

NATIONALE D'ASSURANCE ET DE RÉASSURANCE

NASR S.A.

Entreprise régie par le Code des assurances de la République Islamique de Mauritanie
Société Anonyme au capital de 100 Millions MRU – RC : 19510 – NIF : 31000232

Adresse : 12, Avenue Gamal Abdel Nasser

BP – 163, Nouakchott, Mauritanie

Tel : (+222) 45 25 26 50 / 45 25 27 66 / 45 25 68 15

Fax : (+222) 45 25 18 18 / 45 25 18 15

E-mail : nasr@nasr.mr

Site Web : www.nasr.mr



CONTRAT D'ASSURANCE INDIVIDUELLE CONTRE LES ACCIDENTS CORPORELS

CONDITIONS GENERALES

Le présent contrat est régi par la loi 93-40 du 20 juillet 1993, portant code des assurances, ainsi que par les Conditions Générales qui suivent et les Conditions Particulières. En cas de divergence entre les présentes Conditions Générales et les Conditions Particulières, les Conditions Particulières prévalent.

ARTICLE 1 - DEFINITIONS

Pour l'application du présent contrat, on entend par :

- A. Souscripteur** : La personne physique ou morale, désignée sous ce nom aux *Conditions Particulières* et qui signe le contrat.
- B. Assuré** : La ou les personnes physiques, spécialement désignées aux *Conditions Particulières* et sur qui porte l'assurance.
- C. Assureur** : Nationale d'Assurance et de Réassurance (NASR S.A.), ci-après dénommée la Société.
- D. Bénéficiaire** : La personne physique, désignée sous ce nom aux *Conditions Particulières* pour percevoir l'indemnité de la Société en cas de survenance du risque assuré. A défaut de stipulation spéciale, le bénéficiaire est :
 - Pour le capital prévu en cas de décès de l'assuré : La ou les personnes désignées à la souscription ou en cours du contrat, à défaut le conjoint de l'assuré et ses descendants nés ou à naître, à défaut ses héritiers.
 - Pour les autres indemnités : l'assuré lui-même.
- E. Accident corporel**, Toute atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré et du bénéficiaire, provenant de l'action soudaine d'une cause extérieure, y compris celles résultant : d'hydrocution, d'asphyxie par immersion ou absorption de gaz ou de vapeurs, de brûlures par l'action du feu ou d'un produit corrosif, de piqûre ou morsure d'insecte, de serpent ou autre animal (cas de rage et de charbon compris) et d'empoisonnement par absorption à la suite d'une erreur ou de l'action criminelle d'un tiers, des poisons, substances vénéneuses ou produits corrosifs.
- F. Echéance contractuelle** : Elle figure aux *Conditions Particulières* et fixe le début d'une période annuelle d'assurance.

ARTICLE 2 - OBJET DE LA GARANTIE

Par le présent contrat, la Société s'engage à payer les capitaux et les indemnités, fixés dans les *Conditions Particulières*, en cas de décès, d'incapacité permanente ou d'incapacité temporaire de l'assuré, et éventuellement, à rembourser les frais de traitement engagés par ce dernier et ce, à la suite d'un accident survenu dans l'exercice de sa profession déclarée à la SOCIÉTÉ, ou au cours de sa vie privée.

ARTICLE 3 - GARANTIE DECES

La SOCIÉTÉ s'engage à verser aux bénéficiaires, en cas de décès, le capital stipulé aux *Conditions Particulières*, sous réserve que le décès soit survenu au plus tard dans les dix-huit mois qui suivent la date de l'accident qui en a été la cause.

Quand, préalablement au décès, le même accident aura donné lieu au paiement d'une indemnité pour infirmité permanente en application des conditions qui suivent, le capital sera diminué du montant de cette indemnité (voir 2ième paragraphe de l'article 11).

La disparition officiellement reconnue du corps de l'Assuré lors du naufrage, de la disparition ou de la destruction du moyen de transport dans lequel il circulait, créera présomption de décès à l'expiration du délai d'un an à compter du jour de l'accident.

Cependant, s'il était constaté à quelque moment que ce soit après le versement d'une indemnité au titre de la disparition de l'Assuré, que ce dernier est encore vivant, les sommes indûment versées à ce titre, devront être intégralement remboursées à l'Assureur.

ARTICLE 4 - GARANTIE INCAPACITÉ PERMANENTE

La Société s'engage à verser, à l'assuré victime, le capital obtenu en multipliant le capital stipulé aux *Conditions Particulières* par le taux d'incapacité subi par l'assuré et ce, conformément au barème d'incapacité faisant partie intégrante du présent contrat.

L'indemnité a un caractère forfaitaire et contractuel : elle est déterminée suivant les règles fixées ci-dessus, sans tenir compte de l'âge ni de la profession de l'Assuré.

Le degré d'infirmité sera établi au moment où les conséquences définitives de l'accident pourront être fixées d'une façon certaine, et au plus tard, sauf conditions contraires prises d'un commun accord entre l'Assuré et l'assureur, à l'expiration du délai d'un an à compter du jour de l'accident.

Il n'y a pas de cumul des garanties décès et invalidité lorsqu'elles résultent d'un même accident.

INVALIDITE MULTIPLES

Lorsqu'un même accident entraîne plusieurs infirmités distinctes, l'infirmité principale est d'abord dévaluée dans les conditions prévues ci-dessus, les autres infirmités étant ensuite estimées successivement, proportionnellement à la capacité restante après l'addition des précédentes, sans que le taux global ne puisse dépasser 100 %.

L'incapacité fonctionnelle absolue d'un membre ou organe est assimilée à la perte de ce membre ou organe.

La perte de membres ou organes hors d'usage avant l'accident ne donne lieu à aucune indemnité. Si l'accident affecte un membre ou organe déjà infirme, l'indemnité sera déterminée par différence entre l'état antérieur et postérieur à l'accident. En aucun cas, l'évaluation des lésions consécutives à l'accident ne peut être augmentée par l'état d'infirmité de membres ou organes que l'accident n'a pas intéressés.

Les troubles nerveux et les lésions nerveuses ne peuvent être pris en considération, pour autant qu'ils constituent la conséquence d'un accident garanti, que s'ils se traduisent à l'examen par des signes cliniques nettement caractérisés.

ARTICLE 5 - INCAPACITÉ TEMPORAIRE

En cas d'incapacité temporaire de l'assuré, suite à un accident le mettant dans l'impossibilité de se livrer à ses occupations professionnelles ou de s'occuper de la gestion de ses affaires, la Société lui verse une indemnité journalière, dont les bases de décompte et le montant sont indiqués aux *Conditions Particulières*.

L'indemnité journalière est due dès le lendemain de l'accident et pour une durée maximum de trois cents (300) jours.

L'indemnité cesse d'être due dès que l'assuré est en mesure de reprendre ses occupations ou dès la consolidation médicale de son état de santé.

En cas de rechute dans un délai de trois mois après la reprise des activités, l'indemnité sera réglée, à compter du premier jour de la nouvelle incapacité, au titre du même sinistre.

Le montant versé au titre de l'incapacité temporaire sera déduit des sommes versées au titre des éventuelles garanties décès ou Incapacité Permanente résultant d'un même accident.

ARTICLE 6 - FRAIS DE TRAITEMENT

Moyennant stipulation aux *Conditions Particulières*, la Société remboursera, dans les limites et selon les modalités y indiquées, les frais de transport par ambulance et les frais de traitement (frais médicaux, pharmaceutiques, chirurgicaux, hospitalisation), directement et exclusivement nécessités par un accident garanti.

Le montant des dépenses prises en charge par la Société, ne pourra dépasser celui des débours réels (définitivement fixé au jour de la consolidation de l'état d'incapacité permanente de l'assuré), restant à la charge de ce dernier après déduction, s'il y a lieu, des prestations de même nature versées par la Sécurité Sociale ou tout autre régime de prévoyance collective, ou reçues en exécution d'un autre contrat d'assurance souscrit antérieurement au présent contrat.

Ne sont en aucun cas pris en charge les frais de cure, d'héliothérapie et de thalassothérapie.

ARTICLE 7 - ASSURANCES RECOURS

Moyennant stipulation aux *Conditions Particulières*, la Société s'engage, en cas de décès ou d'incapacité permanente de l'assuré, résultant d'un accident garanti, à réclamer aux personnes responsables de cet accident, à condition que ces personnes soient identifiées soit à l'amiable, soit judiciairement, la réparation pécuniaire du préjudice éprouvé par l'assuré (ou ses ayants droit), et ce, sous les réserves ci-après.

Cet engagement ne s'étend pas aux recours exercés :

- a. Pour obtenir la réparation des dommages matériels ;
- b. Contre les ascendants, les descendants, le conjoint ou les ayants droit de l'assuré, le bénéficiaire du capital prévu en cas de décès ou le souscripteur.

En outre, la SOCIÉTÉ ne sera tenue, en cas d'impossibilité de règlement amiable, d'engager une procédure judiciaire et d'en supporter les frais dans la limite prévue ci-dessous, que devant les seules juridictions de Mauritanie.

Si, après examen du dossier, la SOCIÉTÉ estime qu'en droit ou en fait, les prétentions de l'assuré (ou de ses ayants droit) ne sont pas fondées ou que les offres transactionnelles adverses sont satisfaisantes, le désaccord sur l'opportunité d'engager ou de poursuivre une action judiciaire sera soumis à deux experts choisis, l'un par la SOCIÉTÉ, l'autre par l'assuré (ou ses ayants droit). Les deux experts, s'ils ne peuvent trouver un terrain d'entente, sont départagés par un tiers expert nommé par eux, ou à défaut d'accord, par le président du tribunal de première instance compétent ;

Chaque partie supporte les honoraires de son expert, ainsi que la moitié de ceux du tiers expert et des frais de sa nomination.

Si, malgré l'avis défavorable des experts, l'assuré (ou ses ayants droit) plaide à son compte et obtient une solution plus favorable que celle proposée par les experts, la Société devra lui rembourser les frais qu'il a exposés.

Au titre de cette assurance "Recours", la SOCIÉTÉ prend à sa charge, jusqu'à concurrence de cinq mille (5 000) MRU par accident et par assuré victime, les frais d'enquête, d'instruction, d'expertise, de consultation et d'assistance d'avocat et de procédure.

ARTICLE 8 - RISQUES EXCLUS

Sont exclus de la garantie les suites et conséquences de :

1. La guerre civile ou (étrangère, la grève, les émeutes, les actes de terrorisme et de sabotage commis dans le cadre d'actions concertées).
2. La participation à une rixe, sauf cas de légitime défense.
3. La faute intentionnelle ou dolosive du Souscripteur, de l'assuré ou du bénéficiaire.
4. L'ivresse, l'éthylisme, l'usage de drogues, de stupéfiants ou de tranquillisants non prescrits médicalement.
5. La désintégration du noyau atomique.
6. La pratique d'un sport à titre professionnel.
7. La participation à des compétitions comportant l'utilisation de véhicules à moteur.
8. La pratique des sports aériens.
9. Les accidents dont seraient victimes, dans l'exercice de leurs fonctions, les membres du personnel des sociétés d'aviation, ainsi que les membres du personnel navigant des sociétés d'aviation ainsi que les membres du personnel navigant des armées.
10. Tremblement de terre, éruption volcanique, raz de marée, inondation.
11. Pratique, par l'assuré, de la motocyclette d'une cylindrée supérieure à 50 cm³.
12. Pratique, par l'assuré, des sports suivants : escalade de hautes cimes, bobsleigh, spéléologie.
13. Service militaire effectué par l'assuré ou pendant le temps où il est sous la dépendance de l'autorité militaire.
14. La détention ou la manipulation volontaire, par l'assuré, d'engins de guerre.
15. Les insulations et autres effets de la température, sauf s'il s'agit de la conséquence directe d'un accident garanti.
16. L'érysipèle, l'eczéma et autres dermatoses, les hernies de toute nature, les efforts, tours de reins, lumbagos, sciatiques, rhumatismes, dorillons, l'écorchure des pieds par la marche ou le frottement des chaussures, même lorsque ces affections sont d'origine traumatique.
17. Tous les accidents occasionnés par :
 - Une syncope, l'apoplexie, l'épilepsie, l'aliénation mentale, une maladie du cerveau ou de la moelle épinière, une affection cardiaque ;
 - Une infirmité non déclarée aux Conditions Particulières.

ARTICLE 9 - DECLARATION DU RISQUE PAR L'ASSURE - CONSEQUENCES DE LA RETICENCE OU DE LA FAUSSE DECLARATION

Le présent contrat est établi d'après les déclarations de l'assuré figurant sur le Formulaire de déclaration du risque, dûment rempli par l'assuré lors de la conclusion du contrat.

L'assuré doit déclarer à la SOCIÉTÉ, en cours du contrat, les circonstances nouvelles rendant inexactes les réponses figurant sur le *Formulaire* de déclaration de risque. Cette déclaration doit se faire par lettre recommandée, dans un délai de huit jours à partir du moment où l'assuré en a eu connaissance.

Les conséquences de la réticence ou de la fausse déclaration sont les suivantes :

- **Nullité du contrat pour fausse déclaration intentionnelle :**

Le présent contrat est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, se rapportant aux indications portées sur le *Formulaire* de déclaration du risque, quand cette réticence ou cette fausse déclaration a changé l'appréciation du risque assuré, alors même qu'elle a été sans influence sur le sinistre.

Il demeure entendu que la réticence ou la fausse déclaration de la part de l'assuré n'entraîne la nullité du contrat que lorsque la SOCIÉTÉ prouve la mauvaise foi de l'assuré.

- **Résiliation du contrat pour fausse déclaration de bonne foi constatée :**

Dans tous les cas autres que ceux visés à l'article ci-avant, si la Société constate la

réticence ou la fausse déclaration avant tout sinistre, elle a le droit de résilier le contrat dix (10) jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée avec accusé de réception, sauf si l'assuré accepte une majoration de la prime d'assurance en relation avec la réalité du risque assuré.

Si le contrat est résilié, la Société restituera à l'assuré la portion de prime afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

- **Réduction de l'indemnité ou du capital pour fausse déclaration constatée après sinistre :**

Lorsque la constatation de la réticence ou de la fausse déclaration a lieu après sinistre, la SOCIÉTÉ aura le droit de réduire le capital ou l'indemnité en proportion de la prime payée rapportée à la prime qui aurait dû être payée s'il n'y avait pas eu réticence ou fausse déclaration.

Les dispositions du présent article, ainsi que celles des 2 articles précédents, s'appliquent aux déclarations en cours de contrat, relatives aux circonstances nouvelles.

ARTICLE 10 - DECLARATION DE SINISTRE

Sous peine de déchéance, l'assuré ou ses ayants droit doivent aviser la SOCIÉTÉ, dès qu'ils en ont eu connaissance et dans un délai ne dépassant pas cinq (5) jours ouvrables, de tout sinistre. Toutefois, cette déchéance n'est pas opposable à l'assuré ou à ses ayants droit qui justifient qu'ils ont été mis, par suite d'un cas fortuit ou de force majeure, dans l'impossibilité de faire leur déclaration dans le délai imparti.

Par ailleurs, l'assuré doit :

1. indiquer à la SOCIÉTÉ, dans le plus bref délai, les circonstances et les causes connues ou présumées de l'accident, ainsi que, si possible, les noms et adresses des témoins et du responsable de l'accident, s'il y a lieu.
2. faire parvenir à la SOCIÉTÉ, dans le délai de dix jours à compter de l'accident, un certificat médical, indiquant la nature des lésions et leurs conséquences probables.

En cas de retard apporté dans l'exécution des obligations prévues aux alinéas 1 et 2 ci-dessus, sauf cas fortuit ou de force majeure, la SOCIÉTÉ peut réclamer une indemnité proportionnée au dommage que ce retard lui aura causé.

Si l'assuré (ou le bénéficiaire) fait sciemment de fausses déclarations sur les circonstances, causes ou conséquences de l'accident, ou use de moyens frauduleux, il sera déchu de tout droit à la garantie pour cet accident.

ARTICLE 11 - EXPERTISE

Lorsque les conséquences d'un accident garanti seront aggravées par l'existence d'un état pathologique ou d'une infirmité antérieure ou postérieure à l'accident, indépendamment de celui-ci, par un manque de soins dû à la négligence de l'assuré ou un traitement empirique, l'indemnité due par la SOCIÉTÉ sera calculée uniquement d'après les suites qu'aurait causé une même blessure chez un sujet de santé normale, ne présentant aucune infirmité et soumis à un traitement médical approprié.

Les causes du décès et de l'incapacité, ainsi que l'existence et le taux de cette dernière, sont constatées d'un commun accord entre les parties ; le taux d'incapacité ne sera établi qu'après consolidation médicale de l'assuré et sur les bases du barème d'incapacité faisant partie intégrante du présent contrat.

En cas de contestation, il sera fait appel à deux médecins désignés, l'un par l'assuré, l'autre par la SOCIÉTÉ.

S'ils ne peuvent trouver un terrain d'entente, ces deux médecins seront départagés par un troisième nommé par eux ou, à défaut, par le président du tribunal compétent.

Chaque partie supporte les frais et honoraires de son médecin, ainsi que la moitié de ceux du troisième médecin.

ARTICLE 12 - REGLEMENT DES INDEMNITES

L'indemnité pour l'incapacité temporaire, ainsi que le remboursement des frais de traitement, se cumulent éventuellement avec le capital dû pour le décès ou l'incapacité permanente.

Par contre, un même accident ne peut donner droit qu'à l'un des capitaux prévus pour le décès ou l'incapacité permanente. Toutefois, dans le cas où l'assuré ayant déjà bénéficié de l'indemnité prévue pour incapacité permanente, décède dans les 18 mois qui suivent le jour du sinistre des suites de l'accident, la SOCIÉTÉ versera la différence éventuelle entre le capital prévu pour le décès et le montant du capital déjà perçu.

Le paiement des capitaux ou des indemnités est effectué au siège de la SOCIÉTÉ ou à l'agence émettrice du contrat, dans les quinze jours soit de l'accord amiable, soit de la décision judiciaire exécutoire. Ce délai, en cas d'opposition, ne court que du jour de la mainlevée.

Les sommes non versées produisent intérêts, de plein droit, au taux d'intérêt légal, tel qu'il est fixé par la législation en vigueur, à compter de la date à laquelle ces sommes sont devenues exigibles jusqu'au paiement intégral.

ARTICLE 13 - SUBROGATION - RECOURS APRES SINISTRE

En ce qui concerne exclusivement la garantie frais de traitement, la SOCIÉTÉ est subrogée, jusqu'à concurrence du montant des frais de traitement remboursé par cette dernière, dans les droits de l'assuré contre tous responsables du sinistre.

Toutefois, la SOCIÉTÉ n'a aucun recours contre les descendants, ascendants, alliés en ligne directe, préposés, ouvriers ou domestiques et, généralement, toute personne vivant habituellement au foyer de l'assuré, sauf le cas de dommage intentionnel commis par l'une de ces personnes.

La SOCIÉTÉ peut être déchargée, en tout ou en partie, de sa responsabilité envers l'assuré, quand la subrogation ne peut plus, par le fait de l'assuré, s'opérer en faveur de la SOCIÉTÉ.

ARTICLE 14 - PRISE D'EFFET DU CONTRAT

Le contrat est parfait dès sa signature. Il produit ses effets à la date fixée aux Conditions Particulières, mais pas avant le lendemain à zéro heure du jour du paiement de la première prime.

Ces dispositions s'appliquent également à tout avenant au contrat.

ARTICLE 15 - DUREE DU CONTRAT

Le présent contrat peut être souscrit :

1. Pour une période temporaire ferme inférieure à une année, mentionnée aux *Conditions Particulières*. Dans ce cas, le contrat cesse ses effets de plein droit et à 24 heures du dernier jour de la période assurée.
2. Pour une période d'une année, renouvelable par tacite reconduction. Dans ce cas, le contrat est résiliable, à la fin de chaque année d'assurance, à charge pour la partie qui en prend l'initiative d'en aviser l'autre deux mois avant l'échéance contractuelle par voie d'huissier notaire, par lettre recommandée avec accusé de réception ou par notification faite contre récépissé au siège de la SOCIÉTÉ ou à l'agence émettrice du contrat.

ARTICLE 16 - PAIEMENT DES PRIMES

La prime (taxes comprises) doit être acquittée d'avance, comme indiquée aux *Conditions Particulières*. Elle est payable au siège social de la SOCIÉTÉ ou à l'une de ses agences.

Toutefois, elle peut être payable au domicile de l'assuré ou à tout autre lieu convenu.

A défaut de paiement d'une prime à son échéance, la SOCIÉTÉ peut résilier le présent contrat trente (30) jours après l'envoi à l'assuré, à son dernier domicile connu par la SOCIÉTÉ et par lettre recommandée avec accusé de réception, d'une mise en demeure d'avoir à payer.

ARTICLE 17 - RESILIATION

Le Contrat peut être résilié :

Par le Souscripteur et la SOCIÉTÉ à la fin de chaque année d'assurance, dans les conditions de délai et de forme prévues par l'article 15 du présent contrat.

Par l'assuré :

Si la SOCIÉTÉ ne consent pas la diminution de prime, correspondant à la diminution de risques en cours de contrat

Par la SOCIÉTÉ :

Si l'assuré ne paie pas les primes.

En cas d'aggravation de risque en cours de contrat, si l'assuré n'accepte pas l'augmentation de prime qui lui est proposée par la SOCIÉTÉ.

En cas d'aggravation du risque en cours du contrat, telle que, si les circonstances nouvelles avaient existé à la souscription ou au renouvellement, la SOCIÉTÉ n'aurait pas envisagé de contracter.

ARTICLE 18 - PRESCRIPTION

Les actions dérivant du présent contrat sont prescrites après un délai de deux (2) ans à compter de l'évènement qui y donne naissance, dans les conditions déterminées par l'article 40 du Code.

BAREME SERVANT DE BASE AU CALCUL DU TAUX D'INCAPACITÉ PERMANENTE

Perte totale des deux bras ou des deux mains	100 %	
Perte totale des deux jambes ou des deux pieds	100 %	
Perte totale d'un bras et d'une jambe ou d'un bras et d'un pied	100 %	
Perte totale d'une main et d'une jambe ou d'une main et d'un pied	100 %	
Perte totale des deux yeux	100 %	
Aliénation mentale totale et incurable	100 %	
	Droite	Gauche
Perte totale du bras ou de la main	60 %	50 %
Perte totale du mouvement de l'épaule	25 %	20 %
Perte totale du mouvement du coude	20 %	15 %
Perte totale du mouvement du poignet	20 %	15 %
Perte totale du pouce et de l'index	30 %	25 %
Perte totale de 3 doigts, y compris le pouce ou l'index	30 %	25 %
Perte totale de 3 doigts, autres que le pouce ou l'index	25 %	20 %
Perte totale de l'index et d'un doigt autre que le pouce	20 %	15 %
Perte totale du pouce seul	20 %	17 %
Perte totale de l'index seul	15 %	12 %
Perte totale du médius, ou de l'annulaire, ou de l'auriculaire	8 %	6 %
Perte totale de deux de ces derniers doigts	15 %	12 %
Perte totale d'une jambe au-dessus du genou		50 %
Perte totale d'une jambe au-dessous du genou, ou d'un pied		40 %
Amputation (sous-astragalienne)		30 %
Partielle (médio-tarsienne)		25 %
D'un pied (tarso-tarsienne)		20 %
Perte totale des mouvements de la colonne cervicale		15 %
Perte totale des mouvements de la colonne dorsolombaire		25 %
Perte totale d'un gros orteil		7 %
Perte totale d'un autre orteil		2 %
Perte totale des cinq orteils		18 %
Perte totale des mouvements du pied		12 %
Fracture non consolidée d'une jambe ou d'un pied		25 %
Fracture non consolidée d'une rotule		20 %
Perte totale du mouvement d'une hanche ou d'un genou		20 %
Raccourcissement d'au moins 5 cm d'un membre inférieur		15 %
Raccourcissement d'au moins 3 cm d'un membre inférieur		10 %
Ablation de la mâchoire inférieure		30 %
Surdité totale incurable des deux oreilles		40 %
Surdité totale incurable d'une oreille		10 %
Perte totale d'un oeil		25 %
Perte de substance du crâne dans toute son épaisseur (de 3 à 6 cm ²)		15 %
Syndrome subjectif des traumatismes du crâne, sans symptômes neurologiques		5 %

CAS PARTICULIERS

- (1) Pour les cas non prévus au tableau, le taux d'incapacité permanente est fixé en proportion de la gravité de l'incapacité comparée à celle des cas énumérés.
- (2) Si l'assuré est gaucher, les taux d'incapacité prévus pour les membres supérieurs sont intervertis.
- (3) Si plusieurs lésions ou infirmités atteignent un même membre ou organe, les taux d'incapacité prévus pour chaque lésion ou infirmité se cumuleront, jusqu'à concurrence du taux d'incapacité qui pourrait être accordé pour la perte dudit membre ou organe.
- (4) Si plusieurs membres ou organes sont atteints par le même accident, les taux d'incapacité se cumuleront, sans pouvoir dépasser 100 %.