d’Autonomie, la totalité de la prime d’assurance afférente à la formule Décès/Perte Totale et Irréversible d’Autonomie toutes causes est portée sur le risque décès, et ce, jusqu’à la date de cessation de l’adhésion.**

## Article 12 : LE PAIEMENT DES COTISATIONS

Le montant des cotisations est indiqué sur les conditions particulières selon l’option choisie lors de la souscription. C’est l’adhérent qui choisit la périodicité de ses règlements : par année, par semestre, par trimestre ou par mois. Cette périodicité est à déterminer lors du paiement de la première prime, pour permettre à la Mutuelle de mettre en place la procédure correspondante. L’adhérent aura toutefois, sur simple demande, la possibilité par la suite de modifier cette périodicité. Le montant des cotisations varie en tenant compte de la tranche d’âge atteinte par l’assuré lors de chaque renouvellement.

L’âge de l’assuré est déterminé par différence de millésime entre celui de l’année de naissance et celui de l’année précédente.

Le renouvellement des garanties n’est acquis que lors du paiement de la nouvelle cotisation dans le délai prévu à l’article 12.

Toute modification des taux de taxes sera répercutée ipso facto sur le montant des cotisations.

## Article 13 : LE DEFAUT DE PAIEMENT D’UNE COTISATION

Si l’adhérent omet de régler une prime dans les 10 jours de son échéance, la Mutuelle, lui adressera une lettre recommandée l’informant que ce défaut de paiement peut entraîner la résiliation de son adhésion. Dans un délai de 40 jours à dater de l’envoi de cette lettre, le défaut de paiement de la cotisation échue ainsi que des cotisations éventuellement venues à échéance au cours dudit délai, entraîne de plein droit la résiliation de l’adhésion.

## Article 14 : LA PRESCRIPTION

La prescription est l’extinction d’un droit après un délai prévu par la loi. Toute action dérivant du présent contrat est prescrite à compter de l’évènement qui y donne naissance.

- par 10 ans à l’égard du bénéficiaire, s’il s’agit d’une personne différente de l’adhérent,
- par 2 ans à l’égard de l’adhérent.

Cette prescription est interrompue par une des causes ordinaires d’interruption, et notamment par l’envoi d’une lettre recommandée avec accusé de réception, adressée par l’assuré à la Mutuelle, en ce qui concerne le règlement des prestations.

## Article 15 : MEDIATION

Pour toute information relative au contrat et aux évènements qui en découlent, l’interlocuteur de l’adhérent est la Mutuelle Pour toutes contestations nées du présent contrat d’adhésion, l’adhérent et la Mutuelle s’engagent, avant d’avoir recours à l’arbitrage ci-dessous à formuler par écrit de façon précise leur point de vue et à se rencontrer pour tenter de résoudre le litige à l’amiable.

## Article 16 : DECLARATIONS

L’assuré doit déclarer par lettre recommandée à la Mutuelle les éléments suivants :

- Changement de profession ou tout changement intervenu dans son activité professionnelle,
- Changement de domicile ou séjour de plus de 45 jours à l’étranger.

La déclaration doit être faite avant la modification ou dans les 15 jours qui suivent la date à laquelle l’assuré en a eu connaissance.

Si la modification constitue une aggravation du risque, LA MUTUELLE pourra, selon le cas, soit proposer une nouvelle cotisation, soit résilier l’adhésion par lettre recommandée sous préavis de 10 jours.

Dans le cas où l’assuré refuserait la nouvelle cotisation, LA MUTUELLE aurait la possibilité de résilier l’adhésion par lettre recommandée sous préavis de 10 jours.

## TITRE III - LES GARANTIES : DEFINITION ET ETENDUE

### Article 17 : CAPITAL EN CAS DE DECES OU DE PERTE TOTALE ET IRRÉVERSIBLE D’AUTONOMIE TOUTES CAUSES

**17.1 La garantie décès toutes causes (DC)**

Si l’assuré décède avant son 65<sup>ème</sup> anniversaire, l’Assureur, par l’intermédiaire de la Mutuelle s’engage à verser au(x) bénéficiaire(s) désigné(s), le capital assuré dont le montant de base est indiqué sur le certificat d’adhésion.

Le capital décès n’est pas dû s’il y a eu règlement préalable du capital Perte Totale et Irréversible

d’Autonomie au titre de la présente garantie.

**17.2 Perte Totale et Irréversible d’Autonomie toutes causes (PTIA)**

On entend par Perte Totale et Irréversible d’Autonomie, l’état causé par une maladie ou un accident garantis qui met l’assuré dans l’impossibilité totale et définitive d’exercer toute activité rémunérée, suite à une invalidité permanente totale d’un taux égal ou supérieur à 66% (barème de la Sécurité Sociale) causée par une maladie ou un accident .ou classement par la Sécurité Sociale parmi les invalides de 3ème catégorie.

Il doit, en outre, avoir besoin de l’assistance d’une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie. Si l’assuré est en état de Perte Totale et Irréversible d’Autonomie médicalement constatée et reconnue par la Mutuelle pendant la durée de la garantie et au plus tard avant son 60<sup>ème</sup> anniversaire, le capital prévu en cas de décès lui sera payé par anticipation.

Ce paiement a lieu :

- immédiatement après la consolidation de l’invalidité si celle-ci résulte d’un accident,
- après 12 mois de durée continue de l’invalidité depuis la date de la preuve apportée à la Mutuelle, si celle-ci résulte d’une maladie

Le paiement du capital Perte Totale et Irréversible d’Autonomie met fin à l’ensemble des garanties.

### Article 18 : INDEMNITÉS MENSUELLES EN CAS D’INCAPACITÉ TEMPORAIRE TOTALE DE TRAVAIL (ITT)

**18.1 Définition**

Un assuré est en état d’incapacité totale de travail s’il se trouve avant son 65<sup>ème</sup> anniversaire, par suite de maladie ou d’accident, dans l’incapacité physique constatée médicalement d’exercer son activité professionnelle habituelle.

Tout assuré sans emploi, lors de la survenance de la maladie ou de l’accident ne peut bénéficier de cette garantie. (En cas de chômage indemnisé, son adhésion est maintenue, étant précisé que la garantie Incapacité de travail est limitée aux seuls cas d’accident et/ou d’hospitalisation). L’assuré est tenu d’informer LA MUTUELLE, de tout changement survenu dans sa profession qui pourrait notamment entraîner une modification du risque pour LA MUTUELLE et notamment lorsque les garanties sont souscrites en relais aux dispositions de la loi sur la mensualisation et font référence à l’ancienneté pour le paiement des prestations

**18.2 Garantie - Franchise – Durée**

Lorsque l’assuré est en incapacité totale de travail, LA MUTUELLE, lui verse une indemnité mensuelle destinée à compenser sa perte de revenus et dont le montant de base est indiqué sur le certificat d’adhésion.

Cette indemnité, payable mensuellement à terme échu, est versée à l’expiration du délai de franchise absolue mentionné sur le certificat d’adhésion, tant que dure l’incapacité, et pendant une durée maximum de 1095 jours d’arrêt de travail, selon le choix indiqué sur le certificat d’adhésion.

Selon l’option mentionnée sur le certificat d’adhésion, la franchise peut être réduite en cas d’hospitalisation ou d’accident.

### 18.3 Rechute

Si l’assuré reprend son activité, et s’il se trouve à nouveau en état d’incapacité temporaire totale pour la même cause, dans un délai de deux mois, l’indemnité mensuelle lui est à nouveau versée dès le premier jour sans application de la franchise choisie, sans toutefois que les prestations puissent, au total, dépasser la durée maximale fixée au certificat d’adhésion.

Si l’assuré rechute au-delà de deux mois ou si l’incapacité résulte d’une cause différente, la franchise est décomptée.

*Remarque* : L’indemnité mensuelle n’est pas due en cas d’incapacité temporaire partielle.

### 18.4 Cessation de la prestation

L’indemnité mensuelle cesse d’être versée lorsque survient pour l’assuré l’un des évènements suivants :

- sa reprise d’activité professionnelle même partielle ou s’il est médicalement établi qu’il est en mesure de reprendre, même partiellement, son activité professionnelle,
- au terme de la durée prévue sur le certificat d’adhésion,
- la consolidation de l’état d’invalidité,
- son 65<sup>ème</sup> anniversaire ou mise à la retraite selon les dispositions de l’article 10,
- son décès

## Article 19 : RENTE EN CAS D’INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE DE TRAVAIL

**19-1 Garantie**

La MUTUELLE garantit le service d’une rente en cas d’invalidité permanente totale ou partielle, sous réserve que le participant perçoive de la Sécurité Sociale une pension dans le cadre de l’assurance invalidité par classement dans l’une des trois catégories d’invalidité, ou une rente d’incapacité permanente dans le cadre de l’assurance accidents du travail et maladies professionnelles avec un taux d’incapacité au moins égal à 33 %. Le maintien de l’état d’invalidité ou d’incapacité permanente peut être infirmé ou confirmé par le médecin expert de la MUTUELLE dans les conditions prévues par l’article 25 des Dispositions Générales. Cette vérification peut être effectuée à tout moment pendant la période de versement des prestations. Le service de cette rente est assuré dès la date de reconnaissance de l’invalidité par la Sécurité Sociale mais, au plus tôt, à l’expiration du délai de carence indiqué à l’avenant d’adhésion. La rente est servie par la MUTUELLE mensuellement à terme échu lorsque le participant se trouve classé dans le 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie d’invalidité ; l’incapacité permanente résultant d’un accident du travail ou d’une maladie professionnelle d’un taux supérieur ou égal à 66 % est assimilée à la 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie d’invalidité de la Sécurité Sociale.

Le montant de la rente est réduit à 60 % de la rente de base lorsque le participant se trouve classé dans la 1<sup>ère</sup> catégorie d’invalidité ; l’incapacité permanente résultant d’un accident du travail ou d’une maladie professionnelle d’un taux compris entre 33 % et 66 % est assimilée à la 1ère catégorie de l’invalidité de la Sécurité Sociale.

En cas de modification de l’état d’invalidité du participant, la rente sera ajustée en conséquence. En cas de cessation de service de la rente, un prorata est versé pour la période courue de la date de la dernière échéance trimestrielle au jour de la cessation.

Le service de la rente cesse définitivement à compter du 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit celui au cours duquel a pris effet la pension vieillesse.

**19.2 Le service de la rente**

La rente est payable mensuellement à terme échu; LA MUTUELLE, se réservant le droit de la régler par annuités ou trimestrialités pour les montants peu élevés.

Le versement de la rente d’invalidité ne peut aller au-delà du 65<sup>ème</sup> anniversaire de l’assuré.

## Article 20 : L’ÉTENDUE TERRITORIALE DES GARANTIES

Les garanties sont accordées dans le monde entier pour tout déplacement ne dépassant pas, sauf dérogation, 45 jours consécutifs et 60 jours consécutifs ou non sur une période de 12 mois. Les prestations Perte Totale et Irréversible d’Autonomie, invalidité permanente totale, incapacité temporaire totale de travail et invalidité permanente totale ou partielle ne sont versées que si l’état de l’assuré peut être constaté médicalement en France Métropolitaine.

## TITRE IV - EXCLUSIONS

## Article 21 - EXCLUSIONS

En cas de suicide de l’assuré, les garanties ou l’augmentation de garanties n’ont pas d’effet au cours de la première année suivant la prise d’effet de l’assurance de ces garanties ou de ces augmentations de garanties.

Les garanties sont accordées en cas d’accident ou de maladie. Toutefois, sont exclus des garanties :

- LES CONSÉQUENCES, RECIDIVES, SUITES OU RECHUTES DE MALADIES OU ACCIDENTS SURVENUS ANTERIEUREMENT A L’ADHESION ET NON DECLARES ;**
- LES ACCIDENTS, MALADIES, INVALIDITES SURVENUS A L’OCCASION DE L’EXERCICE D’UNE PROFESSION DIFFERENTE DE CELLE INDIQUEE A LA DATE DE DEMANDE D’ADHESION ;**
- LES CONSÉQUENCES DE MUTILATIONS VOLONTAIRES ET DE TENTATIVES DE SUICIDE ;**
- LES CONSÉQUENCES DE L’ETHYLISME ET DE L’USAGE DE STUPEFIANTS NON PRESCRITS MEDICALEMENT ;**
- LES ACCIDENTS OCCASIONNES PAR LA PRATIQUE DE TOUS LES SPORTS A TITRE PROFESSIONNEL ;**
- LA PRATIQUE DES SPORTS SUIVANTS A TITRE AMATEUR : PARACHUTISME A OUVERTURE DECLENCHEE APRES CHUTE LIBRE, VOL A VOILE, DELTAPLANE, PARAPENTE, AILE VOLANTE ET TOUTES LES ACTIVITES ASSIMILABLES A CELLES-CI, SKELETON, BOBSLEIGH, BOXE, CATCH ET TOUT AUTRE SPORT NECESSITANT L’USAGE D’UN VEHICULE A MOTEUR.**
- LES ACCIDENTS OCCASIONNES PAR LA PRATIQUE DE VOLS ACROBATIQUES OU DE COMPETITION, DE SAUT A L’ELASTIQUE, EXHIBITIONS, PARIS ET TENTATIVES DE RECORD, DE SAUTS EN PARACHUTE NON MOTIVES PAR UNE RAISON DE SECURITE, DU PARAPENTE, DE LA VARAPPE, DE L’ESCALADE, DE L’ALPINISME, DU SAUT A SKI, DE LA SPELEOLOGIE, DE LA PLONGEE SOUS-MARINE AVEC APPAREIL AUTONOME, PAR L’UTILISATION D’AILES VOLANTES OU D’ENGINS SIMILAIRES AVEC OU SANS MOTEUR, AINSI QUE LEURS CONSÉQUENCES, DE PROTOTYPES, D’ULTRA LEGRS MOTORISES (ULM) ;**
- LES CONSÉQUENCES, SUITES D’ACCIDENT DE LA NAVIGATION AÉRIENNE, SAUF SI L’ASSURÉ SE TROUVE À BORD D’UN APPAREIL MUNI D’UN CERTIFICAT VALABLE DE NAVIGABILITÉ ET CONDUIT PAR UN PILOTE POSSÉDANT UN BREVET OU UNE LICENCE NON PÉRIMÉE, LE PILOTE POUVANT ÊTRE L’ASSURÉ LUI-MÊME.**
- LES ACCIDENTS EN CAS DE CONDUITE D’ENGINE A MOTEUR SANS PERMIS (S’IL EST OBLIGATOIRE) AINSI QUE LEURS CONSÉQUENCES ;**
- LES ACCIDENTS DUS AUX TRAVAUX SOUTERRAINS OU SOUS-MARINS OU A LA MANIPULATION D’EXPLOSIFS, AINSI QUE LEURS CONSÉQUENCES ;**
- LES RISQUES DUS A LA GUERRE CIVILE OU ETRANGERE AINSI QU’AUX EFFETS DES RADIATIONS ATOMIQUES ;**
- LES RISQUES DUS A LA PARTICIPATION ACTIVE DE L’ASSURE A DES OPERATIONS MILITAIRES, A UNE EMEUTE, UNE INSURRECTION, UNE RIXE (SAUF CAS DE LEGITIME DEFENSE OU DE SECOURS A PERSONNE EN DANGER VICTIME D’UNE AGRESSION), UN ATTENTAT, UN ACTE DE TERRORISME OU DE VANDALISME ;**
- LES ACCIDENTS DUS A DES FAITS DE GUERRE ETRANGERE (IMPLIQUANT LA FRANCE ET UNE PUISSANCE ETRANGERE) OU GUERRE CIVILE (GUERRE INTERNE A UN ETAT MEME ETRANGER) ;**

**De plus, l’assurance ne peut pas être accordée si le proposant à l’assurance exerce une profession liée à un des métiers ou activités mentionnés à l’article 2.**

La garantie Incapacité totale temporaire est exclue EGALEMENT dans les cas suivants :

- LA NÉGLIGENCE, LE DEFAUT DE SOINS OU L’USAGE DE SOINS EMPIRIQUES SANS CONTRÔLE MÉDICAL, SAUF CAS DE FORCE MAJEURE ;**
- DES ARRÊTS DE TRAVAIL CONSÉCUTIFS À DES BLESSURES OU DES LÉSIONS PROVENANT DE COURSES DE VITESSE, MATCHS OU PARIS, Y COMPRIS LEUR ENTRAÎNEMENT PRÉPARATOIRE ET LEURS ESSAIS,**
- LES DÉPRESSIONS NERVEUSES,TROUBLES NEUROPSYCHIQUES, MALADIES PSYCHIATRIQUES, PSYCHOSES DÉPRESSIVES ET AUTRES MALADIES MENTALES,**
- LES SÉJOURS ET HOSPITALISATIONS DANS LES MAISONS DE RETRAITE ET/OU DE REPOS AINSI QUE LES CURES THERMALES,**
- LES TRAITEMENTS ESTHÉTIQUES ET HOSPITALISATIONS QUI LEUR SONT LIÉES.**
- LA GROSSESSE PATHOLOGIQUE DE L’ASSURÉE N’EST COUVERTE QU’A L’ISSUE D’UN DÉLAI DE CARENCE DE 12 MOIS À COMPTER DE LA PRISE D’EFFET DE SON ADHÉSION.**
- LES AFFECTIONS D’ORIGINE DORSALE OU CERVICALE, LEUR SUITE ET CONSÉQUENCES SAUF CELLES D’ORIGINE TRAUMATIQUE A CONDITION QUE CELLES-CI SOIENT OBJECTIVABLES PAR EXAMEN DE SCANNER OU RADIOLOGIQUE.**

En aucun cas, le service de prestations effectué par l’Assureur, même à plusieurs reprises, ne saurait constituer une renonciation tacite à l’une des restrictions ou exclusions de garanties prévues aux présentes Conditions Générales.