

**CONTRAT COLLECTIF D'ASSURANCES
FRAIS MEDICAUX / DECES / INVALIDITE**

**BOURSIERS, STAGIAIRES, PARTICIPANTS DE VOYAGES D'ETUDES / CONFERENCES, PERSONNEL
PROFESSIONNEL DES PROJETS NATIONAUX EXPERTS/CONSULTANTS
SOUS EXECUTION NATIONALE ET TITULAIRES D'UN CONTRACT DE SERVICE**

**FONDE PAR LE SYSTEME DES ORGANISATIONS APPARTENANT
AUX NATIONS UNIES**

Validité 1 janvier – 31 décembre 2004

BROCHURE D'INFORMATION

INFORMATION GENERALE

Cette brochure a été rédigée à titre d'information. La brochure ne remplace pas le contrat officiel conclu entre les organisations appartenant aux Nations Unies, les assureurs et Vanbreda International. Les renseignements inclus dans ou omis de cette brochure ne remplacent pas et ne changent également pas les termes du contrat officiel.

NOTE D'INTRODUCTION:

Dans la brochure, nous nous référons aux boursiers, mais l'information s'applique également à toutes les autres catégories mentionnées ci-dessous.

ELIGIBILITE D'AFFILIATION:

Les catégories de personnes suivantes sont éligibles à affilier au plan:

1. Des boursiers, quel que soit la source de fondement, aussi inclus les boursiers dans des projets sous exécution gouvernementale;
2. Des stagiaires, de longue ou de courte durée, recrutés dans leur propre ou dans un autre pays;
3. Des individus en formation collective;
4. Personnel Professionnel des Projets Nationaux (PPPN), i.e. des individus recrutés dans leur propre pays ou dans d'autres pays en voie de développement;
5. Des participants de voyages d'études/conférences;
6. Personnel embauché comme consultant/expert, dans des projets sous exécution gouvernementale, recrutés national ou international. Toutefois, la déclaration des personnes assurées doit toujours être canalisée à travers l'office PNUD ;
7. Titulaires d'un contrat de service.

Note importante: Le plan n'assure que le fonctionnaire principal et pas les personnes à charge ou les membres de famille.

PROCEDURE:

1. Sélectionnez la police ou les polices nécessaires (police A et B, voir p. 3).
2. Choisissez le niveau de couverture nécessaire pour chaque police et pour chaque destination.
3. Informez Van Breda de votre choix.

Contactez:

Vanbreda International
P.O. Box 69
B-2140 Anvers (Belgique)

Personne à contacter pour les deux polices de la part du courtier d'assurances:

Mme Sarah Geerts
Téléphone: +32 3 217 63 08
Fax: +32 3 272 39 69
E-mail: gp1@vanbreda.be

CONDITIONS DE CES POLICES**PERIODE DE VALIDITE:** 1 janvier 2004 - 31 décembre 2004**POLICE A: FRAIS MEDICAUX:**

A - 1: Plafond US \$ 10.000 -cotisation par mois	US\$ 32.06
A - 2: Plafond US \$ 15.000 -cotisation par mois	US\$ 36.32
A - 3: Plafond US \$ 25.000 -cotisation par mois	US\$ 40.54
A - 4: Plafond US \$ 50.000 -cotisation par mois	US\$ 43.29

POLICE B: DECES/INVALIDITE PERMANENTE:**ACCIDENTS ET MALADIE**

mois

cotisation par

B - 1: Plafond US \$ 10.000 décès; USD 20.000 Invalidité Permanente Totale	US\$ 3.52
B - 2: Plafond US \$ 25.000 décès; USD 40.000 Invalidité Permanente Totale	US\$ 8.80
B - 3: Plafond US \$ 50.000 décès; USD 75.000 Invalidité Permanente Totale	US\$ 16.40

SEULEMENT ACCIDENTS

B - 4: Plafond US \$ 10.000 décès USD 20.000 Invalidité Permanente Totale	US\$ 0.72
B - 5: Plafond US \$ 25.000 décès USD 40.000 Invalidité Permanente Totale	US\$ 1.80
B - 6: Plafond US \$ 50.000 décès USD 75.000 Invalidité Permanente Totale	US\$ 3.00

Toutes les réclamations de décès et d'invalidité résultant du SIDA ne sont pas couvertes.

GENERALITES APPLICABLES A TOUTES POLICES:

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

POLICE A: FRAIS MEDICAUX

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

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

Article B.1 :	Montant d'indemnité
Article B.2 :	Paiement d'indemnité

INVALIDITE

Article B.3 :	Invalidité Permanente Totale
Article B.4 :	Invalidité Permanente Partielle
Article B.5 :	Paiement des indemnités

Le risque est soussigné pour 100% par les Assurances Générales de France, Vie et IART, Paris (France).

GENERALITES APPLICABLES A TOUTES POLICES

Article 1 - Date de prise d'effet et durée du contrat

Le présent contrat entre en vigueur le premier janvier 2004 à 00:00 heures jusqu'au dernier jour de décembre 2004 à 24:00 heures. Le contrat se renouvelle ensuite par tacite reconduction le premier janvier de chaque année, chaque fois pour une durée de 12 mois, sauf si l'une des parties le dénonce par lettre recommandée au moins trois mois avant la date d'échéance.

Article 2 - Commencement et fin de la couverture

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

Article 3 – Définitions

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

- Maladie: toute détérioration de l'état de santé confirmée par une autorité médicale compétente.
- Accident: toute atteinte soudaine, portée au corps humain par une cause extérieure .
- Soins Médicaux: tous examens effectués et toutes mesures prises pour rétablir et maintenir la santé.
- Personne Assurée: le boursier tel que rapporté aux Assureurs.
- Maternité: cette définition est interprétée dans son sens large et comprend la grossesse.
- Invalidité Permanente: blessure ou maladie qui résulte dans une déformation ou une perte de fonction ou des membres qui est permanente et incurable ou durant au moins 12 mois et après, sans espoir d'amélioration.

Article 4 - Personnes assurées

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

Dans une quinzaine après la fin de chaque mois le Preneur d'Assurance doit fournir une liste indiquant les changements du mois passé et les dates de début et de fin du risque. Le Preneur d'Assurance peut également envoyer la liste complète des personnes assurées sur une base mensuelle (ou trimestrielle) et payer les cotisations totales dues.

Article 5 - Paiement des cotisations

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

Article 6 - Privilèges et immunités

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

Article 7 – Contentieux

1. Litiges portant sur des questions autres que médicales: Excepté paragraphe 2 de cet Article, tout différend né de l'interprétation ou de l'application des termes du présent contrat ou d'une violation de ses dispositions, qui n'est pas réglé par voie de négociation directe, est réglé conformément au Règlement d'arbitrage de la Chambre Internationale du Commerce. Le Preneur d'Assurance et l'Assureur sont tenus par la sentence de l'arbitre.

2. Litiges portant sur des questions médicales: Le différend est réglé par un arbitre désigné conjointement par un médecin choisi par le Preneur d'Assurance et par le médecin des Assureurs. En absence d'accord, l'arbitre est désigné par le Président du Conseil de l'Ordre des Médecins ou par l'association médicale équivalente compétente au lieu du domicile de la Personne Assurée.
Le coût d'arbitrage, y compris les honoraires de l'arbitre, est partagé en moitié entre les deux parties.

Article 8 - Etendue territoriale

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

Article 9 – Subrogation

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

Article 10 - Délégation de gestion

Les Assureurs délèguent la gestion journalière du présent contrat aux Courtiers Vanbreda International, Anvers. Les courtiers sont notamment responsables du recouvrement des primes, de la délivrance des reçus et du paiement des prestations dues aux assurés. Les courtiers désignent les arbitres et les médecins des Assureurs.

Article 11 - Déclaration des sinistres

En cas d'accident, le Preneur d'Assurance doit mentionner le lieu et les circonstances ainsi que les noms et adresses des témoins éventuels et des autorités judiciaires qui sont intervenues. Les Assureurs ont le droit d'interroger la Personne Assurée, et si nécessaire le Preneur d'Assurance, afin de se renseigner concernant la maladie, l'accident et le traitement donné. De l'information confidentielle peut être remise sous enveloppe cachetée au médecin des Assureurs qui ne procurera au département de réclamation que les documents nécessaires afin d'arriver à une conclusion satisfaisante.

La Personne Assurée s'engage à se soumettre à un examen éventuel des médecins délégués par les Assureurs dont les frais sont pris en charge par les Assureurs. La Personne Assurée est obligée de subir l'examen, mais peut insister à la présence de son propre médecin.

Article 12 - Exceptions

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

Article 13 - Risques exclus et spéciaux

Ne sont pas couverts:

- 13.1 Examens médicaux préventifs effectués périodiquement;
- 13.2 les conséquences de maladies ou d'accidents résultant d'une action délibérée et intentionnelle de l'assuré telle que la tentative de suicide ou la mutilation volontaire;
- 13.3 l'assurance est suspendue en temps de guerre pour les personnes assurées qui sont mobilisées ou qui se portent volontaires pour le service militaire, les forces aériennes ou maritimes ;

- 13.4 les conséquences d'insurrections ou d'émeutes si, en y prenant part, la Personne Assurée a commis une infraction aux lois en vigueur; les suites de la participation à des rixes, sauf en cas de légitime défense.
- 13.6 les cures de rajeunissement et les traitements esthétiques, sauf si une intervention de chirurgie esthétique est nécessaire à la suite d'un accident couvert par l'assurance.
- 13.7 les conséquences directes ou indirectes d'explosions, dégagement de chaleur, ou irradiations produits par transmutation du noyau de l'atome ou par radioactivité ou résultant de rayonnements produits par l'accélération artificielle des particules nucléaires.
- 13.8 les frais relatifs au déplacement ou au transport du bénéficiaire par ambulance ou par d'autres moyens, sauf lorsque le déplacement ou le transport a été effectué avec l'aide d'un service d'ambulance professionnel entre le lieu où l'intéressé a été accidenté ou est tombé malade et le premier hôpital où il est traité.
En cas d'urgence ou de maladie grave, le transport spécial de l'assuré, les frais de la personne accompagnante ou surveillante seront remboursés à concurrence d'un maximum de US\$ 7.500 (couverture A1 jusqu'à A3) ou US\$ 10.000 (couverture A4). En outre, les préparations et le rapatriement du corps sont remboursables à concurrence d'un maximum de US\$ 7.500.
- 13.9 les accidents de la navigation aérienne ne sont couverts que si le bénéficiaire se trouve à bord d'un avion muni d'un certificat de navigabilité valable et conduit par une personne possédant un brevet de pilote pour le type d'avion en question.

Article 14 – Cotisations

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

POLICE A: FRAIS MEDICAUX

Article A.1. - Prestations

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

A.1.1. Les Assureurs remboursent à 100% les frais pour soins médicaux prescrits par un médecin qualifié. Les frais d'hospitalisation suivants sont également remboursés à 100%:

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

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

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

A.1.2.2 Examens et traitements spéciaux

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

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

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

Article A2 - Procédure de remboursement

- A.2.1. Si le boursier a droit à un remboursement de la part d'un autre assureur, le montant qui lui sera remboursé par les Assureurs sera, comme il convient, calculé sur la base d'un montant égal à la différence entre les frais effectivement encourus et le montant remboursé par d'autres sources.
- A.2.2. Les premiers US\$ 10 de frais médicaux encourus pour la Personne Assurée pour chaque nouvelle période de 12 mois commençant au ou après le 1er janvier 2004 ne sont pas remboursables.
- A.2.3. Les demandes de remboursement doivent être introduites par la Personne Assurée ou le Preneur d'Assurance, accompagnées d'une indication du diagnostic et des notes de frais médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques, des notes d'hôpital et de toute pièce attestant le remboursement des sommes par d'autres assureurs (avec une indication détaillée des montants remboursés). Les courtiers effectuent les remboursements dans une quinzaine qui suit la réception des factures au Preneur d'Assurance ou directement aux Personnes Assurées. Les Assureurs gardent les documents soumis pour une durée indéterminée. Au cas où la Personne Assurée n'est plus en vie, le paiement sera effectué à la personne soumettant des documents justificatifs satisfaisants prouvant qu'elle a droit au paiement concerné. Le Preneur d'Assurance n'accepte aucune responsabilité, ni financière ni autre, en ce qui concerne l'exactitude de chaque demande de remboursement soumise par le bénéficiaire.

Article A.3 - Période de limitation

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

Article A.4 - Monnaie de remboursement

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

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

POLICE B: DECES ET INVALIDITE PERMANENTE

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

Article B.1 - Montant d'indemnité

En cas de décès d'une Personne Assurée, le capital assuré payable sera le capital en USD choisi à la page 3. Toutefois, en cas de décès naturel d'une Personne Assurée âgée plus de 63, une indemnité de 50% sera payée. En outre, les préparations et le rapatriement du corps sont remboursables à concurrence d'un maximum de US\$ 7.500, à condition que l'assurance médicale n'ait pas été effectuée.

Article B.2 - Paiement d'indemnité

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

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

Les frais de rapatriement du corps sont remboursables après la réception des factures ou d'autres documents déclarant les frais, à condition que l'assurance médicale n'ait pas été effectuée.

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

Article B.3 - Invalidité Permanente Totale

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

Article B.4 - Invalidité Permanente Partielle

Si l'invalidité permanente est partielle, une partie du capital prévu sera payée, conforme au degré d'invalidité selon le tableau et les dispositions mentionnées ci-dessous:

Aliénation mentale incurable	100 %
Paralysie organique totale	100 %
Cécité complète	100 %
Amputation ou perte d'usage totale et définitive :	
- des deux bras ou des deux mains;	100 %
- des deux jambes ou des deux pieds;	100 %
- d'un bras ou d'une main et d'une jambe ou d'un pied;	100 %
Perte totale d'un œil avec ablation	30 %
Perte totale d'un œil sans ablation	25 %
Perte de substance du crâne dans toute son épaisseur :	
a) surface d'au moins 6 cm carrés	40 %
b) surface de 3 à 6 cm carrés.	20 %
c) surface inférieure à 3 cm carrés	10 %
Surdité incurable et totale des deux oreilles	40 %
Surdité incurable et totale d'une oreille	15 %
Ablation de la mâchoire inférieure :	
a) totale	70 %
b) partielle (branche montante et totalité ou moitié du corps du maxillaire)	40 %
Perte en haut et en bas des dents et de leurs alvéoles,	

la prothèse n'étant pas supportée		10 à 30 %	
En cas de prothèse avec amélioration fonctionnelle constatée		1 à 10 %	
		Droit	Gauche
Perte du bras ou de la main		75 %	60 %
Paralysie totale du membre supérieur		65 %	55 %
Paralysie complète du nerf circonflexe		20 %	15 %
Paralysie complète du nerf médian	45 %		35 %
Paralysie complète du nerf cubital du coude	30 %		25 %
Paralysie complète du nerf de la main		20 %	15 %
Paralysie complète du nerf radial au-dessus du triceps	40 %		30 %
Ankylose complète de l'articulation scapulo-humérale :			
a) avec immobilisation de l'omoplate		65 %	55 %
b) avec mobilité de l'omoplate		35 %	25 %
Fracture non consolidée du bras :			
(pseudarthrose constituée)		30 %	25 %
Perte totale des mouvements du coude :			
a) en position défavorable	40 %		35 %
b) en position favorable		25 %	20 %
Fracture non consolidée de l'avant-bras :			
(pseudarthrose constituée)			
a) des deux os		25 %	20 %
b) d'un seul os		10 %	8 %
Perte totale du mouvement du poignet :			
a) en position défavorable (flexion ou extension forcée ou supination)		40 %	30 %
b) en position favorable (rectitude et pronation)		20 %	15 %
Amputation du pouce :			
a) totale	20 %		18 %
b) partielle (phalange unguéale)		10 %	8 %
Ankylose du pouce :			
a) totale	15 %		12 %
b) partielle (phalange unguéale)		10 %	8 %
Amputation de l'index :			
a) totale	16 %		14 %
b) deux phalanges		12 %	10 %
c) une phalange		6 %	5 %
Amputation du majeur		12 %	10 %
Amputation de l'annulaire	10 %		8 %
Amputation de l'auriculaire		8 %	6 %
Paralysie totale du membre inférieur		60 %	
Paralysie complète du sciatique poplité interne			30 %
Paralysie complète du sciatique poplité externe			30 %
Paralysie complète des deux sciatiques poplités			40 %
Raccourcissement du membre inférieur:			
a) d'au moins cinq centimètres			30 %
b) de 3 à 5 centimètres			20 %
c) de 1 à 3 centimètres			10 %

Ankylose complète de la hanche :	
a) en mauvaise attitude (flexion-adduction ou abduction)	60 %
b) en rectitude	40 %
Amputation de la cuisse :	
a) 1/2 supérieure	60 %
b) 1/2 inférieure	50 %
Fracture non consolidée de la cuisse ou des deux os de la jambe (pseudarthrose constituée)	50 %
Ankylose complète du genou :	
a) en flexion (à partir de 130 degrés)	50 %
b) en rectitude ou presque rectitude	25 %
Hydarthrose chronique suivant le degré d'atrophie musculaire	3 à 20 %
Fracture non consolidée de la rotule avec gros écartement des fragments et gêne considérable des mouvements d'extension de la jambe sur la cuisse	40 %
Amputation de la jambe	50 %
Ankylose tibio-tarsienne	15 %
Amputation du pied :	
a) totale (désarticulation tibio-tarsienne)	50 %
b) sous-astragalienn	40 %
c) médio-tarsienne	35 %
d) tarso-métatarsienne	30 %
Amputation de tous les orteils	20 %
Amputation du gros orteil	10 %
Amputation d'un orteil autre que le gros orteil	5 %
Ankylose du gros orteil	3,5 %

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

Article B.5 - Paiements des indemnités

Les indemnités sont accordées sur base d'une déclaration d'invalidité permanente d'un médecin acceptable conjointement pour les Assureurs et pour le Preneur d'Assurance.

Article B.6 – Exclusions (applicable au risque décès et invalidité permanente)

A côté des exclusions mentionnées dans l'Article 13 - Risques exclus et spéciaux, la couverture ne comprend pas :

1. Chaque demande de remboursement qui résulte d'un acte de terrorisme et qui implique l'usage ou la menace d'armes nucléaires, chimiques ou biologiques.

Suite à cette exclusion, l'acte de terrorisme est définie comme : un acte qui consiste à, mais qui ne se limite pas à l'usage de force ou de violence et/ou de menace, d'une personnes ou de groupe(s) agissant seuls ou au nom d'une organisation ou d'un gouvernement, et qui est commis pour des raisons politiques, religieuses, idéologiques ou ethniques et/ou qui inclue même l'intention d'influencer le gouvernement ou/et d'effrayer le public.

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

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